

Iskolás- és serdülőkorúak droghasználata: kockázati és védő faktorok egy reprezentatív vizsgálat tükrében

GREZSA FERENC¹ – MIRNICS ZSUZSANNA^{1*} –
VARGHA ANDRÁS¹ – KÖVI ZSUZSANNA¹ – RÓZSA SÁNDOR² –
VASS ZOLTÁN¹ – KOÓS TAMÁS³

¹ Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

² Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO

³ Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Iroda, Budapest

(Beérkezett: 2015. február 17.; elfogadva: 2015. október 12.)

Elméleti háttér: A drogok használatának széles körű elterjedtsége és a kipróbálás egyre korábbi időpontra kerülése miatt napjaink fontos kutatási célja a szerekhez kapcsolódó rizikó- és védő faktorok azonosítása. Az „Iskolai Egészségfejlesztés és Univerzális Drogmegelőzés” (IEUD) elnevezésű kutatást a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet kutatócsoportja indította. Reprezentatív adatok alapján hiteles képet kívántunk nyerni a 6–18 éves iskolás generáció mentálhigiénés állapotáról, ezen belül a szerhasználatról (dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás), a kockázati tényezőkről, illetve a védő (prezentív, protektív) faktorokról. Elemzésünkben elsősorban a szerek kipróbálásának és használatának környezeti-kapcsolati összefüggéseit tártuk fel. *Módszerek:* A vizsgálatban 7623, 1., 3., 5., 7., 9. és 11. osztályos tanuló vett részt. Kérdőíves (tanórai) adatfelvételt végeztünk egy olyan komplex tesztbattériával, amely a szerhasználati szokásokon kívül rákérdezett a kapcsolati mintákra és modellekre, felmért továbbá számos pszichés faktort (pl. Big Five személyiségjegyek, deviancia, hangulati változók). *Eredmények:* A szerfogyasztási mutatók a Magyarországon készült korábbi reprezentatív vizsgálatok eredményeihez hasonlóan alakultak. A Globális Szerhasználati Mutató mintegy 51 százalékát lehet pszichoszociális változókkal magyarázni, ezen belül erősen meghatározónak találtuk a devianciát, az anyai nevelést, a családból és kortárs közösségből származó modelleket, egyes személyiségjegyeket (pl. extraverzió, neuroticizmus) és a másik nem körében való észlelt népszerűséget. *Következtetések:* Vizsgálatunk tanulságait a drogprevenció célkitűzéseinek és módszereinek kijelölésénél lehet alkalmazni. Álláspontunk szerint a célzott prevenció során fokozott figyelemmel kell kísérni a deviáns magatartásra veszélyeztetett csoportokat; továbbá egyes kockázatot jelentő személyiségjegyekkel bíró (pl. érzelmileg labilisabb) serdülőket. Adataink tükrében ígéretes eredményeket hozhatnak a családra fókuszáló, például szülői monitoring technikákat erősítő és a kortárs csoportokat bevonó intervenciók.

Kulcsszavak: droghasználat, serdülőkor, kockázati faktorok, védő faktorok, családi kapcsolatok, kortárskapcsolatok, deviancia, szülői monitoring, személyiségjegyek

* Levelező szerző: dr. Mirnics Zsuzsanna, KRE Pszichológiai Intézet, 1037 Budapest, Bécsi út 324., V. épület. E-mail: mirnics.zsuzsa@gmail.com

1. Elméleti háttér

A drogok használatának széles körű elterjedtsége és a kipróbálás egyre korábbi időpontra kerülése miatt napjaink fontos kutatási célja a szerekhez kapcsolódó rizikó- és védő faktorok azonosítása (Bry, 1983; Newcomb, Maddahian, Skager, & Bentler, 1987). A rizikófaktor egyéni, helyzeti vagy környezeti jellegű veszélyeztető tényező; a védő faktor ezzel szemben csökkenti a droghasználatot vagy gátolja az annak veszélyesebb szintjére való eljutást (Brinkley, Fitzgerald, & Greene, 1999). A reziliencia megközelítés olyan „erényeket” vagy „kedvező körülményeket” sorakoztat fel, amelyek – különösen a gyermek- és serdülőkor során – kivédik a különböző beilleszkedési problémákat. A reziliencia-tényezők pozitív következménye nemcsak egy adott problémás magatartás elkerülése lehet, hanem egyéb pozitív hatások is, így a jó tanulmányi eredmény, kooperativitás és mások segítése, tolerancia, fizikai egészség, egészséges életmód, jó stressztűrés (Scales, Benson, Leffert, & Blyth, 2000).

A droghasználat rizikó- és protektív faktorai öt tágabb csoportba sorolhatók (O’Connell, Boat, & Warner, 2009): 1. a személy (gyermek) tulajdonságai és attitűdjei, 2. családi és szülői faktorok, 3. iskolai és nevelési környezet, 4. a kortárs csoport hatásai, 5. szociális környezet. Az egyes rizikófaktoroknak akár egyénenként eltérő hangsúlya lehet. Az összefoglaló modellek deviáns fejlődési utak mentén törekednek bemutatni a szerhasználat alakulását (Mayes & Suchman, 2006). A jövőre vár majd annak meghatározása, hogy a „rizikótérképben” melyek lesznek a kritikus csomópontok.

A család a droghasználat elfogadása vagy annak elutasítása útján befolyásolhatja a kipróbálást és a tartós használatot (Chassin, Fora, & King, 2004; Chassin, Pitts, & Prost, 2002; Clark, Cornelius, Kirisci, & Tarter, 2005; Hayatbakhsh és mtsai, 2007). A szülői-nevelői attitűdök (például teljesítménytörekvés, a gyermek jövőjével kapcsolatos optimizmus), valamint a szülői-nevelői magatartás (ezen belül a szülői bevonódás és monitoring) folyamatosan alakítják a gyermekek általános szocializációját. A világos szabályok és a szülői felügyelet hiánya játszik leginkább közre abban, hogy a serdülő szerfogyasztóvá válik-e vagy sem (Arria és mtsai, 2008; Ghandour, 2009; Guo, Hawkins, Hill, & Abbott, 2001). Iskolás-, illetve serdülőkortól jelentőssé válnak a társkapcsolatok, de a barátválasztást ekkorra már a családból hozott élmények is meghatározzák. A bizonytalanságokkal küzdő serdülők nemritkán úgy vélik, a drogok „segítik” őket társas kapcsolataik fenntartásában, valamint a stresszkezelésben (Hogan, 2000). Akik serdülőként alkoholizáló kortársakkal barátkoznak – különösen az impulzív fiatalok –, nagyobb valószínűséggel válnak rendszeres fogyasztókká (Chassin és mtsai, 2002).

Fokozott kockázatnak vannak kitéve a magatartászavaros gyermekek is, mivel eredendően szívesen kapcsolódnak antiszociális társakhoz (Fergusson & Horwood, 1999). A deviáns csoportban való tagság rombolóan hat a gyermek iskola, szociális normák és elvárások, droghasználat és egyéb területek iránti attitűdjeire. Deviáns csoportokban előbb indul el a szerek iránti érdeklődés, nyomás irányul a drog és alkohol fogyasztására, a 12 éves kor előtti kipróbálás pedig jóval valószínűbben vezet tartós dependenciához. A szakirodalmi források a háttérhatások körében a szociális tanuláselméleti faktorokat, a facilitációt, a csoportnyomást, az ún. „deviancia-tréninget” említik (Dishion & Owen, 2002; Patterson, Chamberlain, & Reid, 1982). Másrészt a kiegyensúlyozott, megfelelő érzelmszabályozású gyermekek többnyire proszociális csoportokba kerülnek, és az ezekben való részvétel pozitív irányban változtatja az iskola, a droghasználat, a társadalmi konvenciók és a társas elvárások iránti attitűdöket. Káros lehet viszont, ha a gyermek teljesen kiszorul a kortárs közösségből: a drogfogyasztók egyik alcsoportjába kirekesztődő, depresszív gyermekek tartoznak; náluk a szerek kipróbálása a magány, az elszigetelődés feloldási kísérleteként jön létre (Mayes & Suchman, 2006).

A modern szakirodalomban egyre nagyobb figyelem irányul a személyiség empirikusan igazolt öt fő komponensére, a Big Five vonáscsoportra; ezen belül a lelkiismeretesség – a harmadik Big Five dimenzió – áll legerősebb összefüggésben a drogfogyasztással. Booth-Kewley és Vickers (1994) dokumentálták elsőként, hogy a magas értékekkel rendelkezők közt kisebb az érdeklődés a szerek iránt. Követéses vizsgálatok szerint magasabb neuroticizmus-értékek társulnak a cigarettázás tényével és mértékével (Malouff, Thorsteinsson, Rooke, & Schutte, 2007; Mroczek, Spiro, & Turiano, 2009; Munafò, Zetteler, & Clark, 2007; Rausch, Nicholson, Lamke, & Matloff, 1990). Több más szer, például a marihuána, a kokain és a heroin fogyasztásával is magasabb neuroticizmus-értékek járnak együtt (Hopwood és mtsai, 2007; Kashdan, Vetter, & Collins, 2005). Az okok sorában említhető, hogy a korai elhanyagolás, bántalmazás, erőszakos környezet az érzelmszabályozás és a stressztűrési kapacitás károsodásához, azaz neurotikus személyiségjegyekhez vezet. Hampson, Goldberg, Vogt és Dubanoski (2006) követéses vizsgálata szerint az alacsonyabb érzelmi stabilitású gyermekek középkorúként több alkoholt fogyasztanak. Összefüggést találtak továbbá a serdülőkori extravertió és a felnőttkori szerhasználat között (Allsopp, 1986; Hampson és mtsai, 2006; Martsh & Miller, 1997; Tucker és mtsai, 1995). Az extravertióval kapcsolatban áll az ún. szenzoros élménykeresés, amely új, komplex és intenzív ingerek keresését és az ezzel járó szociális, jogi és anyagi kockázatok vállalását jelenti (Zuckerman, 1996). Serdülőkorban a szenzoros élménykeresés mutatói megnőnek, körülbelül

ugyanabban az időben, amikor a szerhasználat gyakorisága is emelkedik (Zuckerman, Eysenck, & Eysenck, 1978). Több keresztmetszeti és longitudinális tanulmány számolt be a szenzoros élménykeresés és a szerhasználat közti összefüggésről (Crawford, Pentz, Chou, Li, & Dwyer, 2003; Hittner & Swickert, 2006; Newcomb & McGee, 1991). Az izgalmas helyzetek iránti vonzódás a marihuána-használatot jelzi előre a legerősebben (Crawford és mtsai, 2003), a dohányzást és az alkoholizálást kevésbé.

Magyarországon már több reprezentatív vizsgálat történt a témával kapcsolatban. A HBSC (Health Behavior in School-Aged Children; Aszmann & Mándoky, 1986; Aszmann, 1997; Aszmann, 2003; Németh, 2007; Németh & Költő, 2011) mint a WHO szervezésében lebonyolított nemzetközi kutatás az életmód egészségének megismerésére irányult, valamint a közérzet/egészség háttértényezőivel való összefüggést vizsgálja (pl. családstruktúra, családok szocioökonómiai helyzete, szülői és tanári bánásmód, egyes személyiségtényezők). A szintén nemzetközi jellegű, ún. ESPAD vizsgálat (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs; Hibell és mtsai, 1997, 2000, 2004, 2009) célja a szerhasználatban részletes, összehasonlítható adatok gyűjtése, illetve monitorozása volt, nem szentelt azonban figyelmet az életmód egyéb mutatóinak és a pszichológiai tényezőknél. A HBSC kutatás a 11, 13 és 15 évesek csoportját célozta meg, az ESPAD pedig a 15–16 évesekét. A HBSC a családi légkör és a mentális egészség vonatkozásában sok lényeges összefüggést tárt fel, a személyiségjegyek (pl. impulzivitás, deviancia, extraverzió) lehetséges hatásainak elemzésére, valamint a rizikótényezők egymáshoz viszonyított hatáserősségének elemzésére kevésbé terjedt ki a figyelme (Költő & Zsiros, 2013). Saját vizsgálatunk során a droghasználat pszichés faktorait kívántuk részletesebben megismerni. Reprezentatív adatok alapján hiteles képet kívántunk nyerni a hazai 6–18 éves tanulók mentálhigiénés állapotáról, ezen belül a szerhasználatról (dohányzás, ivási szokások, kábítószer), a kockázati tényezőkről, illetve a védő (preventív, protektív) faktorokról. Mindemellett, miután a droghasználat legutóbbi reprezentatív vizsgálata 2011-ben történt, újabb adataink a drogfogyasztási trendek vizsgálatára is alkalmasak lehetnek.

2. Módszer

2.1. Minta és eljárás

„Iskolai Egészségfejlesztés és Univerzális Drogmegelőzés” (IEUD) elnevezésű kutatásunkat 2013-ban a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCSSZI) kutatócsoportja indította a TÁMOP 7.2.1-11/K-2012 program

keretében. Kutatásunknak a jelen tanulmányban megmutatkozó specifikuma a drogfogyasztás szempontjából fontos lélektani dimenziók vizsgálata volt. Két további specifikumot is említhetünk, melyeket a jelen adatelemzés nem érzékeltet. Saját kutatásunk adatfelvételét a megelőző kutatásokhoz képest szélesebb életkori övezetre terjesztettük ki. Újító módszertani kezdeményezés továbbá, hogy az IEUD felmérés esetében nemcsak önjelentő kérdőívek felvételére, hanem projektív mérőeszközök (rajztesztek) alkalmazására is sor került.¹

Vizsgálatunk lebonyolításához etikai engedéllyel rendelkezünk, melyet a Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet Etikai Bizottsága állított ki (96/2015/P). A kutatásban 7623, 1., 3., 5., 7., 9. és 11. osztályos tanuló vett részt. Országosan közel 300 iskola 500 osztályában (1., 3., 5., 7., 9. és 11.) történt mérés. Ezen belül 5260, 5–11. osztályos gyermektől gyűjtöttünk adatot a GfK Hungária Piackutató Intézet bevonásával; jelen tanulmányunkban utóbbi adatállománnyal dolgoztunk. A mintavétel során az 500 iskolai osztályt oly módon kellett kiválasztani, hogy a minta évfolyam, feladattípus, régió, településtípus és intézményfenntartó szerint reprezentálja az alapsokaságot, az általános és középfokú oktatási intézmények 1., 3., 5., 7., 9., 11. évfolyamos osztályait. A kiválasztásnál az elemszámmal arányos, rétegzett mintavételi módot használtunk. (Mivel az elemzési egységet az osztályok jelentették, a minta készítésénél az osztálylétszámokat nem vettük figyelembe.)

A mintavételi keretet az NCSSZI kutatócsoportja által a GfK Hungária Piackutató Intézet részére megküldött, az oktatási intézmények elérhetőségét és jellemzőit tartalmazó adatbázis jelentette. Az adatbázisban összesen 27 665 osztály adatai szerepeltek. Mivel az adatbázisból az adatok intézmény, feladat és évfolyam szintjén voltak lekérhetőek, első lépcsőben meghatároztuk az intézményt, feladatát és az érintett évfolyamot, ezt egy második lépcső, az osztály (egyszerű véletlen) kiválasztása követte. Az intézmény, feladat és évfolyam elemszámmal arányos kiválasztásához rétegzési szempontokat alakítottunk ki: 1. évfolyam (1. / 3. / 5. / 7. / 9. / 11.), 2. ellátott feladat (általános iskola, szakiskola, szakközépiskola, gimnázium), 3. feladatellátási hely szerinti régió: Budapest, Pest megye, Észak-Magyarország (Nógrád, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplén megyék), Észak-Alföld (Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék), Dél-Alföld (Bács-Kiskun, Csongrád, Békés megyék), Közép-Dunántúl (Komárom-Esztergom, Fejér, Veszprém megyék), Nyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Zala megyék), Dél-Dunántúl (So-

¹ Jelen publikációban a projektív rajztesztekkel származó adatokat nem dolgozzuk fel.

mogy, Baranya, Tolna megyék), 4. feladatellátási hely településtípusa: Budapest, megyeszékhely, város, község, nagyközség, 5. fenntartó típusa (állam, önkormányzat, önkormányzat/kistérség társulás, egyház, egyéb).

Az alapsokaság rétegekbe sorolása után rétegenként összesítettük az osztályok számát, és ezzel arányosan meghatároztuk a mintán belüli arányukat. Ezt követően véletlen módon (az SPSS program véletlen függvénye segítségével), az alapsokaság arányainak megfelelő számú, intézmény-, feladat- és évfolyam-jellemzőkkel meghatározott egység került kiválasztásra. A mintavétel második lépcsőjét az osztály kijelölése jelentette a célintézmény, feladat és évfolyam lehetséges azonos osztályai közül. Ez egyszerű véletlen módon történt.

A felhasznált rétegek száma 194 volt. A rétegek számánál figyelembe vettük, hogy egy rétegbe minimum 3 (vagyis a pótlást is lehetővé tevő), intézmény, feladat és évfolyam meghatározásával létrejött mintavételi egység kerüljön. A csaknem 500 darab, mintába kerülő osztály kiválasztása mellett rendelkezésre állt egy kétszeres (1000 db-os) pótmintakeret is. A pótminta a főmintán meghiusuló adatfelvétel esetén került felhasználásra, ilyenkor az adatfelvétel a kieső főminta rétegének megfelelő, hasonló jellemzőkkel rendelkező pótmintán zajlott.

A végleges mintanagyságot befolyásolták a hiányzó tanulók, valamint a szülői és tanulói visszautasítások. Néhány esetben az iskola vezetősége is elhárította a kutatásban való közreműködést. A számítógépes adattisztítás során különböző okokból kifolyólag (nem hiánya, a kérdések több mint 50%-ának meg nem válaszolása, nyilvánvalóan komolytalan válaszadás) további kérdőíveket töröltünk a mintából.

A kiválasztott iskolák igazgatóinak felkérését és tájékoztatást küldtünk, minisztériumi támogató levéllel együttesen, utóbbit az EMMI helyettes államtitkára, a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ elnöke, valamint a Nemzeti Családi és Szociálpolitikai Intézet főigazgatója írta alá. Amennyiben az iskolák vállalták a részvételt, az érintett tanulók szüleit is írásban tájékoztattuk a kutatásról, és beleegyezésüket kértük gyermekük bevonásához. Az iskolaigazgatók, a pedagógusok és a szülők jóváhagyását követően, a tanulók egy 45 perces tanóra keretében kérdőívcsomagot töltöttek ki. A válaszadás az ő számukra is önkéntes volt. A mintában valamennyi gyermek anonim formában, egy sorszámmal szerepelt.

Az osztályok kiválasztását követően az adatfelvétellel megbízott piacutató cég (GfK Hungária Piackutató Intézet) munkatársai előkészítették a kóddal ellátott kérdőívcsomagokat és az adatfelvétel napján megfelelő példányszámban az iskolába szállították őket. A kérdőívcsomagot a kérdezőbiztosok maguk osztották ki, tájékoztatták a tanulókat a kutatás céljáról, és az adatfelvétel alkalmával folyamatosan jelen voltak, szükség szerint

értelmezési segítséget nyújtva. Az anonimitás érdekében az osztályért felelős pedagógus, valamint más oktató sem tartózkodott a helyszínen. A kérdőívek visszagyűjtése a kitöltést követően azonnal megtörtént, azok lezárható borítékban és egy-egy intézményből még az adott napon elszállításra kerültek. A kérdőíveket gyakorlott adatrögzítők vitték számítógépre. Az adatrögzítés után az érvényes adatbázis létrehozása érdekében 10%-os ellenőrzés, majd adattisztítás történt.

1. táblázat. Osztályonkénti, nemi és fenntartó, régió és településtípus szerinti megoszlás

Osztályonkénti és nemi megoszlás			
Évfolyam	Fiú	Lány	Összesen
1. osztály	590 (49,1%)	611 (50,9%)	1201
3. osztály	605 (52,1%)	557 (47,9%)	1162
5. osztály	620 (50,6%)	605 (49,4%)	1225
7. osztály	537 (50,1%)	535 (49,9%)	1072
9. osztály	660 (52,8%)	591 (47,2%)	1251
11. osztály	907 (53,0%)	805 (47,0%)	1712
Összesen	3919 (51,8%)	3704 (48,2%)	7623
Fenntartó szerinti megoszlás			
Állam (központi költségvetés, felsőoktatási intézmény, minisztérium, megyei önkormányzat)			7,9%
Települési, illetve kerületi önkormányzat			66,6%
Önkormányzatok, illetve kistérségek társulása			13,4%
Egyház			9,5%
Egyéb (profit, nonprofit, kisebbségi önkormányzat)			2,6%
Régió szerinti megoszlás			
Budapest			15%
Pest megye			11%
Észak-Magyarország (Nógrád, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplén megyék)			13%
Észak-Alföld (Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék)			17%
Dél-Alföld (Bács-Kiskun, Csongrád, Békés megyék)			13%
Közép-Dunántúl (Komárom-Esztergom, Fejér, Veszprém megyék)			11%
Nyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Zala megyék)			10%
Dél-Dunántúl (Somogy, Baranya, Tolna megyék)			10%
Településtípus szerinti megoszlás			
Budapest			15%
Megyeszékhely			22%
Város			40%
Község, nagyközség			23%

A nemi megoszlás mintánkban meglehetősen kiegyenlített; minden magyarországi régió kellő arányban van megjelenítve: a budapestiek 15%-ban, a többi hét régió pedig 10–17% közötti arányban. Településtípus szerint a budapestiek 15%-a mellett a megyeszékhelyen tanulók 22%-ot, az egyéb városban tanulók 40%-ot és a községben (nagyközségben) tanulók 23%-ot képviselnek. Az osztályonkénti, nemi, fenntartó, régió és településtípus szerinti megoszlás az 1. táblázatban látható.

2.2. MÉRŐESZKÖZÖK

A kérdőívcsomag kialakítását egy háromfős szakértői team végezte, széles fókuszra, széles életkori sávban való alkalmazhatóságra, elméleti és gyakorlati relevanciára törekedve. A mérőeszköz komplex megközelítésben ragadta meg az egészség és a szerhasználat rizikó- és protektív tényezőit. A különböző korosztályok számára több hasonló tesztbatteríát dolgoztunk ki. Jelen kutatásban a 9. és 11. osztály részére kiadott batteria kérdéseit ismertetjük, mert ez a tesztcsomag volt a legrészletesebb (a rövidebb kérdéssorok ennek egy részét jelentették). Terjedelmi okokból, egyes mérőeszközökből csak bizonyos tételket használtunk fel; ilyenkor három főből álló szakértői csoport döntött a tételek kiválasztásáról a mérőeszköz által mért konstruktum szempontjából való fontosságot, illetve a jelen kutatásban mutatkozó relevanciát tekintetbe véve.

A szerhasználat témájára vonatkozóan a kérdőívcsomag felső osztályoktól kezdődően kitért a dohányzás és az alkohol kipróbálására és azok fogyasztási gyakoriságára, az első berúgás időpontjára, a kábítószeres és egyes konkrét szerek kipróbálásának tényére (ezen belül a napjainkban igen elterjedt designer drogok használatára). Külön kérdések vonatkoztak a környezetben – a családban és a baráti körben – élő, szerhasználó személyek jelenlétére és számára, a szülők, testvérek, tanárok és barátok e viselkedésre adott reakciójára. A kipróbálásra vonatkozó kérdéseket 5. osztálytól vettük fel, míg az egyes konkrét szerekre vonatkozókat a 7. osztálytól. A HBSC és az IEUD kutatásban a szerek használatára és a környezeti reakciókra vonatkozó kérdések nagyon hasonlóak, így az eredmények jól összevethetőek. (A szerfogyasztásra irányuló kérdéseket lásd a Függelékben). A vizsgált minta szerhasználati jellemzőiből egy ötfokú (1–5 közötti) ún. Globális Szerhasználati Mutatót képeztünk, amely a dohányzás, alkoholfogyasztás és kábítószer-fogyasztás azonos Likert-skálakon megítélt gyakoriságának átlagából keletkezett (Jelenleg dohányzol-e, Előfordult-e már, hogy annyit ittál, hogy be is rúgtál, illetve Használtál-e már valamilyen kábítószerrel kérdések). Azt feltételeztük, hogy létezik egy kvantitatív globális szerhasználati konstruktum. Egy ötfokú Likert-skála kritériuma,

hogy az értékek 1 és 5 között nagyjából azonos lépésközzel növekvő szinteket jelezenek. A szóban forgó változók esetében (Jelenleg dohányzol-e? Előfordult-e már, hogy annyit ittál, hogy be is rúgtál? Használtál-e már valamilyen kábítószer?) esetében ez közelítőleg teljesült. Megvizsgáltuk továbbá, hogy a fenti három szerhasználati változó leátlagolt értéke, a Globális Szerhasználati Mutató rendelkezik-e megfelelő pszichometriai stabilitással (reliabilitással), illetve validitással. Itemanalízist végrehajtva az alábbi eredményeket kaptuk: Cronbach-alfa = 0,72; item-totál korrelációk: 0,87, 0,86, 0,70; item-maradék korrelációk: 0,61, 0,62, 0,52. Mindez azt jelzi, hogy a három változó összege (és egyben átlaga is) pszichometriai szempontból reliábilis skálát képez, amelyen a változók egy irányban és magas szinten súlyozódnak, és mindegyik item legalább 0,70-es szinten összefügg a közös skálával.

A szerhasználaton és a környezeti modelleken kívül a mérőeszköz a következő területeket vizsgálta:² kötődés a szülők iránt, szülői-nevelői magatartás és szülői monitoring, családi légkör és kommunikáció, kortárskapcsolatok (baráti kötődések, népszerűség a kortárs csoportban és az ellenkező neműek körében), személyiségjegyek (Big Five, impulzivitás), deviancia, közérzet és hangulat (jóllét, depresszió), egyes életesemények előfordulása. A 9. osztálytól alkalmazott tesztbatteria összesen 70 kérdésből állt; ezek mindegyikéhez alkérdések tartoztak; a legtöbbet standard vagy legalább részben validált eszközökből merítettük. Az alábbiakban részletesen ismertetjük azokat a mérőeszközöket, amelyeket batteriánkban – részben vagy egészben – felhasználtunk.

A *Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív* (Relationship Structures Questionnaire, ECR-RS; Fraley, Heffernan, Vicary & Brumbaugh, 2011) kilenc tételből álló önbecslő skála, amely bármely kötődési reláció mérésére alkalmas (anya, apa, legjobb barát, testvér, felnőttkortól szerelmi partner). A kitöltésnél állításokat kell megítélni hétfokú, Likert-típusú skála mentén (végpontok: 1 = egyáltalán nem ért egyet, 7 = teljesen egyetért). A mérőeszközből két mutató nyerhető, a szorongás és az elkerülés. Minél alacsonyabb a szorongás, illetve az elkerülés pontszáma, annál inkább beszélhetünk biztonságos kötődésről. A mérőeszköz egyik változatának magyar adaptációja Nagy (2005) munkája. Vizsgálatunkban az apával és az anyával való kapcsolat jellemzését kértük valamennyi tétel, valamint a testvérkapcsolat jellemzését összesen két tétel alapján. A statisztikai számításokhoz az apai és anyai biztonságos kötődés összesített mutatóját alakítottuk ki.

² Terjedelmi okokból, csak a jelen vizsgálat szempontjából releváns mérési területeket mutatjuk be.

Az apai és anyai monitorozást négy-négy tétel útján mértük (Parker, Tupling, & Brown, 1979; Tóth & Gervai, 1999), melyeket egy korábbi reprezentatív, drogfogyasztást felmérő vizsgálatban (Németh & Költő, 2011) más szakemberek is alkalmaztak. E kérdések arra irányultak, a szülők mennyit tudnak a serdülő életének egyes területeiről. Az eredeti kérdőívől eltérően az eredményesebb statisztikai számítások érdekében négy helyett öt fokozatot használtunk (végpontok: 1 = egyáltalán nem tud róla, 5 = mindent tud róla). A magasabb értékek valamennyi esetben intenzívebb apai, illetve anyai monitorozást jelentettek. A családi monitorozás összesített mutatóját e négy tétel összeadása útján nyertük.

Négy tétel útján mértük az anyai és apai nevelői magatartást a HBSC 2006 kutatásban alkalmazott kérdések alapján (Németh, 2007), Maccoby és Martin (1983) szülői-nevelői attitűdökre vonatkozó modellje nyomán. A négy szülői-nevelői attitűd: tekintélyelvű, irányító, elnéző és elhanyagoló. Az eredeti kérdőív válaszfokozatai 1 = nagyon gyakran, 5 = soha közt alakulnak, saját kérdőívünkben statisztikai megfontolásokból itt szintén ötfokozatú válaszadást használtunk 1 = egyáltalán nem jellemző, 5 = teljesen jellemző végpontokkal. Módszertani okokból a kérdőív egészében törekedtünk egységes skálafokozatokat használni. Az apai és anyai nevelői magatartás esetében a Cronbach-alfa-érték nem érte el az elvárható szintet, így a négy tételből nem összesített mutatót képeztünk, hanem külön-külön vontuk be őket az elemzésbe. (E kérdéseket lásd a Függelékben).

A családi légkör megítélésére a Magyarországon is validált *Olson-teszt* (Olson, Gorall & Tiesel, 2004; Vargha & Tóth, 2007) adaptív kohézió alskálájának egyes tételeit használtuk. Az adaptív kohézió a családtagok érzelmi kötődését jelenti. E pontszámok összegeiből számoltuk a családi légkör mutatóját, melynek magasabb értékei a családi összetartás nagyobb mértékét jelzik. Az eredeti mérőeszközhöz hasonlóan ötfokú, Likert-típusú skálát használtunk az 1 = egyáltalán nem jellemző és 5 = teljesen jellemző végpontokkal.

A kortárskapcsolatok jellemzőinek feltárásánál a HBSC 2010-es vizsgálati anyagából merített kérdésekkel dolgoztunk (Németh & Költő, 2011), amelyek a barátok számára, a magányosságra, illetve a barátokkal történő problémamegbeszélés lehetőségére vonatkoztak. Szintén e vizsgálatból vettünk át egy, a magányosságra vonatkozó kérdést. Saját döntésünk alapján a kortárskapcsolatokra vonatkozó kérdésblokkot kiegészítettük egy, az ellenkező neműek körében való észlelt népszerűséget vizsgáló tétellel („Tetszem az ellenkező neműeknek”). A barátságokra, társas helyzetre összesen hét kérdés vonatkozott (14 alkérdéssel), amelyek többségét négyfokú skálán kellett megítélni.

A *Tíz tételes Személyiségletár* (Ten Item Personality Inventory, TIPI; Gos-

ling, Rentfrow, & Swann, 2003) a Big Five paradigmába illeszkedő, a személyiség mérését szolgáló, rövid mérőeszköz. A tíz állítást a válaszadók hétfokú Likert-típusú skálán ítélik meg (végpontok: 1 = egyáltalán nem jellemző, 7 = teljesen jellemző). A TIPI validitását külföldön számos vizsgálatban igazolták (pl. Gosling és mtsai, 2003). A skálából öt személyiségdimenzió mutatója számítható: extravertzió, barátságosság, lelkiismeretesség, érzelmi stabilitás, nyitottság); minél magasabb az öt skála értéke, annál erőteljesebbek a skálanév által jelölt személyiségjegyek. A mérőeszköz reliabilitása magyar mintákon 0,70 érték körül mozog (Mirnics, 2008). A mérőeszközt a vizsgálati személyekkel teljes terjedelmében vettük fel; az öt fő személyiségdimenzió mutatóját nyertük belőle.

A *Junior Temperamentum és Karakter Kérdőív* (Junior Temperament and Character Inventory, JTCI; Luby, Svrakic, McCallum, Przybeck, & Cloninger, 1999) 9–13 éves korú gyermekek személyiségének mérésére alkalmas; 108 tételből áll, a válaszadás négyfokú Likert-típusú skálán történik 0 = nem igaz és 3 = igaz végpontokkal. A skála temperamentum (újdonságkeresés, ártalomkerülés, jutalomfüggés), illetve karakter (önirányítottság, együttműködés, transzcendencia) változókat mér. A magyar változat 84 tétel, ezen belül az újdonságkeresésre 14 tétel vonatkozik, egyes kifejezetten impulzivitást mérő állításokat is tartalmaz. A magyar kutatási adatok igazolják e faktor megfelelő alkalmazhatóságát (Gerevich, Bácskai, & Rózsa, 2002). Saját vizsgálatunkban hét, impulzivitásra vonatkozó itemet használtunk. Statisztikai megfontolásokból az eredeti négyfokú skála helyett a válaszokat ötfokú Likert-skálán kértük, 1 = egyáltalán nem jellemző, 5 = teljesen jellemző végpontokkal. A tételekből összeadás útján az impulzivitás személyiségdimenzió mutatóját képeztük; a magasabb értékek erőteljesebb impulzivitást jeleztek.

A *Gyermekviselkedési Kérdőív* (Child Behavior Checklist, CBCL; Achenbach, 1991) *Deviancia* skálája a gyermekektől elvárható magatartási normák megszegését méri. A mérőeszköz magyar adaptációját Gádoros (1996) végezte. A mérőeszközből hat tételt használtunk, melyekből összeadás útján deviancia-mutatót számoltunk. Az eredeti válaszfokok 0 = soha és 2 = gyakran közt, háromfokú skálán alakulnak; saját mérőeszközünkben statisztikai megfontolásokból a válaszadást ötfokú Likert-típusú skálán kértük, 1 = egyáltalán nem jellemző, 5 = teljesen jellemző végpontokkal. A deviancia-mutató magasabb értékei erőteljesebb deviáns viselkedést jelentenek.

A *Cantril-létra* eredeti változatának célja az általános jóllét mérése a múlt, jelen, és anticipált jövő vonatkozásában. A válaszadás egy tízfokú, létrát ábrázoló vizuális kép mellett történik (végpontok: 1 = lehető legrosszabb, 10 = lehető legjobb). A módszert a Gallup közvélemény-kutató szervezet

alkalmazza a jóllét gyors becslésére. Külföldi populációkon igazolódott a tételek megfelelő reliabilitása és validitása (pl. Deaton, 2008). Saját vizsgálatunkban a jelenre vonatkozóan egyetlen kérdést használtunk, a statisztikai számításokba ennek pontértéke került be.

Gyermek Depresszió Kérdőív (Children's Depression Inventory, CDI; Kovacs, 1992): A tíz tételt tartalmazó kérdőív a gyermekkori depresszió mérését, szűrését szolgálja. A depresszió mértékének megítélésére szöveges fokozatok szolgálnak; a mérőeszköz értékelése 0–2 közt történik, a teljes pontszám 0–20 közt változik. A mérőeszköz magyar mintán validált (Rózsa és mtsai, 1999). A skálából az eredeti válaszfokozatokkal nyolc kérdést használtunk, melyekből összeadással depresszió-pontszámot nyertünk. A magasabb skálaértékek depresszívebb hangulatra utalnak.

A *Negatív Életesemények Listája* (Threatening Life Events, TLE; Brugha, Berington, Tennant, & Hurry, 1985) 12 tétellel méri fel az elmúlt két év negatív életeseményeit, amelyeket 4 kategóriába lehet sorolni: közeli hozzátartozóval kapcsolatos probléma; közeli hozzátartozó halála vagy súlyos betegsége; egészségügyi probléma, illetve egyéb (pl. sérülés, rendőrségi vagy bírósági ügy, meglopás). A bekövetkezett életeseményt a személynek mindenképp el kell jelölnie, majd – nyolcfokú skálán – megítélheti a megélt hatását. A mérőeszköz reliabilitása a Cohen-féle kappa mutató alapján külföldön megfelelő volt (Brugha és mtsai, 1985), azonban belső konzisztencia értékek publikálásáról nincs tudomásunk. Saját vizsgálatunkban nyolc, gyermekekre nézve is releváns életeseményre vonatkozó tételt használtunk, melyek bekövetkezését kellett megjelölni. A listából a megtörtént életesemény szám alapján kumulatív „terhelő életesemény” pontszámot nyertünk, melynek magasabb értékei nagyobb élethelyzeti terheltségre utaltak.

A skálák belső megbízhatósága a már említett nevelői magatartás tételek, illetve a TIPI kivételével megfelelőnek bizonyultak (lásd 2. táblázat); ez utóbbi mérőeszközben is kimutattuk azonban – a Nyitottság skála kivételével – alskálánként az egyes tételek egymás közti magas szignifikáns korrelációit az elvárt irányokban, így mutatóit az elemzés során felhasználtuk.

2.3. Statisztikai elemzések

A skálák belső megbízhatóságának becsléséhez Cronbach-alfa mutatókat számítottunk. A mintán gyakorisági elemzéseket (százalékszámítás, khi-négyzet-próba), valamint varianciaanalíziseket és lépésenkénti lineáris regresszió elemzést végeztünk a RopStat program segítségével. A többszörös lineáris regressziót a szakirodalmi adatok alapján feltételezett összefüggések ellenőrzésére használtuk. Az eljárás lépésenkénti regresszió nevű változata (stepwise regression) a mintában rendelkezésre álló potenciális

magyarázó változók közül a „legjobbak” kiválasztására szolgál. Munkánkban e statisztikai módszert annak meghatározására használtuk, hogy azon sok pszichológiai változó közül, amelyek mérésére vizsgálatunkban sor került, melyek lesznek a szerhasználat legjobb előrejelzői.

3. Eredmények

3.1. A pszichológiai változók alapstatisztikája

A 2. táblázatban bemutatjuk a vizsgált pszichológiai változók alapstatisztikáját (átlag, szórás) és a skálák belső megbízhatóságának mutatóit.

2. táblázat. A pszichológiai változók átlagai, szórásai és belső konzisztencia értékei a mintában

Változó	Mintaátlag	Szórás	Belső megbízhatóság ³
Szorongás (anya) (ECR)	6,2	3,41	0,82
Elkerülés (anya) (ECR)	7,5	4,44	
Szorongás (apa) (ECR)	6,8	3,84	
Elkerülés (apa) (ECR)	9,6	5,24	
Monitorozás	15,7	3,35	0,75
Tekintélyelvű nevelés (anya)	3,6	1,25	0,10 ⁴
Irányító nevelés (anya)	3,2	1,27	
Elnézó nevelés (anya)	1,9	1,09	
Elhanyagoló nevelés (anya)	1,5	0,99	
Tekintélyelvű nevelés (apa)	3,5	1,30	
Irányító nevelés (apa)	3,2	1,30	
Elnézó nevelés (apa)	2,0	1,17	
Elhanyagoló nevelés (apa)	1,5	0,98	
Olson-tesztből képzett Családi légkör mutató	20,3	3,36	0,79
Extraverzió (TIPI)	10,6	2,70	0,47
Barátságosság (TIPI)	10,6	2,44	
Lelkiismeretesség (TIPI)	10,7	2,61	
Érzelmi stabilitás (TIPI)	6,7	3,08	
Nyitottság (TIPI)	8,9	2,85	

³ Egytétéles mérőeszköznél, valamint olyan esetekben, amikor az eredeti mérőeszközzel kapcsolatban sem végeztek belső konzisztencia elemzést (pl. Életesemény skála), nem számoltunk Cronbach-alfa mutatót. A táblázatban teljes mérőeszközeire vonatkozó megbízhatósági adatok szerepelnek. n.a. = nem alkalmazható.

⁴ Az alacsony belső megbízhatóságra való tekintettel a négy tételt egyenként elemeztük.

2. táblázat folytatása

Impulzivitás (JTCI)	15,8	5,08	0,85
Deviancia (CBCL)	11,5	4,12	0,69
Életminőség (Cantril-létra)	6,4	2,35	n.a.
Depresszió (CDI)	25,6	2,43	0,73
Életesemény-pontszám (TLE)	12,3	1,81	n.a.

3.2. A tizenéves tanulók szerhasználati arányai

A dohányzási szokások alakulását 5–11. osztályba járó fiúknál és lányoknál a 3. táblázat tartalmazza. Az IEUD eredményei szerint az 5. osztályos fiúk 8,4%-a, az 5. osztályos lányok 6,7%-a elszívott legalább egy cigarettát. A nemek közötti különbség többnyire 1–3 százaléknyi a fiúk javára, akiknél az 5. osztályban emelkedik meg a dohányzás kipróbálásának valószínűsége. A rendszeresen dohányzók aránya a 9. osztályban, 14–15 éves korban egyre növekszik. Ebben a korcsoportban a naponta rágyújtók aránya mind fiúknál, mind lányoknál 20% fölött van (25,0, illetve 23,2%). A 9. osztályhoz képest a 11. osztályban a rendszeres dohányosok aránya már csak néhány (2–5) százalékkal növekszik. Az első elszívás átlagos életkora 13,58 év (szórás = 2,18), tehát az körülbelül a 7. osztály időszakára esik.

3. táblázat. A „Jelenleg dohányzol-e?” kérdésre adott válaszok százalékos arányai

Fiúk					
Évfolyam	Nem	Alkal- manként	Hetente többször	Naponta	Érvényes esetek száma
5. osztály	97,8	1,4	0,6	0,2	509
7. osztály	91,5	4,6	1,8	2,2	505
9. osztály	62,1	7,5	5,3	25,0	636
11. osztály	53,8	8,6	9,5	28,1	885
Összesen	72,2	6,1	5,1	16,6	2535
Lányok					
Évfolyam	Nem	Alkal- manként	Hetente többször	Naponta	Érvényes esetek száma
5. osztály	99,4	0,6	0	0	525
7. osztály	92,8	3,5	1,9	1,7	516
9. osztály	61,8	8,1	6,9	23,2	581
11. osztály	58,9	8,6	6,9	25,6	800
Összesen	75,6	5,7	4,3	14,4	2422

Az ivási szokások alakulását a lerészegedés („berúgások”) gyakoriságával illusztráljuk. Az erre vonatkozó eredményeket a 4. táblázat tartalmazza. Korcsoportonként vizsgálva a fiúk adatait, látható, hogy az alkohol első fogyasztása az 5. osztálytól a 9. osztályig folyamatosan nő. Részesség 5.

osztályban lényegében nem fordul elő, más vizsgálatok eredményeivel összhangban. Fiúknál a 9. osztályosok adatai nagymértékű kockázatemelkedést mutatnak mind az 5. osztályba, mind a 7. osztályba járókhoz viszonyítva. A legalább 2–3-szor ittasak aránya megemelkedik (53,6%, illetve 41,3%); a dohányzáshoz képest itt nagyobb a nemi eltérés. A 11. osztályos fiúknak mindössze 14,9%-a, a lányoknak pedig kb. 26,9%-a állította, hogy életében még soha nem rúgott be; ugyanakkor a részegség gyakoriságának növekedése a 11. osztályban is számottevő. Az első alkoholfogyasztás átlagosan 13,24 (szórás = 2,33) éves korban történik.

4. táblázat. Az „Előfordult-e már, hogy annyit ittál, hogy be is rúgtál?” kérdésre adott válaszok százalékos arányai

Fiúk						
Évfolyam	Soha	1-szer	2-3-szor	4-10-szer	10-nél többször	Érvényes esetek száma
5. osztály	93,1	4,4	0,8	0,4	1,2	495
7. osztály	75,7	13,1	6,0	3,0	2,2	497
9. osztály	31,2	15,1	21,0	11,9	20,7	628
11. osztály	14,9	10,4	21,3	16,0	37,3	873
Összesen	46,7	11,0	14,1	9,3	19,0	2493
Lányok						
Évfolyam	Soha	1-szer	2-3-szor	4-10-szer	10-nél többször	Érvényes esetek száma
5. osztály	96,5	2,7	0,6	0,2	0	510
7. osztály	88,1	7,3	3,0	1,0	0,6	505
9. osztály	42,3	16,4	21,8	10,1	9,4	574
11. osztály	26,9	17,9	26,1	13,0	16,0	792
Összesen	58,5	12,1	14,7	7,0	7,7	2381

A kábítószer-használat alakulását az 5. táblázat mutatja be. Adataink szerint az 5. osztályosok körében lényegében nem fordul elő illegális szerhasználat. Más forrásokból azonban van tudomásunk arról, hogy marginalizált, súlyosan hátrányos helyzetű csoportokhoz tartozó gyermekeknél ez már ezen az évfolyamon is megjelenik. Az első drogfogyasztás időpontja mintánkban 15,45 (SD = 1,95) éves korra esik. A drogkipróbálók aránya szintén a 9. osztályban emelkedik: mind fiúknál, mind lányoknál megközelíti a 20%-ot (18,8%, illetve 17,1%). Elgondolkodtató, hogy a kábítószerrel 10-nél többször kipróbálók aránya már a 9. osztályban eléri a 3%-ot (fiúknál 3,5%, lányoknál 2,8%). A 11. osztályra elsősorban a fiúknál figyelhető meg további növekedés (13 százaléknyi).

5. táblázat. A „Használtál-e már valamilyen kábítószer?” kérdésre adott válaszok százalékos arányai

Fiúk						
Évfolyam	Soha	1-szer	2-3-szor	4-10-szer	10-nél többször	Érvényes esetek száma
5. osztály	98,0	1,4	0,2	0	0,4	502
7. osztály	95,8	3,2	0,4	0	0,6	498
9. osztály	81,2	9,3	4,7	1,3	3,5	632
11. osztály	68,2	13,9	9,9	3,1	4,9	877
Összesen	82,9	8,1	4,8	1,4	2,8	2509
Lányok						
Évfolyam	Soha	1-szer	2-3-szor	4-10-szer	10-nél többször	Érvényes esetek száma
5. osztály	98,6	1,0	0,4	0	0	513
7. osztály	97,3	1,8	0,8	0,2	0	513
9. osztály	82,9	7,6	4,7	2,1	2,8	579
11. osztály	80,0	8,8	5,8	2,5	2,9	796
Összesen	88,4	5,3	3,3	1,4	1,6	2401

A Globális Szerhasználati Mutató nemenkénti és évfolyamonkénti gyakorisági átlagait az 6. táblázatban összegeztük. Erre az ötödik évfolyamtól folyamatosan emelkedő mutatóra vonatkozóan kétszemponos varianciaanalízist végeztünk (évfolyamonként), azt vizsgálva, hogy a regionális hovatarozás és az iskolatípus a két nem esetében hogyan befolyásolja a szerfogyasztást (egyik esetben tehát a régió és a nem, míg másik esetben az iskolatípus és a nem volt a két csoportosító változó).

A régió és a nem változó főhatása a kilencedik évfolyamon egyaránt szignifikáns volt (régió: $F_{(7; 300,7)} = 9,304$, $p < 0,001$, nem: $F_{(1; 365,0)} = 9,983$, $p < 0,001$), ahogy a régió×nem interakció is ($\chi^2_{(7)} = 20,157$, $p < 0,001$). Kilencedik osztályban, elsősorban a fiúk csoportjában volt erősen érintett a fogyasztás által a Közép-Dunántúl, a Dél-Dunántúl és Budapest. Lányok esetében a legérintettebb térségek az Észak-Alföld, Nyugat-Dunántúl és Közép-Dunántúl voltak. Tizenegyedik évfolyamon csak a nem főhatása volt szignifikáns ($F_{(1; 819,6)} = 51,959$, $p < 0,0001$), a régióé nem ($F_{(7; 489,5)} = 0,993$, $p = 0,436$), ahogy régió×nem interakció sem ($\chi^2_{(7)} = 10,452$, $p = 0,164$).

A gimnáziumok tanulóinak szerhasználati mutatója később növekedett, mint a szakiskolákban tanulóké, valamint alacsonyabb volt a szakközépiskolákban tanulók szerfogyasztási arányához képest. Kilencedik évfolyamon az iskolatípus szignifikáns főhatást mutatott a szerhasználat alakulására nézve ($F_{(2; 635,6)} = 50,937$, $p < 0,0001$), a nem változó azonban nem ($F_{(1; 955,7)}$

= 1,154, $p = 0,316$). Az iskolatípus \times nem interakció nem volt szignifikáns ($\chi^2_{(2)} = 1,770$, $p = 0,413$). Tizenegyedik évfolyamon mind az iskolatípus, mind a nem szignifikáns főhatással bírt a szerhasználat mutatója kapcsán (iskolatípus: $F_{(2; 871,6)} = 34,490$, $p < 0,0001$, nem: $F_{(1; 1280,7)} = 31,357$, $p < 0,0001$, iskolatípus \times interakció értéke: $\chi^2_{(2)} = 2,346$, $p = 0,310$).

6. táblázat. A Globális Szerhasználati Mutató átlagai és szórásai régiónként és iskolatípusonként

Régió szerinti adatok				
Fiúk	5. osztály	7. osztály	9. osztály	11. osztály
Budapest	3,08 (0,33)	3,53 (1,33)	5,71 (2,84)	7,63 (3,47)
Közép-Dunántúl	3,36 (1,02)	3,52 (1,03)	8,57 (3,17)	7,25 (3,20)
Dél-Dunántúl	3,19 (0,68)	4,22 (2,13)	6,81 (2,93)	7,27 (2,97)
Dél-Alföld	3,27 (1,54)	3,57 (1,20)	5,01 (2,41)	7,02 (2,71)
Észak-Alföld	3,03 (0,18)	3,46 (1,27)	5,77 (3,15)	7,06 (2,89)
Észak-Magyarország	3,10 (0,36)	3,69 (1,75)	6,15 (2,80)	6,90 (2,43)
Nyugat-Dunántúl	3,08 (0,41)	3,58 (1,24)	5,74 (2,59)	7,51 (2,73)
Pest megye	3,25 (1,05)	3,66 (1,57)	5,89 (2,57)	7,72 (3,25)
Lányok	5. osztály	7. osztály	9. osztály	11. osztály
Budapest	3,04 (0,21)	3,31 (0,84)	5,38 (2,71)	6,60 (3,16)
Közép-Dunántúl	3,09 (0,34)	3,00 (0)	5,88 (2,88)	6,51 (2,82)
Dél-Dunántúl	3,08 (0,28)	3,43 (1,0)	5,72 (2,98)	6,14 (2,94)
Dél-Alföld	3,03 (0,24)	3,24 (0,87)	4,43 (1,75)	6,24 (2,96)
Észak-Alföld	3,00 (0)	3,31 (0,84)	6,42 (3,11)	5,90 (2,64)
Észak-Magyarország	3,11 (0,42)	3,15 (0,62)	5,88 (2,88)	6,21 (2,75)
Nyugat-Dunántúl	3,05 (0,28)	3,17 (0,61)	6,14 (3,14)	6,06 (2,88)
Pest megye	3,11 (0,42)	4,10 (2,39)	5,00 (2,81)	5,15 (2,76)
Iskolatípus szerinti adatok				
Fiúk	9. osztály		11. osztály	
Szakiskola	2,52 (1,13)		2,73 (1,13)	
Szakközépiskola	1,83 (0,92)		2,57 (1,09)	
Gimnázium	1,80 (1,02)		2,28 (1,07)	
Lányok	9. osztály		11. osztály	
Szakiskola	2,41 (1,13)		2,53 (1,06)	
Szakközépiskola	1,88 (1,04)		2,24 (1,17)	
Gimnázium	1,67 (0,91)		1,88 (0,97)	

A szerfogyasztási mutatók a Magyarországon készült korábbi reprezentatív vizsgálatok (Elekes, 2012; Németh & Költő, 2011) eredményeihez hasonlóan alakulnak (7. táblázat). A dohányzás kipróbálásánál – a HBSC 2010 és ESPAD 2011 vizsgálatokkal összevetve – az adatok közti eltérés csupán néhány százaléknál (9. osztálynál $\chi^2 = 0,685$, $p = 0,709$; 11. osztálynál

$\chi^2 = 0,133$, $p = 0,935$). A 9. osztályban napi rendszerességgel dohányzók adatai közt minimális a különbség (HBSC 2010-ben 22,8%, saját vizsgálatunkban 21,2%), míg a 11. osztályban a napi rendszerességgel dohányzók aránya a mi vizsgálatunkban valamivel alacsonyabb (26,9%) volt a HBSC 2010-es vizsgálati adataihoz képest (31,8%).

7. táblázat. Szerhasználatra vonatkozó eredményeink összesítése a HBSC 2010 és ESPAD 2011 adatokkal⁵

Dohányzás kipróbálása						Kábítószer kipróbálása		
Fiúk	ESPAD 8-10.	HBSC 9.	IEUD 9.	HBSC 11.	IEUD 11.	ESPAD 8-10.	IEUD 9.	IEUD 11.
	64,7%	67,0	66,3	77,6	78,2	29,5%	18,8%	31,8%
Lányok	ESPAD 8-10.	HBSC 9.	IEUD 9.	HBSC 11.	IEUD 11.	ESPAD 8-10.	IEUD 9.	IEUD 11.
	64,6%	63,7	67,0%	76,0	72,4%	26,6%	17,1%	20%
Lerészegedés előfordulása				Legalább kétszeri lerészegedés				
Fiúk	ESPAD 8-10.	IEUD 9.	IEUD 11.	HBSC 9.	IEUD 9.	HBSC 11.	IEUD 11.	
	60%	68,8%	85,1%	50,5%	53,6%	70,7%	74,6%	
Lányok	ESPAD 8-10.	IEUD 9.	IEUD 11.	HBSC 9.	IEUD 9.	HBSC 11.	IEUD 11.	
	50,6%	57,7%	73,1%	36,0%	41,3%	54,5%	55,1%	
Tiltott szerek fogyasztása szer típusonként								
			ESPAD 2011 (8-10.)	HBSC 2010 (9., 11.)	IEUD (9., 11.)			
Marihuána			18,9%	23,7%	11,5%			
Amfetamin			5,8%	8,7%	1,3%			
LSD vagy más hallucinogén			3%	0,2%	1,2%			
Kokain			2,6%	0,4%	1%			
Ecstasy			4,5%	4,9%	2,1%			
Heroin			1,4%	nincs adat	0,3%			
Designer drogok			2,5%	nincs adat	2,8%			
Szipu			9,4%	3,8%	3,2%			
Altató vagy nyugtató szerek (nem orvosi utasításra)			8,6%	12,1%	6,0%			

⁵ Rövidítések: ESPAD = European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Elekes, 2012); HBSC = Health Behavior in School-Aged Children (Németh & Költő, 2011); IEUD = Iskolai Egészségfejlesztés és Univerzális Drogmegelőzés, jelen vizsgálat. A rövidítések utáni számok az iskolai osztályra vonatkoznak. A 8. osztály kb. 14-16 éves, a 9. osztály 15-17 éves, a 10. osztály 16-18 éves, a 11. osztály 17-19 éves korosztályt jelent.

Az első lerészegedés előfordulása 9. osztályban fiúknál 68,8%, lányoknál 57,7%-os, 11. évfolyamon pedig 85,1%, illetve 73,1%. Hasonló időszakban (8–10. osztály) az ESPAD csak 60%, illetve 50,6%-os előfordulást jelez, az eltérés nem szignifikáns (9. osztálynál $\chi^2 = 0,004$, $p = 0,946$, 11. osztálynál $\chi^2 = 0,005$, $p = 0,815$). A legalább kétszer lerészegedők a HBSC kutatási adatokhoz képest a mi vizsgálatunkban mindkét nem esetében kb. 3–5%-kal többen voltak, az eltérés azonban nem volt szignifikáns (9. osztálynál $\chi^2 = 0,668$, $p = 0,413$, 11. osztálynál $\chi^2 = 0,240$, $p = 0,593$). Kilencedik osztályra vonatkozóan a drog kipróbálási aránya hasonlóan alakult más vizsgálatok adataihoz, mindkét nem esetében megközelítette a 20%-ot ($\chi^2 = 0,004$, $p = 0,948$). Tizenegyedik osztályra viszont nemi különbség jelent meg: saját adataink alapján a fiúk kipróbálási aránya jelentősen magasabb volt (31,8%) a 9. osztállyal és a lányok csoportjával (20%) összehasonlítva. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy az arány 6,6%-kal, szignifikáns mértékben az ESPAD 2011 adatok alatt maradt ($\chi^2 = 8,510$, $p = 0,003$).

Az egyes konkrét drogok kipróbálását tekintve a korábbi vizsgálati eredményekhez képest lényegesen alacsonyabb adatot kaptunk ($\chi^2 = 63,737$, $p = 0,001$). A marihuánával és amfetaminnal való találkozás bevallása a mi vizsgálatunkban lényegesen ritkább volt; azonban megközelítőleg azonosak (esetenként pár százalékkal alacsonyabb) voltak az LSD, ecstasy és a kokain, valamint a gyógyszerek recept nélküli fogyasztására vonatkozó adataink. A heroin, illetve a szípu (szerves oldószerek) használata esetében minimális volt az eltérés. A designer drogok vonatkozásában nem rendelkezünk megbízható összehasonlító adatokkal, vizsgálatunk tanulságai szerint ezek kipróbálása a 9–11. osztályra már 2,8% körül alakult, azzal is összhangban, hogy az elmúlt években rohamosan terjedtek a droppiacon.

3.3. A szerhasználat összefüggései más változókkal

A szerhasználatot befolyásoló háttértényezők megismerése érdekében a Globális Szerhasználati Mutatóra, mint kimeneti változóra vonatkozóan lépésenkénti regresszió elemzést végeztünk. A magyarázó változók meghatározásához a kérdőívcsomagban az 5–11. osztályban mért összes környezeti és más pszichológiai változót a 9. és 11. évfolyam mintáján külön-külön korreláltattuk a 3 fő szerhasználat-változóval (dohányzás gyakorisága, berúgás gyakorisága, kábítószer-fogyasztás gyakorisága), majd megnéztük, a három közül mely változók korrelációi szignifikánsak $p < 0,001$ szinten legalább két esetben mindkét évfolyamon úgy, hogy az átlagkorreláció elérje a 0,15-öt. Kilenc ilyen változót kaptunk, amelyeket kiegészítettünk saját választásunk alapján a szülői monitoring és szülői

magatartás megítélésével, tekintettel e tényezők általános fontosságára a vonatkozó szakirodalomban (Chilcoat & Anthony, 1996; Kosterman, Hawkins, Haggerty, Spoth & Redmond, 2001), valamint arra is tekintettel, hogy vizsgálatunk kiemelt fókuszja a lélektani és kapcsolati tényezők tanulmányozása volt a droghasználat vonatkozásában. Ezek, mint független változók alkalmazásával, lépésenkénti lineáris regresszió elemzést végezve a 9. és 11. osztály összevont mintáján a 8. táblázatban feltüntetett 11 változót kaptuk. Az elemzésbe azért a 9. és 11. osztály adatait vontuk be, mert

8. táblázat. Lépésenkénti lineáris regressziós modell a szerhasználatot befolyásoló lélektani tényezőkre vonatkozóan (9. és 11. osztályosok almintája, n = 2970)

	Regressziós együttható (B)	Standard hiba	Standard regressziós együttható (Béta)	t	p
Konstans	1,98	0,22		9,17	< 0,0001
1. Büntető anyai magatartás (tekintélyelvű anyai nevelés) ⁶	-0,06	0,02	-0,05	-3,33	0,0009
2. Anyai monitorozás	-0,01	0,01	-0,04	-2,71	0,0068
3. Észlelt népszerűség az ellenkező neműek körében ⁷	0,10	0,02	0,09	5,73	< 0,0001
4. Extraverzió (TIPI)	0,05	0,01	0,13	8,02	< 0,0001
5. Érzelmi stabilitás (TIPI)	0,02	0,01	0,05	3,45	0,0006
6. Deviancia	0,08	0,01	0,27	14,55	< 0,0001
7. A dohányzás iránti (saját) negatív attitűd	-0,09	0,02	-0,07	-4,43	< 0,0001
8. A droghasználattal szembeni (saját) negatív attitűd	-0,04	0,01	-0,14	-8,42	< 0,0001
9. A környezetben napi rendszerességgel dohányzó személyek száma	0,17	0,02	0,19	11,52	< 0,0001
10. A környezetben rendszeresen drogot fogyasztó személyek száma	0,40	0,09	0,07	4,58	< 0,0001
11. A dohányzás helytelenítése a környezet részéről	-0,26	0,02	-0,24	-13,63	< 0,0001

⁶ „Édesanyám azonnal megbüntet, anélkül, hogy megmondaná, miért” tétel az anyai nevelői magatartás szempontcsoportból.

⁷ „Tetszem az ellenkező neműeknek” tétel.

a szerhasználatnak itt volt a legmagasabb a prevalenciája; és azért az 5. osztálytól kezdve mért változók felhasználásával, mert feltételeztük, hogy bizonyos preventív vagy kockázati mintázatok már az 5. és 7. osztályban is megjelennek, de csak később, a 9. és a 11. osztályban manifesztálódnak tünetekkel vagy szerhasználó magatartással párosulva.

Az eredmények szerint a szerfogyasztási mutató varianciájának mintegy 51%-át lehet 11 változó útján pszichoszociális változóval magyarázni (0,71-es többszörös korrelációval). A deviancia mutatója már önmagában is nagy magyarázó értékű volt. Fontos szerephez jutottak még a környezeti modellek, a különböző szerek szülői helytelenítése, a dohányzás és a drog iránti saját attitűd. A személyiségjegyek közül az extravertió és a neuroticizmus hatása mutatkozott. Az ellenkező neműek körében észlelt népszerűség a többi tényezőtől független, szignifikáns összefüggést mutatott.

4. Megbeszélés

Vizsgálatunk célja a drogfogyasztás szempontjából fontos lélektani dimenziók mérése volt, széles életkori sávban, illetve számos kockázati tényezőt figyelembe véve. Eredményeink szerint a droghasználatot befolyásoló pszichológiai tényezők sorában egyrészt kiemelkedik a deviáns magatartás, másrészt a környezet attitűdje a drogfogyasztás irányában; mindkettő megközelítőleg azonos magyarázó erővel. Adataink alátámasztják azon longitudinális vizsgálatok megállapításait, amelyek szerint a magatartászavar előrejelzője az akár 4 évvel későbbi szerhasználatnak (pl. Boyle és mtsai, 1993). Elmondható, hogy aki deviáns (több konfliktusa van tanáraival és környezetével, hajlamosabb megengedni magának a szabályok elleni vétéseket), az nagyobb valószínűséggel nyúl bármiféle szerhez. Boyle és munkatársai (1993) longitudinális adataik alapján úgy vélik, hogy a két probléma szorosan együtt jár, általában egyszerre kezdődik, vagy a szerhasználatot előzi meg a magatartászavar. A Pittsburgh-i Egyetemen készült CEDAR (Center for Education and Drug Abuse Research) vizsgálat ezen összefüggéseket modellben szintetizálja: állítása szerint a szülő negatív mintáinak, például szerhasználatának következtében a gyermeknél fokozott arányban fordulnak elő szorongásos zavarok, agresszivitás, figyelemzavar és impulzivitás (Martin és mtsai, 1994), amelyek hajlamosíthatnak a deviáns magatartásra, ezen belül droghasználatra.

A környezetnek a szerek iránti negatív attitűdje egyértelműen védelmet nyújt a kipróbálás és a tartós használat ellen. Adataink világosan érzékeltetik, hogy a droghasználat jelentős mértékben múlik a környezet – különösen az édesanya, a kortárs csoport és az ellenkező neműek – viszonyu-

lásán. Kutatásunk megerősíti, hogy a fiatalok, serdülők szerfogyasztására a szociális közeg többszörös, komplex hatást gyakorol; egyrészt a kapcsolati dinamikák által, másrészt a szociális környezet modelljei (például a szerfogyasztó modellek) közvetítésével (Mundt, 2011; Tyler, 2008). Korábbi kutatások már találtak összefüggést a serdülők pszichológiai jólléte, problémás magatartása, devianciája, szerfogyasztása, valamint a szülői monitorozás és a szerek helytelenítése között (Brook, Whiteman, Gordon, & Cohen, 1986; Brook, Whiteman, Nomura, Gordon, & Cohen, 1988). A szakirodalom szerint a szeretetteljes és elfogadó, de kontrollt gyakorló környezet vezet a legvalószínűbben iskolai sikerekhez, jól működő társkapcsolatokhoz, és járul hozzá a legerőteljesebben ahhoz is, hogy a gyermek elkerülje a deviáns magatartást (Bahr & Hoffmann, 2010; Demuth & Brown, 2004; Steinberg, 2001). A szerfogyasztás kivédésében részben közvetlen, részben közvetett hatások útján (Patterson és mtsai, 1982) fontos szerepet játszik az anya szabályozó magatartása (vizsgálati adataink tükrében: akár tekintélyelvű büntetésének lehetősége is). Azok a serdülők, akiknek a szülei figyelemmel kísérik életüket, kisebb valószínűséggel alakítanak ki káros szokásokat; ellentétben azokkal, akik a közösségekben felügyelet nélkül sodródnak.

A lépésenkénti regresszióba vizsgálatunk keretében bekerült tizenegy változó közül három a környezet pozitív vagy negatív modelljeihez kapcsolódik. A szerfogyasztó családtagok erős kockázatot jelentenek (Gabel & Shindledecker, 1990); a kortárs csoportból származó negatív modellek szintén egyértelmű kapcsolatban állnak a fogyasztási szokásokkal. Ebből nyilvánvalóan következik, hogy a családra vagy közösségre fókuszáló intervenciók pozitívan befolyásolhatják a szülők szabályozó viselkedését. Valamennyi társadalmi szintű prevenció kezdeményezés számára elengedhetetlen, hogy fokozott figyelmet fordítson a jól működő nevelési technikák kialakítására (Spoth, Guyll, & Day, 2002). Bár serdülőkorban a fiatalok önállósági igénye egyre erősödik, a szülő-gyermek konfliktusok pedig kiéleződnek, a lépésenkénti regresszióból származó kutatási adataink tükrében kamaszoknál is fontosak maradnak az anyák által állított korlátok és büntetések; a túlzott mértékű szülői engedékenység (monitoring és büntetés hiánya) pedig kártékony lehet a szerfogyasztási szempontjából. Egy olyan életszakaszban tehát, amikor kényes egyensúlyra van szükség a megfelelő korlátozás és a gyermek autonómiájának biztosítása között, a szülők számára kiemelkedően fontos volna szakemberek részéről a hatékony nevelési technikák átadása.

Serdülőkorban az egészséget veszélyeztető magatartásformák megjelenése túlnyomórészt a kortárs csoport hatására történik, hiszen a serdülő számára a kortárs fontosabb figura a felnőttél (szülőnél, tanárnál). Vizs-

gálatunk megerősíti, hogy ezen belül az ellenkező neműek körében észlelt népszerűség is kockázati tényező lehet. A korai szexuális érés, és ezáltal a párkapcsolatok energikus keresése, a másik nemnek való megfelelés vágya más szerzők szerint is korábban kezdődő vagy intenzívebb szerhasználathoz vezet (Ge és mtsai, 2006). Sutherland és Cressey (1970) szerint az, hogy a kortárs csoport hatása pozitív vagy negatív lesz, a csoportban természetes módon jelen levő deviáns és konstruktív attitűdök erősségén múlik. Ennek megfelelően, kihasználható a kortárs csoport preventív hatása is. Egy összegző tanulmány szerint a 143 serdülőkori beavatkozásból a kortárs hatásra alapuló prevenció bizonyult a legeredményesebb programtípusnak; hatásaként egyebek közt csökkent a különböző patológiák, például a szorongás, depresszió, agresszió és a magatartászavarok kockázata (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992).

Az extravertió és neuroticizmus személyiségjegyek, illetve a szerhasználat között világos összefüggés figyelhető meg. Az extravertióknak a szerhasználattal való pozitív irányú kapcsolatát általában azzal magyarázzák, hogy egyik alkotórésze az impulzivitás, amely a hétköznapokban a kielégülés késleltetésére való gyengébb képességgel jár együtt; és magában hordozza a deviancia kockázatát. A serdülőkori impulzivitás előjelzi az alkoholizálást (Fernie és mtsai, 2013) és a droghasználat súlyosbodását (Ersche, Turton, Pradhan, Bullmore, & Robbins, 2010). Egészen biztos, hogy a társaságba járó, extravertált fiatalok nagyobb valószínűséggel kerülnek kapcsolatba drogfogyasztókkal. A korábbi eredmények mégis elentmondásosak: Jackson és Matthews (1988) intenzív szerhasználóknál magas extravertió-értékeket talált; Rankin, Stockwell és Hodgson (1982) pedig éppen alacsonyabbakat. Akárhogyan is, Dinges és Oetting (1993) szerint a fiatalok 90 százaléka olyan baráti körrel rendelkezik, amely vele azonos szerfogyasztási szokásokkal él (azonos szerezket fogyaszt vagy nem fogyaszt), a serdülők egymás közti intenzív kontaktusa pedig növeli a csoportnyomás érvényesülési terét. Az extravertált fiatalok fokozott kapcsolatigényük miatt többet mozognak közösségekben, kedvezőtlen csoporttagság esetén pedig a szerfogyasztó barátok modellje gyorsabban és negatívabban befolyásolja őket.

Eredményeink megerősítik, hogy az egyénre irányuló prevenciók formáinak is van létjogosultságuk, hiszen adatainkból látható, hogy a fiatalok saját attitűdjük a környezeti faktoroktól függetlenül alakítja a szerfogyasztást. Botvin és Kantor (2000) összefoglalójában felveti, hogy 8. és 9. osztályban a döntéshozás, problémamegoldás, megküzdési, szociális és konfliktuskezelési készségek oktatása a 12. osztályra alacsonyabb dohányzási és alkoholfogyasztási mutatókat eredményez. Különösen fontos ezért a neurotikusabb, mentális betegségekkel élő vagy terhelt háttérű fiatalok

preventív programokkal való megsegítése, mert náluk személyiségbeli és környezeti rizikó egyaránt fennáll (Lopez-Quintero és mtsai, 2011).

A kutatási adatainkban megmutatókozó prevalencia-értékek illeszkednek a korábbi felmérésekhez (ESPAD 2011 [Elekes, 2012], HBSC 2010 [Németh & Költő, 2011], Nemzeti Drog Fókuszpont éves jelentései [Csák és mtsai, 2013, Csesztregi és mtsai, 2012]). A dohányzás kipróbálása és a lerészegedési gyakoriság esetében a korábbiakkal megközelítőleg azonos mutatókat kaptunk. A kábítószer kipróbálása kapcsán azonban lányoknál a korábbi adatoknál alacsonyabb mutatókat mértünk, és egyes drogfajták (pl. marihuána, amfetamin) általános fogyasztása is kevésbé intenzívnek mutatkozott. Az eltérések egy részét az aktuális drogfogyasztási trendek magyarázhatják, akár az is, hogy az új (pl. designer) drogok térhódításával egyidejűleg más fajták kipróbálása visszaszorul. Ezzel együtt, elképzelhető, hogy saját vizsgálatunkban a bevallási arány azért alacsonyabb, mert kérdőívünk a szerhasználatra több más egészség-magatartási és pszichológiai téma, aspektus közt kérdezett rá, nem pedig speciálisan e területről érdeklődött. A sok lelki, személyes kérdés a módszertanilag korrekt adatfelvétel ellenére is fokozhatta a serdülők bizalmatlanságát, csökkentve ezáltal a bevallás szándékát. A szerfogyasztás felvállalását befolyásolhatták továbbá az utóbbi években rendszeresen megjelent médiaközlemények is, amelyekben riasztó hírek jelennek meg a designer drogok hatásairól, bűncselekmények (pl. rablások, nemi erőszak) kapcsán való használatukról. Mindezen körülmények, úgy véljük, reális elrettentő hatással is bírhatnak, de csökkenthetik is a serdülők ösztönességét, például a szerfogyasztás felvállalását.

Vizsgálatunk korlátai részben az önbecslő módszer (kérdőív) használatából fakadnak. A válaszadó által kockázatosabbnak tekintett területekre vonatkozóan a válaszadást torzíthatja a bevallási hajlandóság. Noha mind a kérdések megfogalmazása, mind az anonim adatfelvétel és bizalmas adatkezelés útján törekedtünk olyan környezetet biztosítani, amelyben a vizsgált gyermekek és serdülők életük problémásabb területeiről is beszámolhatnak, úgy véljük, nem tudtunk teljesen kivédeni a szerhasználat letagadásának vagy az adatok más irányú torzításának kockázatát. Az esetleges torzítás iránya azonban előre jelezhető; úgy véljük, a vizsgált fiatalok reális szerhasználati mutatói mérési adatainkhoz képest valamivel magasabbak lehetnek; hasonlóan a lelki érintettség más mutatóihoz (depresszió, deviancia). A személyiség mérését szolgáló eszközünk, a TIPI továbbá – annak ellenére, hogy korábbi vizsgálataink statisztikai mutatói igazolják megfelelő alkalmazhatóságát, és a tételek közt az elvárt irányokban erős szignifikáns korrelációkat találtunk – a jelen mintán nem mutatott megfelelő Cronbach-alfa-értéket. E körülmény óvatos következtetésekre int bennünket a személyiségjegyekre vonatkozó eredményeink értelme-

zésénél. Vizsgálatunk további fontos korlátja, hogy bár adataink tükrében megerősíthető a korábbi tanulmányokban talált egyes rizikófaktorok szerepe, és a droghasználat intenzitásának alakulásával kapcsolatban felvethető egyes általunk újonnan feltárt faktorok fontossága is, a lépésenkénti regresszió adatai alapján mégsem tudunk egyértelműen ok-okozati viszonyokra következtetni, hiszen keresztmetszeti kutatási elrendezésről van szó. A jelen tanulmány által feltárt összefüggéseket a jövőben longitudinális elrendezés útján kívánjuk ellenőrizni, pontosítani.

Kutatásunk végső célja a feltárt eredmények, összefüggések hasznosítása az ifjúságot érintő egészségvédő, egészségfejlesztő tevékenységek minden lehetséges színterén. A rizikótényezők összefüggésrendszerét taglaló, a droghasználat „útjait” kutató külföldi modellek és a jelen vizsgálat adatai alapján megállapíthatjuk, hogy a droghasználat környezeti, szociális kapcsolatrendszerbe ágyazódó, komplex jelenség; így csak hasonlóan komplex, célzott prevenció programokkal törekedhetünk visszaszorítani. A prevenció rendszerében szükséges kijelölni mind a családi, mind a kortárs csoport-faktorok, mind a személyiségjegyek befolyásolásának főbb pontjait, ezen belül megfogalmazva a régiónként és iskolatípusonként jelentkező speciális intervenció igényeket. A fiatalok, az érintett pedagógusok és szülők, valamint a tágabb közösség együttes erőfeszítésétől azonban – a droghasználat környezeti tényezőinek ismeretében – biztos eredményt remélhetünk.

Irodalom

- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont
- Allsopp, J.F. (1986). Personality as a determinant of beer and cider consumption among young men. *Personality and Individual Differences*, 7, 341–347.
- Arria, A.M., Kuhn, V., Caldeira, K.M., O’Grady, K.E., Vincent, K.B., & Wish, E.D. (2008). High school drinking mediates the relationship between parental monitoring and college drinking: A longitudinal analysis. *Substance Abuse Treatment*, 3, 6.
- Aszmann, A. (szerk., 1997). *Iskolásgyermekek egészségmagatartása 1986-1993*. Budapest: Anonymus Kiadó
- Aszmann, A. (szerk., 2003). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat. „Nemzeti Jelentés 2002”*. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet
- Aszmann, A., & Mándoky, R. (1986). *Iskolás gyermekek egészségmagatartása*. Budapest: Országos Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Intézet, Országos Egészségnevelési Intézet, KSH
- Bahr, S.J., & Hoffmann, J.P. (2010). Parenting style, religiosity, peers, and adolescent heavy drinking. *Journal of Study of Alcohol and Drugs*, 71, 539–543.
- Booth-Kewley, S., & Vickers, R.R. Jr. (1994). Association between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62, 281–298.

- Botvin, G.J., & Kantor, L.W. (2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Alcohol Health and Research World*, 24, 250–257.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y.A., Fleming, J.E., Szatmari, P., & Links, P.S. (1993). Predicting substance use in early adolescence based on parent and teacher assessments of childhood psychiatric disorder: Results from the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 535–544.
- Brinkley, A., Fitzgerald, M., & Greene, S. (1999). *Substance use in early adolescence: A study of the rates and patterns of substance use among pupils in Dublin*. Dublin: Eastern Health Board
- Brook, J.S., Whiteman, M., Gordon, A.S., & Cohen, P. (1986). Some model mechanisms for explaining the impact of maternal and adolescent characteristics on adolescent stage of drug use. *Developmental Psychology*, 22, 460–467.
- Brook, J.S., Whiteman, M., Nomura, C., Gordon, A.S., & Cohen, P. (1988). Personality, family, and ecological influences on adolescent drug use: A developmental analysis. *Journal of Chemical Dependence Treatment*, 1, 123–161.
- Brugha, T., Bebington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The list of threatening experiences: A subset of 12 life events categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15, 189–194.
- Bry, B. (1983). Predicting drug abuse: Review and reformulation. *International Journal of Addictions*, 18, 223–233.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick: Rutgers University Press
- Chassin, L., Fora, D.B., & King, K.M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 483–498.
- Chassin, L., Pitts, S.C., & Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: Predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 67–78.
- Chilcoat, H.D., & Anthony, J.C. (1996). Impact of parental monitoring on the initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1673–1682.
- Clark, D.B., Cornelius, J.R., Kirisci, L., & Tarter, R.E. (2005). Childhood risk categories for adolescent substance involvement: A general liability typology. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 13–21.
- Crawford, A.M., Pentz, M.A., Chou, C.P., Li, C., & Dwyer, J.H. (2003). Parallel developmental trajectories of sensation seeking and regular substance use in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 179–192.
- Csák, R., Csesztregi, T., Dudás, M., Horváth, G.Cs., Nyírády, A., Péterfi, A., et al. (2014). 2014-es ÉVES JELENTÉS a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára. „Magyarország”. Új fejlemények, trendek. Nemzeti Drog Fókuszpont. Letöltve: 2015. 05. 01-jén: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2014.pdf
- Csák, R., Csesztregi, T., Dudás, M., Horváth, G.Cs., Nyírády, A., Péterfi, A. et al. (2013). 2013-as ÉVES JELENTÉS a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára. „Magyarország”. Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Nemzeti Drog Fókuszpont. Letöltve: 2015. 05. 01-jén: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2013_HU1.pdf
- Csesztregi, T., Dudás, M., Elekes, Zs., Fehér, R., Horváth, G.Cs., Nyírády, A. et al. (2012). 2012-es ÉVES JELENTÉS a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára. „Magyarország”. Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Nemzeti Drog

- Fókuszpont. Letöltve: 2015. 05. 01-jén: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2012.pdf
- Deaton, A. (2008). Income, aging, health, and well-being around the world. *Journal of Economic Perspectives*, 22, 53–72.
- Demuth, S., & Brown, S.L. (2004). Family structure, family processes, and adolescent delinquency: The significance of parental absence versus parental gender. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 41, 58–81.
- Dinges, M., & Oetting, E.R. (1993). Similarity in drug use patterns among friends. *Adolescence*, 28, 253–266.
- Dishion, T.J., & Owen, L.D. (2002). A longitudinal analysis of friendships and substance use: Bidirectional influence from adolescence to adulthood. *Developmental Psychology*, 38, 480–491.
- Elekes, Zs. (2012). *ESPAD 2011. Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól*. Az ESPAD magyarországi adatfelvételének előzetes eredményei, OTKA K81353. Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia és Társadalompolitika Intézet. Letöltve: 2015. 06. 01-jén: http://real.mtak.hu/12613/1/81353_ZJ1.pdf
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844–854.
- Ersche, K.D., Turton, A.J., Pradhan, S., Bullmore, E.T., & Robbins, T.W. (2010). Drug addiction endophenotypes: Impulsive versus sensationseeking personality traits. *Biological Psychiatry*, 68, 770–773.
- Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92, 279–296.
- Fernie, G., Peeters, M., Gullo, M.J., Christiansen, P., Cole, J.C., Sumnall, H., et al. (2013). Multiple behavioural impulsivity tasks predict prospective alcohol involvement in adolescents. *Addiction*, 108, 1916–1923.
- Fraley, R.C., Heffernan, M.E., Vicary, A.M., Brumbaugh, C.C. (2011). The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23, 615–625.
- Gabel, S., & Shindedecker, R. (1990). Parental substance abuse and suspected child abuse/maltreatment predict outcome in children's inpatient treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 919–924.
- Gádoros, J. (1996). Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica*, 11, 147–166.
- Ge, X., Jin, R., Natsuaki, M.N., Gibbons, F.X., Brody, G.H., Cutrona, C.E., et al. (2006). Pubertal maturation and early substance use risks among African American children. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 404–414.
- Gerevich, J., Bácskai, E., & Rózsa, S. (2002). A Temperamentum és Karakter Kérdőív alkalmazhatósága drogfogyasztók körében. Egy multicentrikus kutatás első eredményei. *Psychiatria Hungarica*, 17, 182–192.
- Ghandour, L. A. (2009). *Young adult alcohol involvement: The role of parental monitoring, child disclosure, and parental knowledge during childhood (Dissertation)*. Baltimore: Johns Hopkins University
- Gosling, S.D., Rentfrow, P.J., & Swann, W.B. (2003). A very brief measure of the Big Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504–528.
- Guo, J., Hawkins, J.D., Hill, K.G., & Abbott, R.D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 754–762.

- Hampson, S.E., Goldberg, L.R., Vogt, T.M., & Dubanoski, J.P. (2006). Forty years on: Teachers' assessments of childrens' personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. *Health Psychology, 25*, 57–64.
- Hawkins, D.J., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64–105.
- Hayatbakhsh, M.R., Alati, R., Hutchinson, D.M., Jamrozik, K., Najman, J.M., Mamun, A.A., et al. (2007). Association of maternal smoking and alcohol consumption with young adults' cannabis use: A prospective study. *American Journal of Epidemiology, 166*, 592–598.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al. (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. Stockholm: CAN
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., et al. (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm: CAN
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., & Narusk, A. (1997). *The 1995 ESPAD report. Alcohol and other drug use among students in 26 countries*. Stockholm: CAN
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al. (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm: CAN
- Hittner, J.B., & Swickert, R. (2006). Sensation seeking and alcohol use: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors, 31*, 1383–1401.
- Hogan, M.J. (2000). Diagnosis and treatment of teen drug use. *Adolescent Medicine, 84*, 927–966.
- Hopwood, C.J., Morey, L.C., Skodol, A.E., Stout, R.L., Yen, S., Ansell, E., et al. (2007). Five-factor model of personality traits associated with alcohol-related diagnoses in a clinical sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68*, 455–460.
- Jackson, C.P., & Matthews, G. (1988). The prediction of habitual alcohol use from alcohol related expectancies and personality. *Alcohol and Alcoholism, 23*, 58–63.
- Kashdan, T.B., Vetter, C.J., & Collins, R.L. (2005). Substance use in young adults: Associations with personality and gender. *Addictive Behaviors, 30*, 259–269.
- Kosterman, R., Hawkins, J.D., Haggerty, K.P., Spoth, R., Redmond, C. (2001). Preparing for the Drug Free Years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *Journal of Drug Education 31*, 47–68.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory. Manual*. North Tonawanda: Multi-Health Systems
- Költő, A., & Zsiros, E. (2013). Serdülők lelki egészsége. *Educatio, 22*, 187–200.
- Lopez-Quintero, C., Pérez de los Cobos, J., Hasin, D.S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B.F. et al. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence, 115*, 120–130.
- Loxley, W., Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., et al. (2004). *The prevention of substance use, risk and harm in Australia: a review of the evidence*. Canberra: The National Drug Research Institute, and the Centre for Adolescent Health
- Lubman, D.I., Hides, L., Yücel, M., & Toumbourou, J.W. (2007). Intervening early to reduce developmentally harmful substance use among youth populations. *Medical Journal of Australia, 187*, S22–25.

- Luby, J.L., Svrakic, D.M., McCallum, K., Przybeck, T.R., & Cloninger, C.R., (1999). The Junior Temperament and Character Inventory: Preliminary validation of a child self-report measure. *Psychological Reports*, 84, 1127–1138.
- Maccoby, Y.E.E., Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Hetherington, E.M. (Ed.), Mussen, P.H. (Series ed.), *Handbook of Child Psychology*, 4th Edition, Vol. 4 (1–102). New York: Wiley
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Rooke, S.E., & Schutte, N.S. (2007). Alcohol involvement and the five-factor model of personality. *Journal of Drug Education*, 37, 277–294.
- Martin, C.S., Earleywine, M., Blackson, T.C., Vanyukov, M.M., Moss, H.B., & Tarter, R.E. (1994). Aggressivity, inattention, hyperactivity, and impulsivity in boys at high and low risk for substance abuse. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 177–203.
- Martsh, C.T., & Miller, W.R. (1997). Extraversion predicts heavy drinking in college students. *Personality and Individual Differences*, 23, 153–155.
- Mayes, L., & Suchman, N. (2006). Developmental pathways to substance abuse. In D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Risk, disorder, and adaptation* (599–619). Hoboken, NJ: Wiley & Sons
- Mirnic, Zs. (2008). *A médiahasználat és az érdeklődési kör sajátosságai a vajdasági magyarságnál*. Magyarországi Tudományos Társaság, kézirat. Letöltve: 2014. 02. 01-jén: <http://www.mtt.org.rs/publikaciok/tanulmányok/MirnicZsSzemelyisegegymediafogyasz-tas2008.pdf>
- Mroczek, D.K., Spiro, A., & Turiano, N. (2009). Do health behaviors explain the effect of neuroticism on mortality? *Journal of Research in Personality*, 43, 653–659.
- Munafó, M.R., Zetteler, J.L., & Clark, T.G. (2007). Personality and smoking status: A meta-analysis. *Nicotine and Tobacco Research*, 9, 405–413.
- Mundt, M.P. (2011). The impact of peer social networks on adolescent alcohol use initiation. *Academic Pediatrics*, 11, 414–421.
- Nagy, L. (2005). A felnőtt kötődés mérésének egy új lehetősége: a Közvetlen Kapcsolatok Élményei kérdőív. *Pszichológia*, 25, 223–245.
- Németh, Á. (szerk., 2007). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése. Budapest: Országos Gyermek-egészségügyi Intézet
- Németh, Á., & Költő, A. (szerk., 2011). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet
- Newcomb, M., Maddahian, E., Skager, R., & Bentler, P. (1987). Substance abuse and psychosocial risk factors among teenagers: Association with sex, age, ethnicity and type of school. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 413–433.
- Newcomb, M.D., & McGee, L. (1991). Influence of sensation seeking on general deviance and specific problem behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 614–628.
- O’Connell, M.E., Boat, T., & Warner, K.E. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press; and U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- Olson, D.H., Gorall, D.M. & Tiesel, J. (2004). *FACES IV: Development and validation*. Minneapolis, MN: Life Innovations

- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1–10.
- Patterson, G.R., Chamberlain, P., & Reid, J.B. (1982). A comparative evaluation of parent training programs. *Behavioral Therapy*, 13, 638–650.
- Rankin, H., Stockwell, T., & Hodgson, R. (1982). Personality and alcohol dependence. *Personality and Individual Differences*, 3, 145–151.
- Rausch, J.L., Nicholson, B., Lamke, C., & Matloff, J. (1990). Influence of negative affect on smoking cessation treatment outcome: A pilot study. *British Journal of Addiction*, 85, 929–933.
- Rózsa, S., Várfiné Komlói, A., Kő, N., Vetró, Á., Gádoros, J., & Csorba, S. (1999). A gyermek- és serdülőkorú depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, 4, 459–482.
- Scales, P.C., Benson, P.L., Leffert, N., & Blyth, D.A. (2000). Contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Applied Developmental Science*, 4, 27–46.
- Spoth, R.L., Guyll, M., & Day, S.X. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 219–228.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1–19.
- Sutherland, E.H., & Cressey, D.R. (1970). *Criminology*. Philadelphia: Lippincott
- Tóth, I., & Gervai, J. (1999). Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54, 551–566.
- Tucker, J.S., Friedman, H.S., Tomlinson-Keasey, C., Schwartz, J.E., Wingard, D.L., Martin, L.R., et al. (1995). Childhood psychosocial predictors of adulthood smoking, alcohol consumption, and physical activity. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1885–1899.
- Tyler, K.A. (2008). Social network characteristics and risky sexual and drug related behaviors among homeless young adults. *Social Science Research*, 37, 673–685.
- Vargha, A., & Tóth, M. (2007). Az Olson-féle családteszt magyar adaptációja. In: Bagdy, E., Mirnics, Zs., & Vargha, A. (szerk.), *Egyén – Pár – Család. Tanulmányok a pszichodiagnosztikai tesztadaptációs és tesztfejlesztési kutatások köréből* (288–309). Budapest: Animula
- Yücel, M., & Lubman, D.I. (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioural dysregulation in human drug addiction: implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug and Alcohol Review*, 26, 33–39.
- Zuckerman, M. (1996). The psychobiological model for impulsive unsocialized sensation seeking: A comparative approach. *Neuropsychobiology*, 34, 125–129.
- Zuckerman, M., Eysenck, S., & Eysenck, H.J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139–149.

Köszönetnyilvánítás

A projekt megvalósulása – 2014 folyamán – a TÁMOP 7.1. pályázat anyagi forrásainak köszönhetően történt.

A szerzők munkamegosztása

A szerzők a fentebb megnevezett TÁMOP projektben kutatócsoportot alkottak. A 7.2.1. alprogram drogprevenációs pillér projektmenedzsere Grezsa Ferenc volt, aki a teljes kutatás megvalósulásáért, szakmai koordinációjáért felelős. A projekt szakmai vezetője és a szakmai munka minőségének felelőse prof. dr. Vass Zoltán volt. Az eredmények elemzésének nagy részét dr. Mirnics Zsuzsanna és dr. Kövi Zsuzsanna végezte. Dr. Rózsa Sándorral együtt hárman dolgozták ki az elemzések alapját képező tesztbatteriót. Prof. dr. Vargha András a statisztikai számítások és módszertani kérdések felelőse volt. Koós Tamás oktatáspolitikai szakértő hasznos gyakorlati konklúziókkal szolgált a projekt megvalósításához.

Érdeklődések

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdeklődések.

Függelék

Vizsgálatunk szerfogyasztásra vonatkozó kérdéssora (7. osztálytól került felvételre)

43. Elszívta-e már valaha legalább 1 cigit (vagy szivart vagy pipát)? nem igen

44. Ha igen, hány évesen szívtad végig az első cigarettát? _____

45. Jelenleg dohányzol-e?

<i>Nem dohányzol</i>	<i>Ritkábban, mint hetente</i>	<i>Hetente legalább egyszer</i>	<i>Minden nap</i>
1	2	3	4

46. Hány cigarettát szívsz el hetente? (ha ritkán vagy egyáltalán nem dohányzol, akkor írd 0-t!) ____ db-ot

47. Ittál-e bármikor az életedben alkoholt (egy-két kortynál többet)? nem igen

48. Ha igen, hány évesen ittál először alkoholt? _____

49. Előfordult-e már, hogy annyit ittál, hogy be is rúgtál?

<i>Nem, soha</i>	<i>Igen, egyszer</i>	<i>Igen, 2-3-szor</i>	<i>Igen, 4-10-szer</i>	<i>Igen, több mint 10-szer</i>
1	2	3	4	5

50. Ha már előfordult, hány éves voltál, amikor először részeg lettél? _____

51. Használtál-e már valamilyen kábítószer?

<i>Nem, soha</i>	<i>Igen, egyszer</i>	<i>Igen, 2-3-szor</i>	<i>Igen, 4-10-szer</i>	<i>Igen, több mint 10-szer</i>
1	2	3	4	5

52. Ha már előfordult, hány éves voltál, amikor először kipróbáltad? _____

54. Mennyire tartod valószínűnek, hogy bármikor a jövőben kipróbálsz a felsorolt szereket? Ha már kipróbáltad valamelyiket, tegyél X-et a kis négyzetbe.

	Kipróbáltad-e már, ha igen, jelöld X-szel		Az elkövetkezendő 3 évben						Bármikor életed során				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nagyon valószínűtlen	Nem valószínű	Nem vagyok benne biztos	Valószínű	Nagyon valószínű	Nagyon valószínűtlen	Nem valószínű	Nem tudom	Valószínű	Nagyon valószínű	
a) Cigaretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
b) Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
c) Marihuána vagy hasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
d) Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
e) LSD vagy más hallucinogén	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
f) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
g) Baltok*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
h) Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
i) Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
j) Designer drog (Kati, Gina, Piko)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
k) Szípu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
l) Altató- vagy nyugtatószerek (nem orvosi utasításra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

*Félrevezető szer a torzítás detektálására.

Az anyai és apai nevelői magatartásra vonatkozó négy tétel

Hogyan viselkedik édesapád és édesanyád, amikor vétséget követsz el, tehát amikor valami olyat teszel, ami helytelen? Csak arra a szülőre töltsd ki, akivel együtt élsz. Kérünk, minden sorban karikázz be egy választ.

	Nagyon gyakran	Gyakran	Néha	Ritkán	Soha
Édesanyám					
a) Nem büntet meg, nem is törődik velem.	1	2	3	4	5
b) Megmondja, mit tettem rosszul és miért kapok büntetést.	1	2	3	4	5
c) Megmondja, hogy rosszul viselkedtem, de nem büntet meg.	1	2	3	4	5
d) Azonnal megbüntet anélkül, hogy megmondaná, miért.	1	2	3	4	5
Édesapám					
e) Nem büntet meg, nem is törődik velem.	1	2	3	4	5
f) Megmondja, mit tettem rosszul és miért kapok büntetést.	1	2	3	4	5
g) Megmondja, hogy rosszul viselkedtem, de nem büntet meg.	1	2	3	4	5
h) Azonnal megbüntet anélkül, hogy megmondaná, miért.	1	2	3	4	5

Risk and protective factors of drug use in schoolchildren and adolescents: Results of a representative study

GREZSA, FERENC – MIRNICS, ZSUZSANNA –
VARGHA, ANDRÁS – KÖVI, ZSUZSANNA –
RÓZSA, SÁNDOR – VASS, ZOLTÁN – KOÓS, TAMÁS

Background: Drug use has been widespread and in recent years, initiation has been occurring at earlier ages. More and more studies have the aim to identify main risk and protective factors. *Aim:* The IEUD (School Health Development and Universal Drug Prevention) project was launched by the National Institute for Family and Social Policy, Hungary. On basis of representative data, we wanted to investigate mental health in 6–18 year old school-age children and to gain data about substance use (smoking, alcohol, and illegal drugs). The main focus of the study was to analyze environmental-relational determinants of substance use. *Methods:* 7623 schoolchildren (grades 1, 3, 5, 7, 9, 11) participated. A comprehensive questionnaire was administered during a school lesson. In addition to studying substance use habits, the test battery included items for relational models and patterns, and a set of other variables (e.g., Big Five personality dimensions, mood and deviance). *Results:* Data on substance use frequency and initiation were in accordance with former representative studies. About 51 percent of our Global Substance Use Index could be explained by psychosocial variables. Deviance, maternal attitude, family and peer models, particular personality dimensions (extraversion, neuroticism) and perceived popularity in opposite-sex peers were significant determinants. *Conclusions:* Findings can be used to develop more effective preventive initiatives. Focused efforts should be directed toward groups at risk (e.g., adolescents with deviant behavior and high neuroticism). Also, support of parental monitoring techniques as well as interventions based on peer support seem to be promising directions.

Keywords: substance use, adolescence, risk and protective factors, family relations, peer relations, deviance, parental monitoring, personality traits