

# Paksi Borbála: **Populációs adatok alakulása**

## **1. Bevezetés: a populációs adatok definíciós és értelmezési kérdései**

A fejezet célja a drogprobléma közvetlen indikátorait jelentő populációs adatok bemutatása. Az áttekintés során ezúttal nem a populációs adatokban rejlő lehetőségeket kihasználva a probléma minél részletesebb, árnyaltabb leírására, megértésére törekszünk, hanem kizárólag a Nemzeti Stratégia (továbbiakban: NS) célkitűzéseivel kapcsolható mutatókra fókuszálunk. Az áttekintés szemléletét az időben és térben (más országok kontextusában) megjelenő tendenciák bemutatására való törekvés határozza meg. Ez a szemlélet a NS célmegfogalmazásaitól sem idegen: „sok esetben a célok elérését nem számszerűsíthetjük, hanem olyan általános fogalmakat használunk, mint hogy az adott mutató javuljon” (NS. 45.old.)

A bevezetőben az adatok értelmezési, felhasználási kereteit adjuk meg: a fontosabb fogalmak, definíciók mellett röviden bemutatjuk az adatok alkalmazási lehetőségeit és korlátait, ezzel összefüggésben rövid áttekintést adunk a populációs vizsgálatok történetéről, illetve a későbbiekben felhasználásra kerülő vizsgálatokról.

A tendenciákra koncentráló szemlélet szükségessé teszi a pre-stratégiai időszak adatainak bemutatását, így a stratégiai időszakra vonatkozó elemzések előtt a főbb populációs indikátorok (prevalencia adatok, hozzáféréssel és attitűdökkel kapcsolatos kutatási eredmények) mentén áttekintjük a NS elfogadását megelőző időszak hazai és európai tendenciáit. Ezt követi a NS populációs adatokkal kapcsolatos céltételezéseinek azonosításával foglalkozó rész, melynek során látni fogjuk, hogy a NS mindegyik fő célkitűzése mentén megjelennek olyan célok, melyek monitorozására a populációs vizsgálatok adatai (is) lehetőséget adnak. A fejezet ezen részének a célja a monitorozás során alkalmazásra kerülő indikátorok pontosítása. A tanulmány legterjedelmesebb része a NS célkitűzéseivel kapcsolatos populációs adatok stratégiai időszakban való alakulását mutatja be. A hazai tendenciákat ebben a részben is - lehetőség szerint – kontextuáljuk Európa más országaiban lezajlott változásokkal. S végül, a tanulmány összegzéseként a fejezetet NS célkitűzéseivel való visszacsatolás zárja.

### **1.1. A populációs adatok alkalmazási lehetőségei és korlátai**

A populációs drogepidemiológiai vizsgálatok révén közvetlenül szerezhetünk információt a drogfogyasztás elterjedtségének különféle – a NS céltételezéseiben is megjelenő – aspektusairól (lásd a definíciókkal foglalkozó részben, ill. a 3. fejezetben). A populációs adatoknak nagy előnye ez, hiszen így nincs szükség a becslésekhez bonyolult és bizonytalan projekciós eljárások alkalmazására. Azonban a populációs adatok értelmezése, felhasználása során is számolnunk kell korlátozó tényezőkkel (Hartnoll, 1993, 1998; Paksi, 2007a). Az egyik legnagyobb korlátot az jelenti, hogy az adatok a megkérdezettek bevallásán alapulnak, s kérdéses, hogy mennyire tekinthetők valósnak (érvényesnek) az önbevalláson alapuló válaszok. Az önbevallásos adatok érvényessége erősen függ – többek között – a probléma társadalmi és/vagy büntetőjogi megítélésétől, rejtőzködésének mértékétől, vagy attól, hogy az önbevallásos vizsgálatoknak mennyire van egy társadalomban hagyománya, azaz milyen szintű a célpopuláció survey-kultúrája. Ezek a torzító tényezők teljes mértékben nem kiküszöbölhetők, s a torzítás mértéke sem határozható meg pontosan, azonban amennyiben a vizsgálatok módszertani paramétereit folyamatosan kontrolláljuk, s a torzítások becslésére alkalmazott mutatók mentén a különböző vizsgálatok között nem mutatkoznak jelentős eltérések, akkor az azt jelenti, hogy bátran fogalmazhatunk meg összehasonlító megállapításokat. Az önbevallásos vizsgálatok alapján tehát elsősorban nem a probléma abszolút méretére vonatkozóan tehetünk érvényes állításokat, hanem – a módszertani paraméterek kontroll alatt tartásával - az időben, vagy térben megjelent tendenciák vonatkozásában. Az összehasonlító szemlélet emellett az adatok értelmezéséhez is elengedhetetlen, mivel az egyes jelzőszámoknak nincs abszolút mértéke, nincs egy „normál érték”, melyhez képest valamely mutató magasnak, vagy

alacsonynak mondható. Ennek következtében egy kutatás eredményei más kutatások eredményeivel való kontextuálás során nyerik el értelmüket.

Hangsúlyozzuk azonban ahhoz, hogy az egyes indikátorok mentén kapott adatok időbeli, illetve térbeli elhelyezése valóban közelebb vigyen bennünket a valóság megismeréséhez, igen fontos, hogy a különböző időpontokra, illetve különböző országokra vonatkozó adatok gyűjtése azonos fogalmi apparátus szerint, azonos módszerekkel történjen, továbbá, hogy folyamatosan kontroláljuk a vizsgálatok hibáit. Éppen ezért elemzéseinket – az alább bemutatott - az időben és térben standard metodikájú kutatásokra korlátozzuk.

Európában a nyolcvanas-kilencvenes években terjedtek el a normál populációs drogepidemiológiai kutatások (pl. Menard és Huizinga, 1989; Sandwijk, Cohen és Musterd, 1991, 1995; Kokkevi és Stefanis, 1994), melyek – az alkalmazott metodológiai eljárások különbözőségei miatt – azonban csak korlátozott összehasonlítási lehetőségekkel szolgáltak. A vizsgálatok terjedésével egyre határozottabb törekvés mutatkozott a nemzeti kutatások összehangolására (pl. Johnston, Driessen és Kokkevi, 1994; Pompidou Group, 1995; EMCDDA, 1997a, b, Elekes, 2002). Az egyes európai országokban, illetve az Egyesült Államokban végzett felmérések tapasztalatainak felhasználásával a fiatal populációra vonatkozó kutatások esetében a kilencvenes évek közepére (Hibell és Andersson, 1994), a felnőtt népességre irányuló vizsgálatok tekintetében pedig a kilencvenes évek második felében sor került az összehasonlítást megnehezítő fő problémák beazonosítására, valamint modellkérdőívek kidolgozására (EMCDDA, 1997b, 1999a, b).

- A drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztályra – a középiskolás populációra – vonatkozóan az „Európai Iskolavizsgálat Alkohol- és Drogfogyasztásról” (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) című nemzetközi kutatási program keretében 1995 óta rendszeresen – 4 évente – készülnek adatfelvételek. Az ESPAD-program célja összehasonlító adatok gyűjtése Európa 16 éves diákjainak alkohol- és egyéb drogfogyasztásáról, valamint dohányzásáról, a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások mérése, illetve az országonként eltérő trendek összehasonlítása. A kutatás során alkalmazott metodika minden országban egységes. Az 1995. évi kutatásban 26, az 1999. évben 30 európai ország vett részt, a 2003-as illetve a 2007-es vizsgálatokhoz pedig már szinte valamennyi európai ország csatlakozott. (Hibell és mtsai, 1997, 2000, 2004<sup>1</sup>).

2002-től az „Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása” (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) című, a WHO koordinálásával a 11-15 éves diákok körében több mint két évtizede zajló – elsősorban nem a tiltott szerfogyasztásra, hanem a serdülőkorúak életmódjára irányuló – nemzetközi összehasonlító kutatásban is szerepel egy droghasználatra vonatkozó kérdésblokk (Currie és mtsai, 2004, 2008).

- A felnőtt népesség körében készült drogepidemiológiai vizsgálatok metodikája vonatkozásában a Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) fogalmazott meg ajánlásokat (EMCDDA, 1997b, 1999b, 2000, 2002). Ezen ajánlások keretében kidolgozásra került a vizsgálatok ajánlott ún. „modellkérdőíve” (European Model Questionnaire – EMQ), az adatok feldolgozása során alkalmazott fogalmi apparátus, illetve a helyzetleírásra alkalmazandó jelzőszámok képzésére vonatkozó útmutató. Az EMCDDA minden évben részletes adatszolgáltatást kér a tagállamoktól az általános népességben készült vizsgálatokról. A vizsgálatok adatai, és azok módszertani háttere hozzáférhetőek az EMCDDA honlapján (<http://www.emcdda.europa.eu>). Mindazonáltal a felnőtt népességben készült vizsgálatok ez idáig nem szerveződtek az ESPAD projekthez hasonló rendszerbe: az egyes országok adatfelvételei időben, mintaválasztásuk, illetve adatfelvételük

---

<sup>1</sup> A negyedik hullám eredményeit összefoglaló kötet a tanulmány elkészülésekor még nem jelent meg, így a nemzetközi - és hazai adatokról is - csak részinformációink vannak (EMCDDA, 2008a)

tekintetében kevésbé standardizáltak, ami megnehezíti az adatok nemzetközi összehasonlítását.

Magyarországon a hatvanas évek végétől kezdődően vannak információk a drogfogyasztás létezéséről, azonban kezdetben ezek csak jelzésértékű, egyes esetekről tudósító híradások voltak. A hetvenes évektől már készült ugyan néhány vizsgálat, de ezek különböző módszertani problémák miatt<sup>2</sup> általában nem alkalmasak arra, hogy belőlük megbecsüljük a hazai drogprobléma kiterjedését, azt, hogy a népesség mekkora hányadát érintette a probléma a kezdeti időszakban, hogy hogyan változott annak volumene és jellege, s különösen nem teszik lehetővé a hazai droghelyzet nemzetközi viszonylatban való értelmezését. Ilyen jellegű ismeretekkel a probléma megjelenését követő több mint 20 éves időszakra vonatkozóan sem rendelkezünk (Paksi, 1993). A kilencvenes években azonban Magyarországon is sokat javult a helyzet a populációs adatok minősége és száma tekintetében. A normál népességre vonatkozóan ma már rendszeresen készülnek hazánkban is a nemzetközi standardokat kielégítő drogepidemiológiai vizsgálatok.

- Magyarországon a drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztályban, az első nemzetközi standardoknak is megfelelő drogepidemiológiai kutatások a kilencvenes évek első felében készültek Budapesten, valamint néhány vidéki városban, kisebb régióban<sup>3</sup> (Murányi és Seres, 1994; Elekes és Paksi, 1993, 2000b). Hazánk 1995-ben bekapcsolódott az European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) kutatássorozatba, s ezt követően valamennyi ESPAD adatfelvételben részt vett (Elekes és Paksi, 1996, 2000a, 2003a; Elekes, 2007).<sup>4</sup> Emellett az ESPAD vizsgálatok éveiben, valamint 1998-ban, 2000-ban, 2002-ben és 2005-ben Budapesten kiegészítő adatfelvételek készültek (Elekes és Paksi, 2000a; Paksi, 2002; Paksi és Elekes, 2003, 2005; Elekes 2007) az ESPAD kérdőív és módszertani útmutató felhasználásával, így a főváros vonatkozásában hosszabb távú, és valamelyest részletesebb becslésekkel élhetünk a hazai tendenciák tekintetében.

A HBSC kutatásokban Magyarország a kezdetektől – 1985-től – részt vesz. A HBSC 2002-es tematikus bővítésének köszönhetően a kutatássorozat utóbbi két hulláma (2002-es, 2006-os adatfelvételek) már drogepidemiológiai adatokkal is szolgál (Aszmann, 2003; Németh, 2007).

- A felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján 2001-ben, 2003-ban valamint 2007-ben készültek az EMCDDA ajánlásainak (EMCDDA, 1999a, b, 2002) eleget tevő, s az összehasonlíthatóság metodikai követelményeit is kielégítő drogepidemiológiai kutatások (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2003b; Paksi és Elekes, 2004; Paksi és mtsai, 2007).

A rendelkezésünkre álló – a nemzetközi standardokat leképező – általános populációs adatok lehetővé teszik a hazai helyzet nemzetközi kontextusban való értelmezését, illetve időbeni tendenciák becslését. A drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztályban az ESPAD vizsgálatok alapján felvázolható tendenciák kiterjednek a pre-stratégiai időszakra is, azonban csak a stratégiai időszak középtávjáig, illetve – az ESPAD adatokkal korlátozottan összehasonlítható (Aszmann, 2003; Németh, 2007) – a HBSC vizsgálatokkal 2006-ig terjednek. Az EMQ standardoknak megfelelő lakossági vizsgálatok alapján pedig, ugyan a stratégiai időszak végéig követhetjük a változásokat, azonban a tendenciák pre-stratégiai időszakokkal való kontextuálását ezek az adatok nem teszik lehetővé.

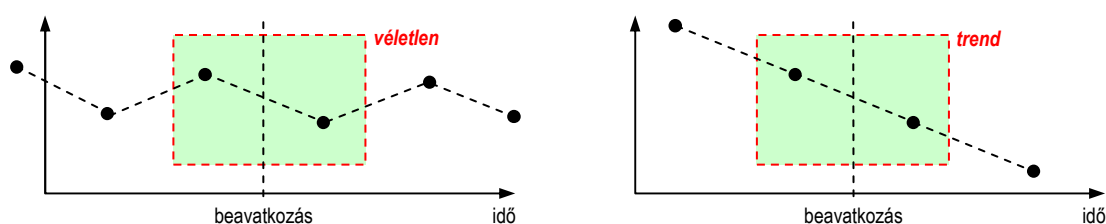
<sup>2</sup> Ezek a kezdeti vizsgálatok többnyire csak néhány kábítószerre vonatkoztak, esetleges, nehezen definiálható populációkon, és/vagy nem reprezentatív, vagy kicsi elemszámú - alacsony megbízhatóságot eredményező – mintákon, egymással össze nem hasonlítható metodológiával készültek (Paksi, 1993).

<sup>3</sup> Baranya, Tolna, Szabolcs és Hajdú-Bihar megyében, valamint Zalaegerszegen készültek ilyen a vizsgálatok.

<sup>4</sup> A negyedik hullám országos eredményei még nem kerültek publikálásra, a tanulmány írásának időpontjában csak a budapesti eredményeket ismerjük (Elekes, 2007).

Az adatok értelmezése során azonban még egy megszorítással kell számolnunk, és pedig azzal, hogy ezen adatok többnyire a társadalom átlag fele húzó szegmenséről adnak megbízható információkat. A kutatások során az elért populációból kimaradhatnak, vagy alulreprezentáltak válhatnak bizonyos csoportok, sok esetben éppen azok, amelyek különösen érintettek tekinthetők (mint például a hajléktalanok, vagy azok, akik nem járnak iskolába, vagy egyéb szélső társadalmi helyzetű csoportok) (Paksi, 2007a). Hasonlóképpen ezek a vizsgálatok kevéssé – vagy csak igen nagy minta alkalmazása mellett – alkalmasak az általános populációban ritkán előforduló drogok (pl. heroin) fogyasztásának megbízható becslésére (Hartnoll, 1993). Ezen problémák kiküszöbölésére a normál népességre irányuló vizsgálatok – idehaza és külföldön is – kiegészülnek a speciális csoportokra irányuló célzott vizsgálatokkal (Paksi és Arnold, 2009a). Jelen elemzés kereteit azonban meghaladná a speciális populációs vizsgálatok eredményeinek bemutatása, így a populációs adatokkal foglalkozó fejezetben közölt elemzések korlátjaként számolnunk kell azzal, hogy a bemutatásra kerülő tendenciák a társadalmi átlagra érvényesek, s lehetnek olyan társadalmi csoportok, illetve szerhasználati mintázatok melyek ugyan jelen vannak a társadalomban, de az általános populációs adatok elemzésekor nem mutatkoznak meg.

A fentiekben megfogalmazott lehetőségek és korlátok a populációs adatok felhasználását általánosságban érintik. Amennyiben a populációs adatokban megjelenő tendenciákat a NS-ban kitűzött célok elérésének monitorozására kívánjuk felhasználni, számolnunk kell még egy további – nem a populációs indikátor jellegéből fakadó, ennek megfelelően minden, a célok megvalósulására irányuló monitorozási eszközt érintő – korlátozó tényezővel. Ez a korlátozó tényező pedig a vizsgált periódus rövidségéből, illetve a vizsgálati pontok (adatgyűjtések) kis számosságából adódik. Ahhoz, hogy tendenciák alakulásában kimutathassuk a NS megvalósítása során végzett tevékenységek szerepét, jóval hosszabb időszakot, és/vagy jóval több vizsgálati pontot kellene elemeznünk annál, mint amit az adatgyűjtések lehetővé tesznek. Egy, a pre-stratégiai időszakkal együtt is maximum 10-12 éves időszakot – de a lakossági vizsgálatok esetében mindössze 6 évet – felölelő, s ez alatt indikátoronként 3-3 vizsgálati pontra vonatkozó adatok alapján nem tudunk olyan matematikai elemzéseket végezni, melyek a változások okainak, s ezek között a NS szerepének azonosítására alkalmas volnának. Az adatokban megjelenő változás ugyanis nem feltétlenül a NS hatását tükrözi: lehet véletlenszerű ingadozás eredménye, vagy pusztán egy olyan tendencia jele, ami a beavatkozás nélkül is jelen van. Erre láthatunk két példát az alábbi ábrákon.



1. ábra A véletlen, illetve a trendhatás mint alternatív magyarázat

A beavatkozás előtt és után is több megfigyelésre lenne szükség ahhoz, hogy; azt vizsgálhassuk, hogy az idősorban van-e törés és/vagy szakadás. Ehelyett egyelőre csak leíró jellegű megállapításokat tehetünk, melyek alapján legfeljebb együttjárásokat fogalmazhatunk meg. Jelen elemzések során talán ez jelenti a populációs adatok esetében (is) az elemzés legnagyobb korlátját.

## 1.2. Definíciók

Az általános populációban végzett drogepidemiológiai kutatások legfőbb célja a normál népességre vonatkozó prevalencia értékek becslésére, a droghasználat jellemzőinek megismerése. A populációs adatok alapján képezett, leggyakrabban alkalmazott, s a NS monitorozásának eredményességi mutatói között is megjelenő standard fogalmak/mutatók a következők:

**Prevalenciaértékek:** Ez a mutató a droghasználat elterjedtségét jelöli, különböző időtartamokra vonatkoztatva. Az életprevalencia a populációban az adott szert vagy

szertípust valaha kipróbálók arányát (%) jelöli, míg az éves prevalencia a kérdezést megelőző évben, illetve havi prevalencia a kérdezést megelőző hónapban használók arányát mutatja. A kifejezést használhatjuk a különböző szertípusokra éppúgy, mint az összevont szercsoportok tartományára. Ennek megfelelően találkozunk pl. a tiltott szerek élet-, éves- vagy haviprevalencia-értéke, illetve a marihuána élet-, éves- vagy haviprevalencia-értéke kifejezésekkel. Az éves prevalenciát szokás közelmúltbeli, a havi prevalenciát pedig aktuális használatnak is nevezni. Ezek a mutatók kiindulópontként szolgálnak a szerhasználat további jelzőszámainak képzéséhez.

**Absztinencia ráta:** Azoknak a válaszolóknak az aránya (%), akik még soha nem fogyasztottak semmilyen drogot (100% – életprevalencia).

**Folyamatos fogyasztási ráta:** Azt mutatja, hogy a valaha fogyasztók között milyen arányban (%) vannak azok, akik az elmúlt egy évben (közelmúltban) fogyasztottak valamilyen drogot. A mutatót szintén számíthatjuk szerekre vagy szercsoportokra.

A folyamatos fogyasztókon belül megkülönböztethetjük a tényleges folyamatos fogyasztókat és azokat, akik először a vizsgálatot megelőző egy évben fogyasztottak valamilyen tiltott drogot, azaz az új belépőket. A folyamatos fogyasztási ráta új belépők nélkül a valaha használókon belül azok arányát mutatja (%), akik az elmúlt évben is használtak, és legalább egy évvel az adatfelvételt megelőzően fogyasztottak először valamilyen drogot.

A kilépési (leállási) arány (%) azoknak az aránya, akik valaha fogyasztottak valamilyen drogot, de az elmúlt évben már nem.

A folyamatos fogyasztási ráta, illetve a kilépők aránya információval szolgál arról, hogy egy populációban a különböző szerek kipróbálása mennyire jelenti azt, hogy a szert valóban használni is fogják, vagy mennyiben jelent inkább csak próbálkozást. A különböző társadalomtudományi értelmezések a folyamatos fogyasztási ráta relatív nagyságát összefüggésbe hozzák a drogpolitika, az elérhetőség, illetve a társadalmi attitűdök alakulásával (pl. Korf, 1995).<sup>5</sup>

**Drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata:** Az első droghasználat éve alapján, az egyes korévekre kiszámítjuk, hogy az adott korévben, és az azt megelőző években összességében a populáció hány százaléka került kapcsolatba valamilyen droggal, azaz a populáció hány százaléka jutott túl az első droghasználaton (ezt nevezzük kumulált prevalenciának). Amennyiben az adatokat ábrázoljuk (ez a kumulált prevalencia görbe), akkor a görbe meredeksége a droggal való kapcsolatba kerülés kockázatát mutatja a különböző életkorokban. A droggal való kapcsolatba kerülés különböző korosztályokra felrajzolt kockázati görbéinek egymáshoz viszonyított helyzete információt adhat a drogfogyasztás társadalmi trendjeiről is.

Az önbevalláson alapuló drogepidemiológiai vizsgálatok a fenti mutatók mellett kitérnek a drogfogyasztáshoz kapcsolódó olyan egyéb, a NS céltételezései között is megjelenő jelenségek vizsgálatára, mint a tiltott szerekhez való hozzáférés, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök, valamint a drogfogyasztás következményei.

## **2. A populációs adatok 2000 előtt**

Az adatokban megjelenő tendenciákra koncentrálnak szemléletnek a stratégiai időszakokra való alkalmazása szükségessé teszi a pre-stratégiai időszakra vonatkozó adatok bemutatását.

A társadalom drogérinthettségének hosszú távú alakulásáról ugyan – mint a bevezetőben láthattuk – nem rendelkezünk közvetlen adatokkal, azonban a felnőtt populációban a

<sup>5</sup> Toxikológiai olvasatban a folyamatos ráta – állatkísérletek alapján – információt adhat a különböző szerek addikciós potenciáljáról: azok a szerek, amelyeknek kisebb a folyamatos fogyasztási rátája, kisebb addikciós potenciált hordoznak, mint a relatíve nagyobb folyamatos fogyasztási rátát mutatók. Ugyanezen logika mentén, ha növekszik valamely szer életprevalencia-értéke egy társadalomban, akkor azzal párhuzamosan növekszik az aktuális használók száma is. A társadalomtudományi szemlélet azonban a folyamatos fogyasztási ráta alakulását ennél összetettebbnek, több dimenzió eredőjének tekinti. Kutatási eredmények ugyanis azt mutatják, hogy az egyes szerek folyamatos fogyasztási rátája nem tekinthető standardnak: időben és társadalmanként változó, azaz hely- és helyzetfüggő (Zinberg, 1984).

kétezres években történt drogepidemiológiai kutatások első droghasználatra vonatkozó eredményei alapján támpontot kaphatunk a drogfogyasztás hosszabb távú, múltbeli társadalmi trendjeinek felvázolásához.

Tekintettel arra, hogy a kilencvenes években hazánkban csak a középiskolás népességben indultak el populációs adatgyűjtések, így a 2000 előtti tendenciák részletesebb bemutatása során főként a fiatalkori droghasználat jellemzőinek leírására van lehetőségünk. Ezen belül elsősorban a prevalencia értékeinek bemutatására koncentrálnak, de emellett kitérünk a drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök és a hozzáférés tekintetében jelentkező tendenciák felvázolására is. Ezek a vizsgálatok egyben arra is lehetőséget adnak, hogy a hazai drogfogyasztást nemzetközi kontextusban értelmezzük (Hibell és mtsai., 1997, 2000).

## **2.1. A populációs adatokban jelentkező hazai tendenciák a „pre-stratégiai” időszakban**

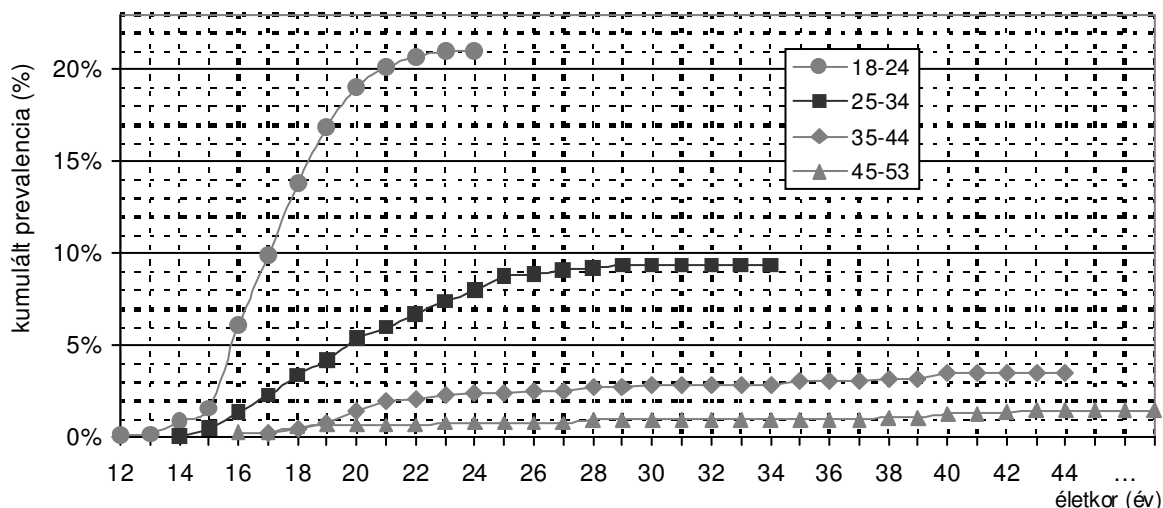
### **2.1.1. A drogfogyasztás elterjedtségének hazai tendenciái 2000 előtt**

Az ezredfordulón induló lakossági drogepidemiológiai vizsgálatok (Paksi, 2003) első droghasználatra vonatkozó adataiból korosztályonként külön-külön felrajzolva az ún. kumulált prevalencia-görbéket, a görbék alakja, s főként egymáshoz viszonyított helyzete alapján a magyar társadalom drogérintettségének alakulása nagy vonalakban a következőképpen rekonstruálható (2. ábra):

- Az adatfelvétel idején 45–53 éves korosztály – abszolút értelemben és a fiatalabb korosztályokhoz képest is – alacsony fogyasztási kockázata alapján arra következtethetünk, hogy a korosztály vélelmezhetően legnagyobb kitérttségű életperiódusa<sup>6</sup> idején, úgy 20-30 évvel ezelőtt a magyar társadalomban a tiltott drogok elterjedtsége még minimális, az ezredfordulón jellemző érintettségnek kb. huszada volt.<sup>7</sup>
- A 35–44 éves korosztály görbájének a fiatalabb korosztályokhoz képest elfoglalt helyzete még a nyolcvanas évek végén, kilencvenes évek elején is – az ezredfordulón jellemzőhöz képest – csak igen alacsony, bár – a 45–53 éves korosztályhoz viszonyított helyzete alapján – a korábbi valamelyest meghaladó társadalmi érintettségre utal.
- Ugyanakkor a korosztály görbájének alakja – annak a korosztály húszas éveitől jelentkező kismértékű megemelkedése – a kilencvenes években a társadalom drogérintettségének növekedését sejteti. Ez a növekedés ugyan a 35 év feletti korosztályok esetében csak kismértékben jelentkezik, hiszen ekkor a korosztályba tartozók zöme már túl volt élete feltételezhetően nagy kockázatú periódusán, azonban markánsabban megjelenik a 25–34 éves, illetve az ennél idősebb korosztályok fogyasztási kockázatát leíró görbék egymáshoz viszonyított helyzetében. (A legfiatalabb felnőtt korosztály, a 18–24 éves populáció kumulált fogyasztási görbájének a 25–34 éves korosztályhoz képest mutatkozó fokozott meredeksége pedig arra enged következtetni, hogy a kilencvenes években megkezdődött tendencia az ezredforduló éveiben is tovább folytatódott. Erre azonban majd a stratégiai periódusban történt változások tárgyalása során fogunk részletesebben kitérni).

<sup>6</sup> A nagyobb társadalmi érintettségű periódusokban élő korosztályok görbéinek alakja alapján azt feltételezhetjük, hogy 25 éves kor után már minimalizálódik a tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülés veszélye.

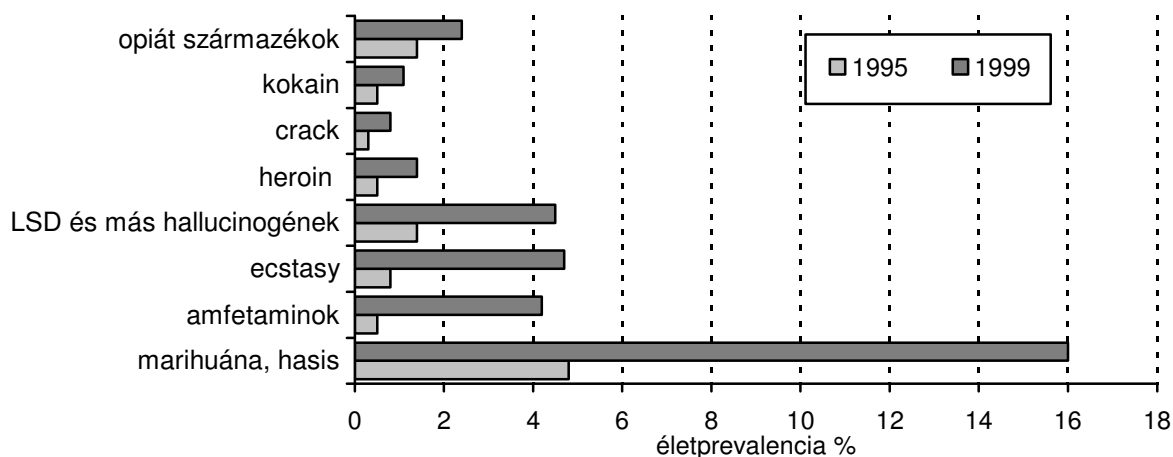
<sup>7</sup> 45–53 éves korosztály 20-30 évvel ezelőtt volt abban az életszakaszban, hogy amennyiben akkor jelentékeny mértékű lett volna a társadalomban a drogfogyasztás kockázata, annak meg kellett volna jelenni a korosztály kitérttségében.



2. ábra A drogfogyasztás kumulált prevalenciaértéke különböző életkorokban korcsoportonként, 2003-ban, országosan (az egyes korcsoportokba tartozó válaszolók százalékában) (Paksi, 2007b)

A társadalom drogérzettségének alakulása mellett az 1. ábrán azt is megfigyelhetjük, hogy a fiatalabb korosztályok felé haladva egyre korábbi életkorra, s mind nagyobb arányban az iskolás évekre tevődik a drogokkal való első találkozás.

A stratégiai periódust közvetlenül megelőző évekre vonatkozóan a középiskolások körében 1995-ben és 1999-ben készült országos drogepidemiológiai vizsgálatok (Elekes és Paksi, 1996, 2000a) alapján már részletesebb tendenciákat tudunk felvázolni. A kilencvenes évek második felében a biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia-értéke<sup>8</sup> 10%-ról 19,2%-ra növekedett, azaz közel megduplázódott a 10. évfolyamos diákok körében. Ebben az időszakban valamennyi vizsgált drog életprevalencia-értéke növekedett, de elsősorban a kannabisz-származékok életprevalencia-értékének közel négyszeres emelkedése volt meghatározó, és jelentős volt az amfetaminok, az ecstasy, valamint az LSD és más hallucinogének elterjedtségének növekedése is. (3. ábra)

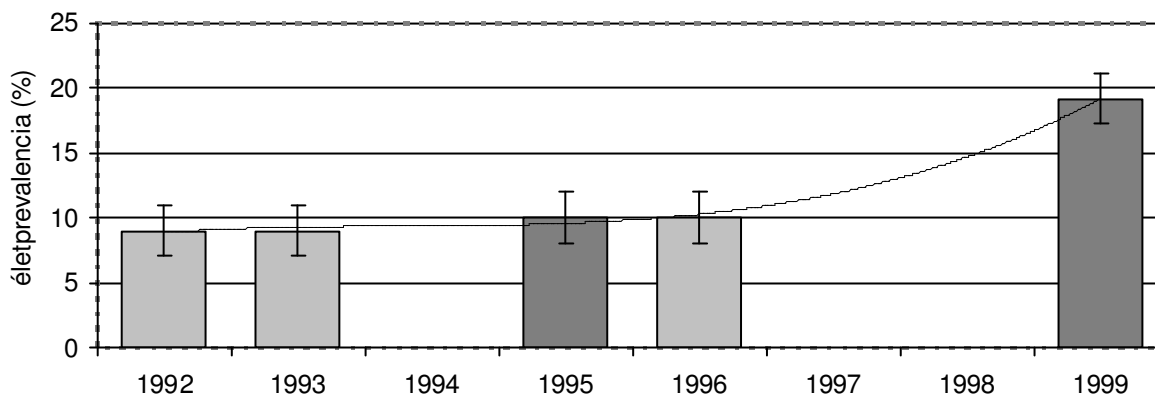


3. ábra Az egyes szerek életprevalencia-értékeinek (%) alakulása országosan 1995 és 1999 között a10. évfolyamos középiskolások körében. (Elekes és Paksi, 1996, 2000a)

A kilencvenes évek első felében és az országos vizsgálatok közötti években készült helyi, illetve regionális kutatások eredményei pedig arra engednek következtetni, hogy az országos adatokban a kilencvenes évek második felétől megmutatkozó növekedés feltételezhetően

<sup>8</sup> A biztosan droghasználati célú fogyasztás a tiltott drogok és/vagy inhalánsok együttes életprevalencia-értékét jelöli.

nem a rendszerváltás óta folyamatosan tartó növekedés folytatása, hanem az évtized első felében, viszonylag hosszú időszakon keresztül jellemző stagnálás után hirtelen ment végbe (Elekes és Paksi, 2000b, 4. ábra).



4. ábra A tiltott szerek és/vagy inhalánsok életprevalencia-értékeinek trendje 1992 és 1999 között, országosan a 10. évfolyamos középiskolások körében (a standardhiba, illetve vizsgált időszak polinomiális trendvonalának feltüntetésével)<sup>9</sup> (Elekes és Paksi, 2000b)

Egy 1998-ban, a fővárosi középiskolások körében végzett vizsgálat<sup>10</sup> eredményei (Elekes és Paksi, 2000b) pedig arra utalnak, hogy a szerek többsége esetében a növekedés 1995 és 1998 között ment végbe, s ezt követően már csak a marihuána-, valamint az amfetamin-fogyasztás növekedése volt megfigyelhető.

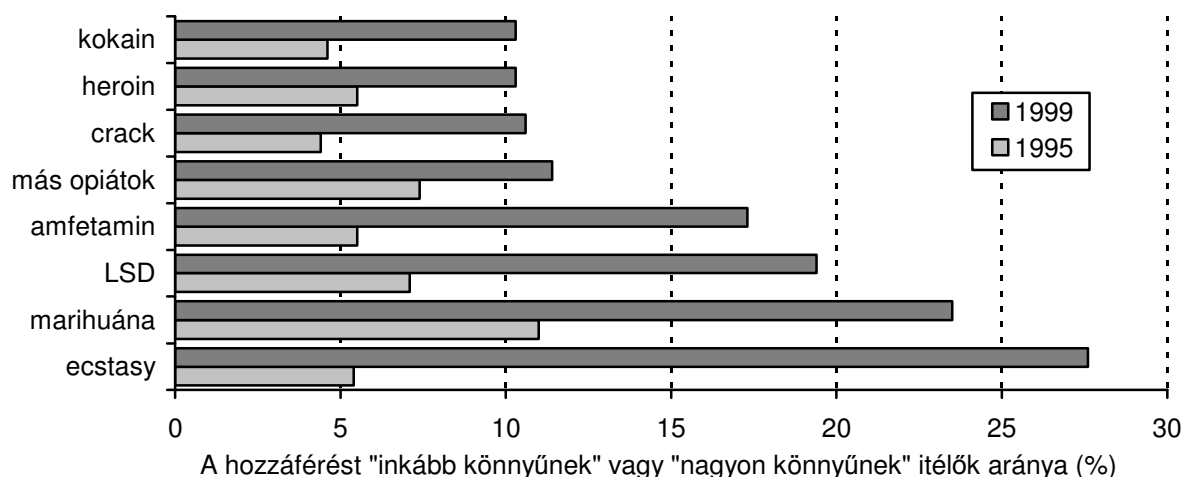
### 2.1.2. A tiltott szerekhez való hozzáférés hazai tendenciái 2000 előtt

A középiskolások körében a kilencvenes évek második felében a különböző tiltott drogok hozzáférését „inkább könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” érzékelő diákok aránya Magyarországon jelentősen növekedett (5. ábra). A hozzáférés percepciójának növekedése általában 2-2,5-szeres, az ecstasy esetében pedig mintegy ötszörös volt, melynek következtében a szerek hozzáférési sorrendje is megváltozott, s legkönnyebben hozzáférhető tiltott drognak a stratégiai periódust közvetlen megelőzően az ecstasy mutatkozott a diákok körében. Mindazonáltal a tiltott drogok hozzáférhetősége – a diákok megítélése szerint – 1999-ben is jelentősen elmaradt a cigaretta az alkohol, illetve a legálisan hozzáférhető egyéb drogok - inhalánsok, nyugtatók és altatók – beszerzési lehetősége mögött, s az egyéb drogok esetében a hozzáférést „nehéznek”, „inkább nehéznek” vagy lehetetlennek tartók aránya volt túlsúlyban.

<sup>9</sup> A sötétebb oszlopok az országos reprezentatív mintákon készült adatfelvételekben mért értékek, a világos oszlopok pedig helyi/regionális vizsgálatok alapján készült becslések.

<sup>10</sup> Az 1998-as – elsődlegesen módszertani célú – vizsgálat korábbi vizsgálatokkal csak részben összehasonlítható, nem terjedt ki minden – a többi, kifejezetten prevalenciabecslés céljából készült vizsgálatban mért – szerfogyasztásra, ezért az összesített prevalenciaérték becslésére nem alkalmas, csak az egyes szerek esetében történt prevalenciaváltozást jelzi.

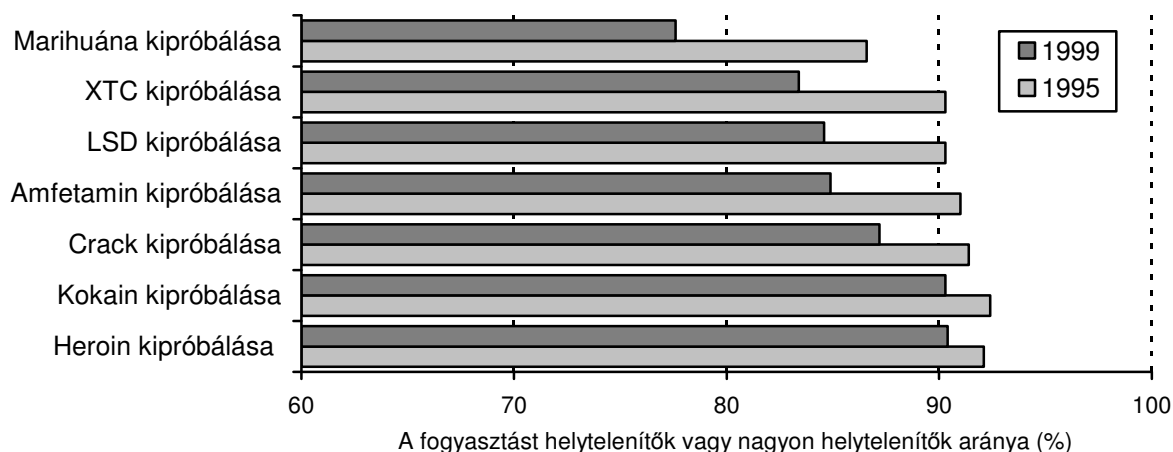




5. ábra Az egyes tiltott szerek hozzáférést könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítéltők aránya (%) országosan 1995 és 1999 között, a 10. évfolyamos középiskolások körében. (Elekes és Paksi, 1996, 2000a)

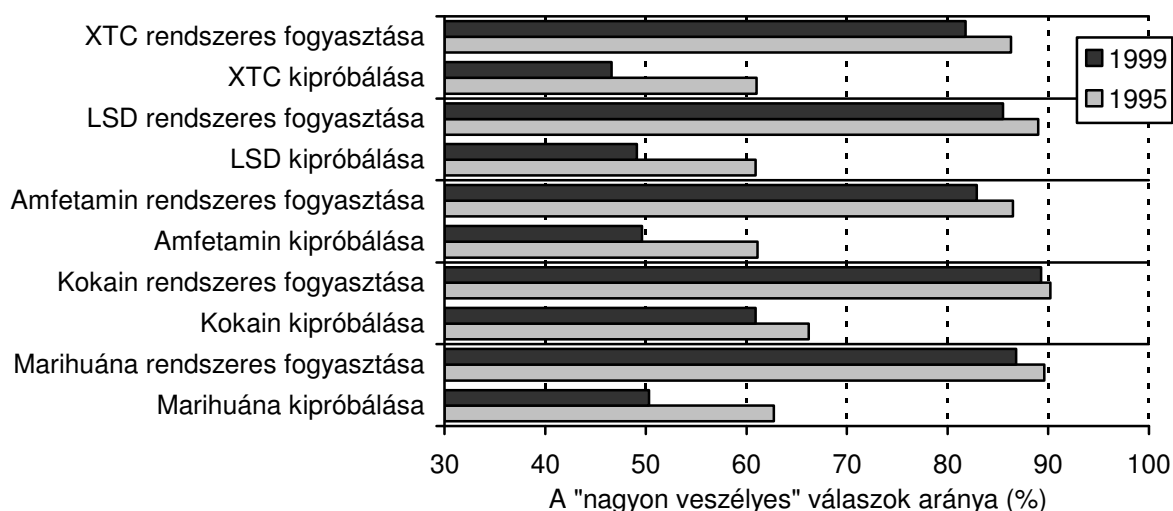
### 2.1.3. Drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök hazai tendenciái 2000 előtt

A középiskolások körében a kilencvenes évek második felében a különböző drogok kipróbálásának helytelenítése mérséklődött (a helytelenítők aránya a vizsgált magatartások esetében 1995-ben 86-95%, 1999-ben pedig 77-92% között mozgott, 6. ábra). A véleményekben – a korábbiakhoz képest valamelyest növekvő, de – a stratégiai időszakot közvetlenül megelőzően is alacsony differenciálás volt megfigyelhető a középiskolások körében.



6. ábra Az egyes drogfogyasztó magatartásokat helytelenítők, vagy erősen helytelenítők aránya (%) országosan 1995 és 1999 között, a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 1996, 2000a)

A drogkipróbálás és a rendszeres fogyasztás veszélyei közötti differenciálás jelentősen fokozódott a kilencvenes évek második felében a középiskolás populációban. Míg a kipróbálást nagyon veszélyesnek tartók aránya a szerek többsége esetében rendre legalább 10 százalékponttal csökkent, addig a rendszeres használatot veszélyesnek tartók aránya tekintetében csak minimális elmozdulásokat tapasztaltunk. A különböző szerek veszélyessége közötti differenciálás azonban a kilencvenes évek végén is csak kismértékű volt (7. ábra).



7. ábra Az egyes tiltott szerek kipróbálását, valamint rendszeres fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók arányának változása országosan 1995 és 1999 között a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 1996, 2000a)

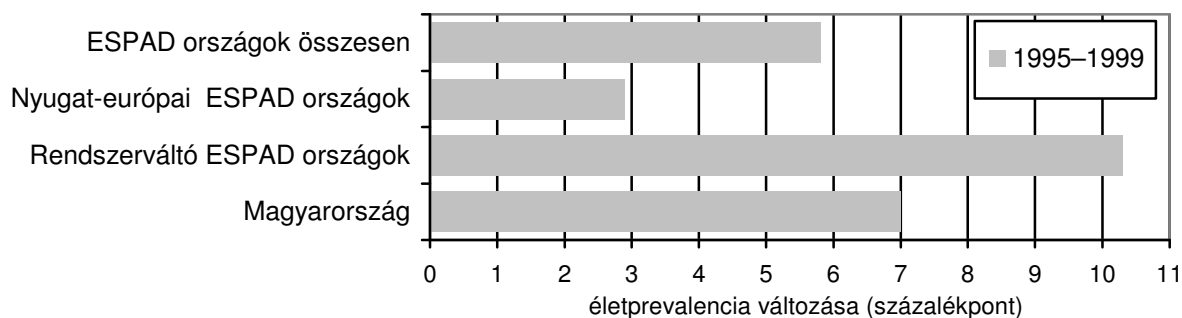
## 2.2. A 2000 előtti populációs adatok európai kontextusa

### 2.2.1. A drogfogyasztás elterjedtsége 1995 és 1999 között Európában

A kilencvenes évek második felében az ESPAD országokban átlagosan 5,8 százalékponttal növekedett a tiltott drogok életprevalencia értéke a 16 éves diákok körében (8. ábra).<sup>11</sup> Azonban a prevalenciaértékek átlagos növekedési üteme szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) nagyobb volt a rendszerváltó országokban: míg a nyugat-európai országokban átlagosan 2,9, a rendszerváltó országokban 10,3% százalékponttal növekedett a valamilyen tiltott szert kipróbálók aránya.<sup>12</sup> A Nyugat-Európai országokban történt növekedés országonként igen eltérő változásokat takart (a szórás a változás 1,7 szerese), a rendszerváltó országok közel 10 százalékpontos azonban növekedése különösen egységesen zajlott (a szórás nem éri el a változás egynegyedét). Az elterjedtség-változást a droghasználat strukturális és minőségi változásai is kísérték: növekedett a használat gyakorisága, és a szerhasználati struktúrában előtérbe került a marihuána és a különféle partydrogok fogyasztása. Ezek a változások a rendszerváltó országokban az általános európai tendenciákkal megegyező irányban zajlottak, de annál fokozottabb mértékben és meglepően egységesen történtek. Olyannyira, hogy a tiltott drogok, és ezen belül a marihuána-fogyasztás életprevalencia értékeinek, valamint a használat gyakoriságának 1995 és 1999 közötti változása segítségével 100%-os biztonsággal identifikálhatók voltak a rendszerváltó, illetve a nyugati blokkba tartozó országok, annak ellenére, hogy a droghasználat elterjedtségének mutatói alapján sem 1995-ben, sem 1999-ben nem mutatkozott szignifikáns különbség a két társadalmi/politikai régió között (mindkét évben  $p > 0,1$ ). Ez azt jelzi, hogy kulturálisan determinált fogyasztási hagyományokra mintegy „rárakódnak” az aktuális társadalmi-gazdasági folyamatok által indukált fogyasztási szokások. A drogfogyasztás elterjedtsége terén hazánkban lezajló – a rendszerváltó országok átlagánál ugyan mérsékeltebb – változást nálunk is a régióra jellemző strukturális és minőségi változások kísérték. (Paksi, 2001)

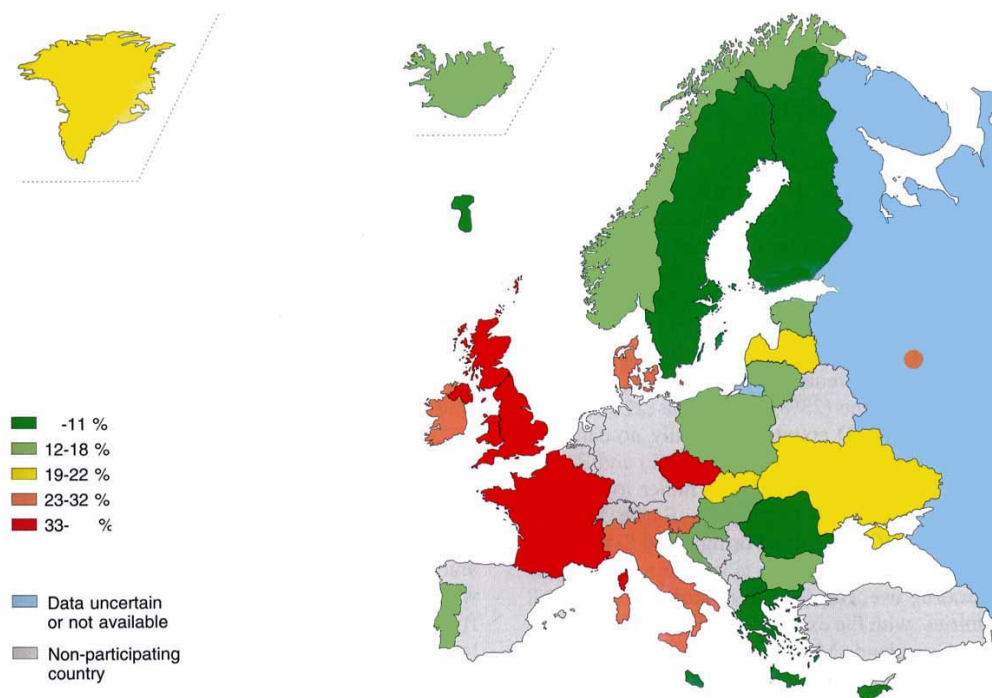
<sup>11</sup> A 1995-ös és az 1999-es adatok összehasonlításánál a mindkét ESPAD vizsgálatban résztvevő 22 országra számított átlagok szerepelnek. Az átlagok számításánál mindegyik elemzésbe vont ESPAD ország azonos súllyal szerepelt, azaz nem az európai életprevalencia értékekről, hanem az országok átlagáról van szó.

<sup>12</sup> A nyugat-európai, ill. a rendszerváltó országok prevalencia adatainak összehasonlításánál 3 ESPAD országot (Máltát, Ciprust, és Faröer szigeteket) a többváltozós elemzés során való különállásuk az okán kihagyunk az elemzésből, tehát az itteni adatok 19 országra vonatkoznak.



8. ábra A tiltottdrog-fogyasztás életprevalencia-értékének átlagos változása (százalékpont) Európában, illetve a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban átlagosan 1995 és 1999 között, a 16 éves diákok körében (Hibell, és mtsai. (1997, 2000) alapján számított értékek)

A kilencvenes évek második felének intenzívnek változásait követően 1999-ben a 16 éves diákok körében a tiltott drogok országonkénti életprevalencia értékeinek átlaga 20% volt az ESPAD országokban, azaz átlagosan az egyes országokban minden ötödik 16 éves diák próbált ki eddigi élete során valamilyen tiltott drogot. Ezen belül azonban egyes országok értékei igen széles skálán - 3% és 35% között - mozogtak (Hibell és mtsai, 2000, 9. ábra). Magyarországon ez az érték 12% volt<sup>13</sup>, mellyel a tiltott szerek életprevalencia értéke szerint képzett rangsorban a részvevő 30 európai ország között hazánk a hátsó harmadban (20-21. helyen) helyezkedett el, azaz Európában az alacsonyabb érintettségű országok közé volt sorolható, olyan országok társaságában, mint Portugália, Norvégia, Bulgária, Litvánia, Izland, Észtország, Horvátország, illetve Lengyelország.



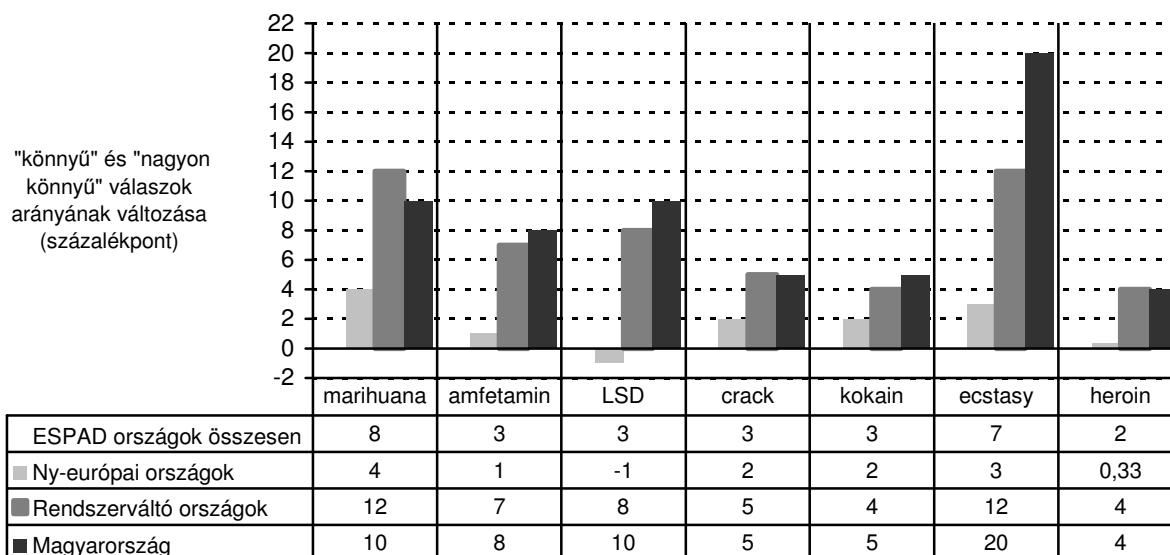
9. ábra Tiltott szerek életprevalencia értéke 1999-ben az egyes ESPAD országokban, a 16 éves tanulók körében<sup>14</sup> (Hibell és mtsai. 2000)

<sup>13</sup> A hazai helyzet leírásánál szereplő értékek a nemzetközi összehasonlító elemzésekben szereplőktől eltérőek. Ennek elsődleges oka, hogy a hazai elemzések a 10. évfolyamos diákokra, a nemzetközi összehasonlítások pedig a vizsgálat idején 16 éves tanulóakra vonatkoznak. Másik ok, hogy a nemzetközi összehasonlításban szereplő adatok csak a minden országban megkérdezett szereket tartalmazzák.

<sup>14</sup> A térképen szürke színnel jelölt országok nem vettek részt a kutatásban, a kék színnel jelölt országok adatai pedig bizonytalanok. A térképre beszűrt országok: Grönland és Izland.

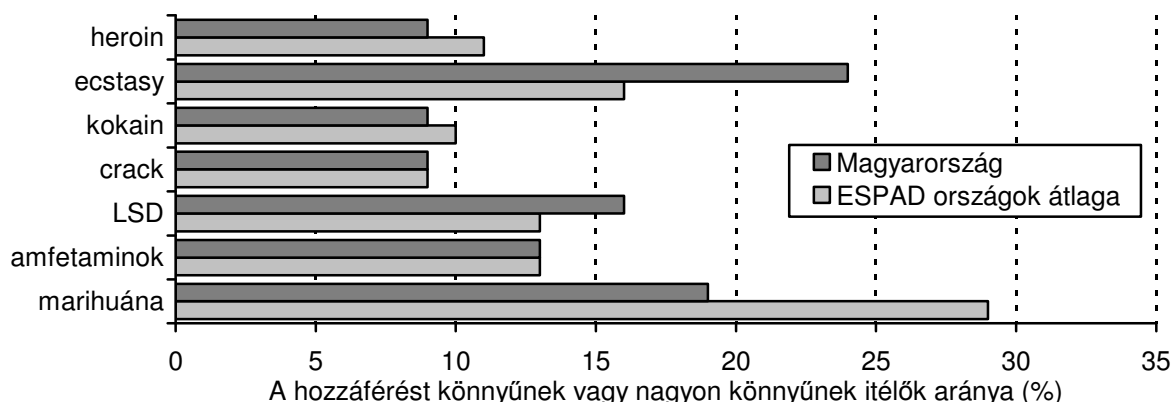
## 2.2.2. A tiltott szerek észlelt hozzáférhetősége 1995 és 1999 között Európában

A kilencvenes évek második felében a különböző tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége tekintetében azonos irányú, de mértékében eltérő változások zajlottak a nyugat-európai és a rendszerváltó országokban (10. ábra). A vizsgált drogok többsége esetében átlagosan a nyugat-európai országokban is növekedett a diákok hozzáférésre vonatkozó percepciója, azonban a rendszerváltó országokban a növekedés jóval kifejezettebb. A magyarországi változások pedig a szerek jelentős része esetében a rendszerváltó országok átlagos értékeit is meghaladták.



10. ábra Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítélik arányának átlagos változása (százalékpont) Európában, illetve a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban 1995 és 1999 között a 16 éves diákok körében (Hibell, és mtsai. (1997, 2000) alapján számított értékek)

Az észlelt hozzáférhetőség nagymértékű hazai növekedése következtében a különböző tiltott drogok beszerezhetőségét „könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” ítéelő diákok aránya – a marihuána kivételével – Magyarországon 1999-re gyakorlatilag elérte, az ecstasy és az LSD esetében pedig meg is haladta az ESPAD országokban mért értékek átlagát (11. ábra).

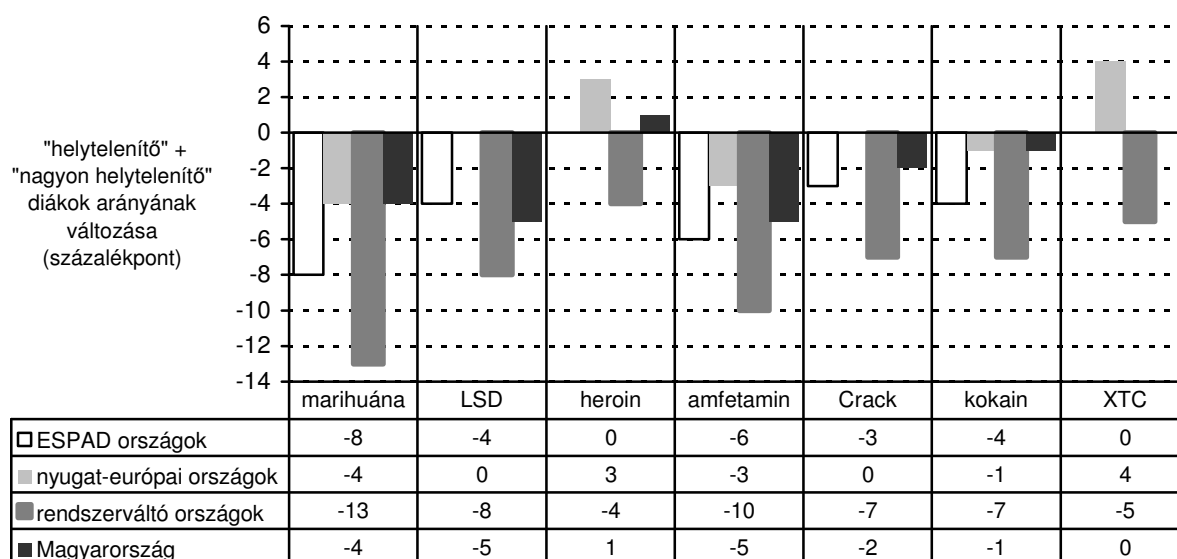


11. ábra Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítélik aránya (%) az ESPAD-országokban átlagosan és Magyarországon, 1999-ben a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai. (2000) alapján)

## 2.2.3. Drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök 1995 és 1999 között Európában

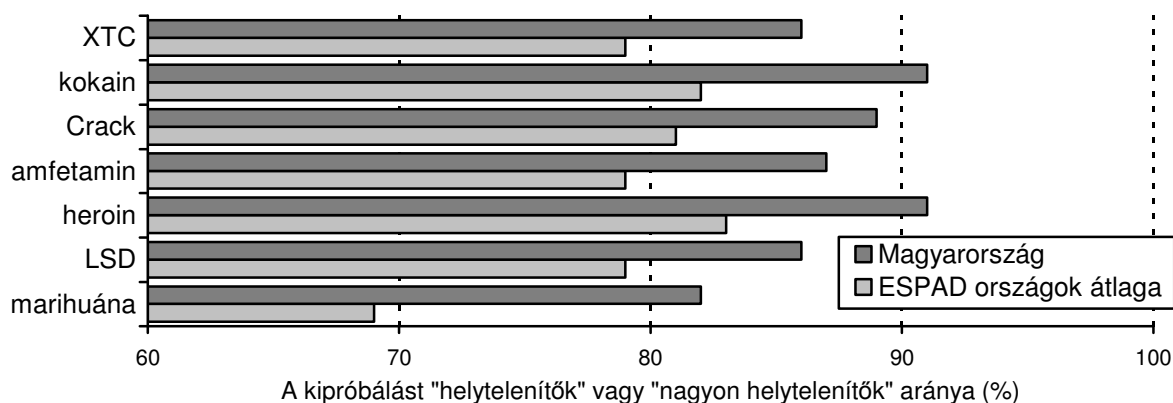
A különböző tiltott drogok kipróbálását helytelenítő diákok aránya a kilencvenes évek második felében a nyugat-európai országokban összességében nem változott (a változások átlaga nulla), míg a rendszerváltó országokban minden drogkipróbáló magatartás

vonatkozásában jelentősen csökkent a helytelenítők aránya (12. ábra). Magyarország e tekintetben mérsékelt változásokat mutatva a két ország-csoport között helyezkedett el.



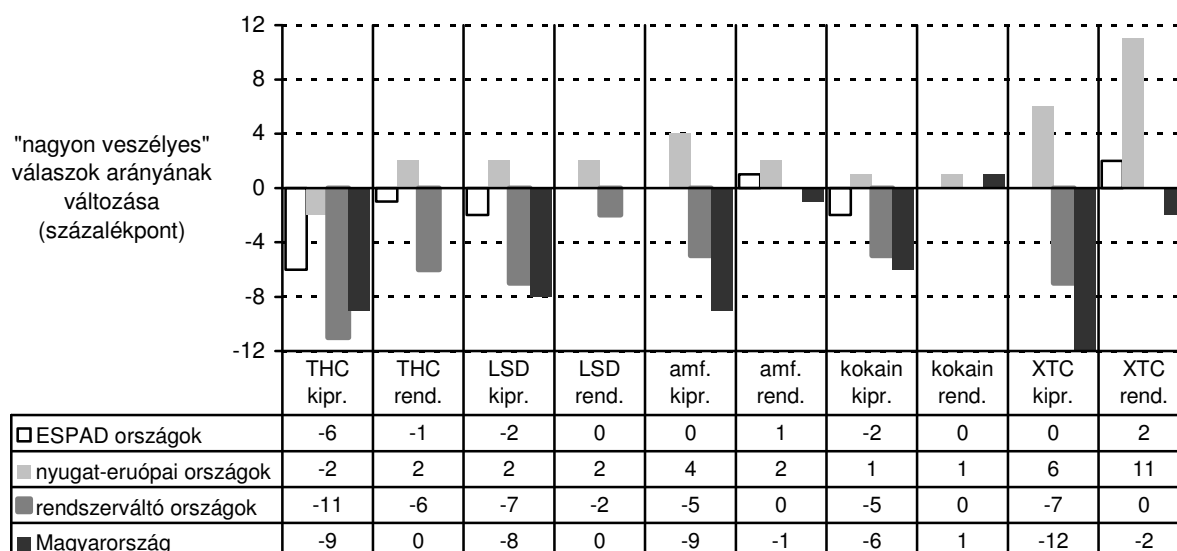
12. ábra A különböző tiltott drogok kipróbálását „helytelenítő” vagy „nagyon helytelenítő” diákok arányának százalékpontos változása 1995 és 1999 között Európában, ill. a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban átlagosan, a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai. (1997, 2000) alapján számított értékek)

A magyarországi diákok körében a helytelenítési arányok 1999-ben is rendre jelentősen meghaladták az ESPAD-országok átlagértékeit (13. ábra).



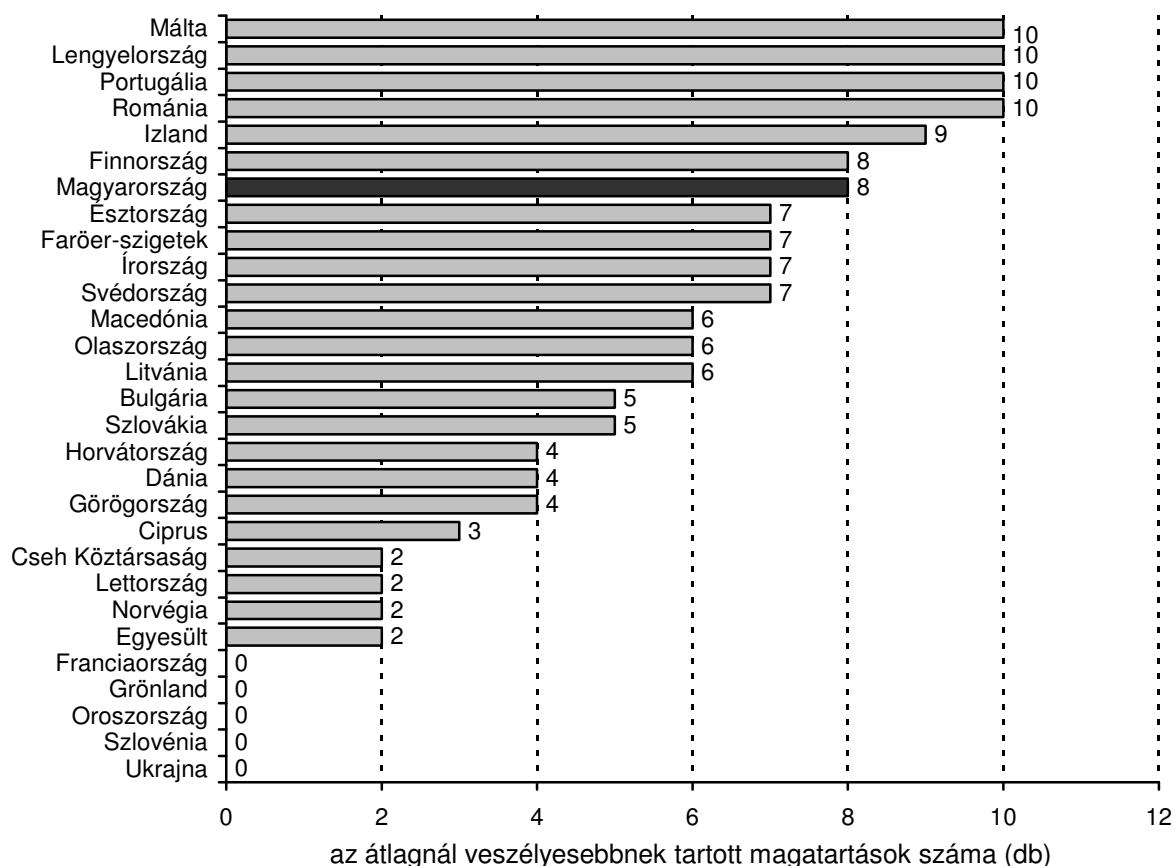
13. ábra A különböző tiltott drogok kipróbálását „helytelenítő” vagy „nagyon helytelenítő” diákok aránya (%) az ESPAD-országokban átlagosan és Magyarországon, 1999-ben a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai. (2000) alapján)

A veszélyészlelés változása szintén eltérően alakult a nyugat-európai és a rendszerváltó országokban a kilencvenes évek második felében. A nyugat-európai országokban általánosságban inkább a veszélyészlelés fokozódása, vagy stabilitása volt jellemző, míg a rendszerváltó országokban – a magyarországi folyamatokhoz hasonlóan – a tiltott drogok többsége esetében csökkent a fogyasztást, különösképpen a kipróbálást nagyon veszélyesnek tartó diákok aránya (14. ábra).



14. ábra Az egyes tiltott szerek fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartó diákok arányának százalékpontos változása 1995 és 1999 között Európában, ill. a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban átlagosan, a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai. (1997, 2000) alapján számított értékek)

A veszélyészlelés tekintetében Magyarországon 1995 és 1999 között történt relatíve jelentős változások ellenére hazánkban, a vizsgált 10 féle drogfogyasztói magatartás közül (lásd a 15. ábrán) 8 esetben a kilencvenes évek végén is meghaladta az európai átlagot, a magatartást „nagyon veszélyesnek” tartók aránya (14. ábra).



15. ábra Azoknak a magatartásoknak a száma, ahol egyes tiltott szerek fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók aránya a 16 éves diákok körében 1999-ben meghaladta ESPAD-országok átlagát (Hibell és mtsai. (2000) alapján számított értékek)

### **3. A Nemzeti Stratégia populációs adatokkal kapcsolatos céltételezései**

A NS (2000) valamennyi fő célkitűzése mentén – elsősorban hosszú távú célokhoz kapcsolódva – megjelennek olyan eredményességi mutatók, melyekhez a monitorozás eszközeit a populációs vizsgálatok (is) szolgáltatják. Ezek a célok részben a NS végső céljait jelenítik meg, részben pedig olyan átmeneti/közbenső célokat, melyek a drogfogyasztás befolyásolásának modelljei mentén, illetve a stratégia készítésekor ezekről meglévő tudásunk alapján hozzájárulnak a stratégia végső célkitűzéseinek érvényesüléséhez. Az egyes célokat és a populációs vizsgálatok adatai alapján hozzájuk kapcsolható monitorozási mutatókat a 1. táblázatban foglaljuk össze.

Az egyes monitorozási eszközöket, mutatókat táblázatunkban hozzárendeljük a stratégia célkitűzéseéhez, mindazonáltal ezt elsősorban az alkalmazott mutatók áttekinthetősége okán tesszük. Ehelyütt is szeretnénk hangsúlyozni azonban, hogy ahhoz, hogy tendenciák alakulásában a kvantitatív indikátorok jellegének megfelelően számszerűen kimutathassuk a NS megvalósítása során végzett tevékenységek szerepét, jóval hosszabb időszakot, és/vagy jóval több vizsgálati pontot kellene elemeznünk annál, mint amit a rendelkezésre álló adatok, illetve a probléma befolyásolására irányuló intézkedések idő dimenziója lehetővé tesz. Ha ez lenne a célunk, az 1. táblázatban nem lenne elegendő csak célkitűzéseket megfogalmaznunk, hanem azokhoz intézkedéseket kellene rendelnünk, ezen intézkedések és a monitorozási mutatók kapcsolatának megmutatkozását remélve. Azonban, mint azt a bevezetőben ismertetett korlátok között említettük, egy, a pre-stratégiai időszakkal együtt is maximum 10-12 éves időszakot – de a lakossági vizsgálatok esetében mindössze 6 évet – felölölő, s ez alatt indikátoronként 3-3 vizsgálati pontra vonatkozó adatok alapján nem tudunk olyan matematikai elemzéseket végezni, melyek a változások okainak, s ezek között a NS szerepének azonosítására alkalmasak volnának. Ehelyett a következő részben leíró jellegű megállapításokat teszünk a stratégiai időszakban a monitorozás – elviekben alkalmazható – populációs mutatóinak alakulásáról, illetve – szintén leíró jelleggel – áttekintjük azt, hogy a stratégiai időszakban Magyarországon tapasztalt változások mennyiben képezik le a nemzetközi tendenciákat, illetve mennyiben térnek el azoktól. Mindezt azért tesszük, mert az összehasonlító elemzés az a lehetséges értelmezési keret, melynek révén adataink releváns értelmezést nyernek.

| A NEMZETI STRATÉGIA FŐ CÉLKITŰZÉSEI  | HOSSZÚ TÁVÚ CÉLOK   | KÖZÉPTÁVÚ CÉLOK   | POPULÁCIÓS ADATOK ALAPJÁN VIZSGÁLHATÓ EREDMÉNYESSÉGI MUTATÓK  |
|--|---|---|---|
| 1. A társadalom váljon érzékenyebbé a droggkérdések hatékony kezelése iránt...   | <ul style="list-style-type: none"> <li>„A droghasználatok kezelése iránt érzékenyebb ... közösségek kialakulása” (NS 50.old)</li> </ul>   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lakossági attitűdmutatók változása</li> <li>A droghasználat kezelésével kapcsolatos lakossági vélekedések változása</li> </ul>   |
| 2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására | <ul style="list-style-type: none"> <li>„Csökkenteni a droghasználók számának növekedési ütemét, és elérni, hogy az emelkedő tendencia megforduljon.” (NS 71. old)</li> <li>„Csökkenteni a drogokat kipróbálók számát.” (NS 71. old)</li> <li>„... az első alkalommal drogokat használók átlagéletkora az utóbbi években csökken. Ezt a tendenciát nagyon fontos megfordítani” (NS. 71. old)</li> <li>„A fiatalok számára ne legyen ...elfogadott a droghasználat...” (NS 72.old)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>„Fokozódják a fiatalok drogokkal és a használat következményivel kapcsolatos tudása, a drogokkal kapcsolatos ... negatív (elutasító) attitűdje.” (NS 73. old)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalencia értékek változása</li> <li>Új belépők arányának alakulása</li> <li>Első droghasználat életkorának alakulása</li> <li>Különböző korosztályokra vonatkoztatott kumulált prevalencia görbék alakulása</li> <li>Droghasználat helytelenítésével, ill. veszélyeinek észlelésével kapcsolatos mutatók alakulása</li> </ul> |
| 3. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a droghasználatokkal küzdő egyéneket és családokat..                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>„Megállítani és visszafordítani a droghasználatokkal küzdők számának emelkedését. .. Hosszabb távon .. a droghasználat növekedési ütemének csökkentését, megállítását, sőt a trend megfordítását tűzzük ki célul.” (NS. 83. old)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>A droghasználók egészségügyi kezelésnek társadalmi... elfogadottságának növekednie kell.” (NS 84. old)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>A droghasználat okozta problémák előfordulásának alakulása az általános népességbe tartozó droghasználók körében</li> <li>A droghasználat kezelésével kapcsolatos lakossági vélekedések változása</li> <li>Kilépők arányának alakulása</li> </ul>  |
| 4. Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>„Csökkenjen az illegitim és visszaélésre használt szerekhez való hozzáférés” (NS 101. old)</li> </ul>  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Különböző drogok hozzáférhetőségével kapcsolatos percepciók változása</li> </ul>   |

1. táblázat A populációs adatok alapján vizsgálható eredményességi mutatók és a Nemzeti Stratégiában megfogalmazott célkitűzéseinek kapcsolódása



#### **4. A Nemzeti Stratégia célkitűzéseivel kapcsolatos populációs adatok alakulása a stratégiai időszakban**

A következőkben a populációs adatok mentén a NS megvalósítási időszakában megjelenő tendenciákat tekintjük át a – stratégia céljaihoz kapcsolható – alábbi mutatók mentén:

- Elterjedési mutatók: különböző idejű prevalencia értékek, új belépők és kilépők aránya
- Első droghasználat életkora, különböző korosztályokra vonatkoztatott kumulált prevalencia görbék alakulása
- Tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége
- Drogfogyasztással, drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök
- A drogfogyasztás okozta problémák előfordulása

##### **4.1. A populációs adatokban jelentkező hazai tendenciák a 2000-2007 közötti időszakban**

A társadalom egészének drogérinthettségéről leginkább átfogó, általános képet – az információk közvetlen jellegén túlmenően a társadalom egészének lefedésére leginkább törekvő kiterjedt célpopuláció miatt – a felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján készült drogepidemiológiai vizsgálatok tudnak adni. A stratégiai időszakban Magyarországon három alkalommal készült ilyen kutatás: 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2003b; Paksi és Elekes, 2004; Paksi és mtsai, 2007), így ezen adatok segítségével gyakorlatilag a teljes stratégiai időszakot felölelő tendenciákat tudunk bemutatni.

A drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztályban, a stratégiai időszakban 2003-ban (Elekes és Paksi, 2003a, 2003c) és 2007-ben készültek a középiskolások országos reprezentatív mintáján az ESPAD-program részeként drogepidemiológiai vizsgálatok Magyarországon. Sajnálatos módon azonban a 2007-es adatfelvétel eredményei közül a tanulmány megírásának időpontjában csak a fővárosi adatok kerültek publikálásra, így az ESPAD adatok alapján országos tendenciák csak a középtávú stratégiai célokhoz rendelhetők. A 2006-ig terjedő HBSC adatok alapján azonban ez a hiányosság valamelyest pótolható<sup>15</sup>. A fővárosban – 2000-ben, 2002-ben, 2003-ban, 2005-ben és 2007-ben – készült ESPAD standard adatfelvételek (Elekes és Paksi, 2000a; Paksi, 2002; Paksi és Elekes, 2003, 2005; Elekes 2007) azonban a teljes stratégiai időszakra vonatkozó részletes vizsgálódást tesznek lehetővé.

##### **4.1.1. A drogfogyasztás elterjedtségének (prevalencia értékek, új belépők aránya) változása a stratégiai időszakban Magyarországon**

A 18–53 éves népesség körében a tiltott drogok életprevalencia-értéke 2001 és 2003 között 7,5%-ról 11%-ra növekedett (2. táblázat). Emellett kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy a közelmúltban (a vizsgálatot megelőző évben) használók, illetve a valaha fogyasztókon belül az új belépők aránya is emelkedett, ami azt jelzi, hogy az ezredforduló első éveiben a felnőtt populáció körében mutatózó érintettség növekedés nem csak a nagyobb érintettségű fiatal korosztályok felnőtté válása folytán, egy korábbi tendencia begyűrűzéseként történt, hanem a stratégiai időszak első éveiben aktuálisan is növekedett a társadalom drogérinthettsége. (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2003b; Paksi, 2007b)

A stratégiai időszak második felében azonban ez a tendencia nem folytatódott. 2003 és 2007 között a felnőtt népességben nem változott azok aránya, akik valaha az életük során használtak valamilyen tiltott drogot, sőt, kétharmados biztonsággal

---

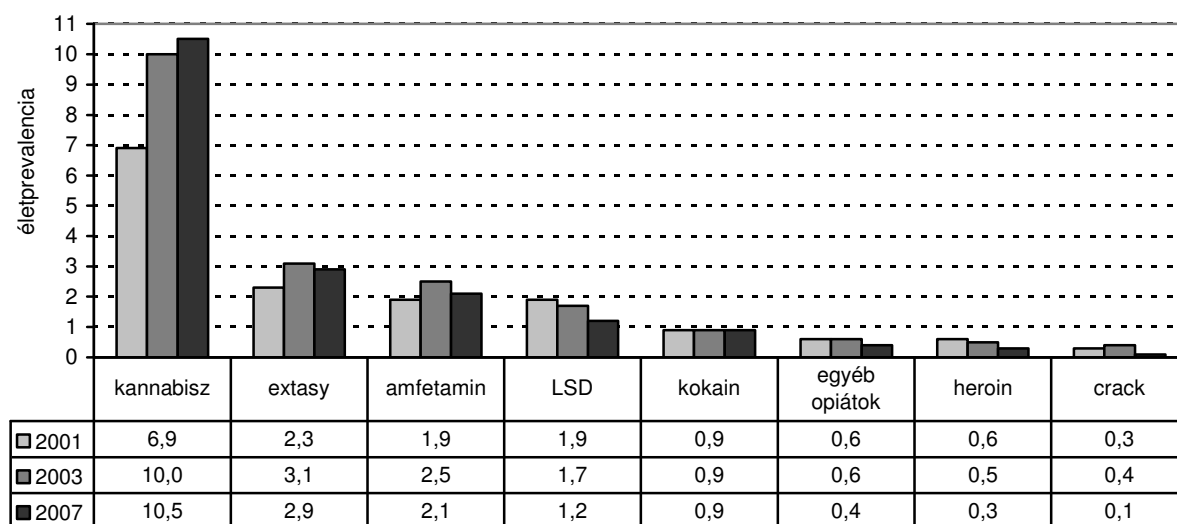
<sup>15</sup> Bár ez esetben csak a 2002-2006 közötti időszakot tudjuk elemezni, mivel – a HBSC vizsgálatok ugyan ESPAD standard kérdésekkel dolgoznak, de – a 2002-es HBSC adatok és a 2003-as ESPAD adatok összehasonlítása azt jelzi, hogy – vélhetően a vizsgálatok tematikájának eltérései okán – a két kutatási program keretében kapott eredmények egymással csak korlátozott mértékben hasonlíthatók össze (Aszmann, 2003).

azt állíthatjuk, hogy a valaha használók közül kedvező folyamatok indultak el: csökkent a folyamatos használók, és növekedett a leállt fogyasztók (kilépők) aránya. Mindez azt eredményezte, hogy az elmúlt évben használók aránya csökkent a populációban (Paksi és mtsai, 2007; Paksi és Arnold, 2007).

|                             |   | 2001             |                         | 2003                           |           | 2007             |           |
|-----------------------------|---|------------------|-------------------------|--------------------------------|-----------|------------------|-----------|
|                             |   | mért értékek (%) | hibahatár <sup>16</sup> | mért értékek (%) <sup>17</sup> | hibahatár | mért értékek (%) | hibahatár |
| életprevalencia             |   | 7,5              | ±0,6                    | <b>11,1</b>                    | ±0,7      | 11,2             | ±0,7      |
| éves prevalencia            |   | 2,8              | ±0,4                    | <b>3,9</b>                     | ±0,4      | <b>3,1</b>       | ±0,4      |
| havi prevalencia            |   | 1,3              | ±0,3                    | 1,4                            | ±0,2      | 1,1              | ±0,2      |
| absztinens                  |   | 92,5             | ±0,6                    | <b>88,9</b>                    | ±0,7      | 88,8             | ±0,7      |
| folyamatos fogyasztási ráta |   | 38,5             | ±4,4                    | 38,1                           | ±3,2      | <b>27,7</b>      | ±3,0      |
| ebből                       | folyamatos fogyasztási ráta új belépők nélkül | 35,2             | ±4,3                    | 31,4                           | ±3,1      | <b>23,8</b>      | ±2,9      |
|                             | új belépők aránya                             | 3,3              | ±1,6                    | <b>6,6</b>                     | ±1,7      | 3,9              | ±1,3      |
| a leállt fogyasztók aránya  |   | 61,5             | ±4,4                    | 61,9                           | ±3,2      | <b>72,3</b>      | ±3,0      |

2. táblázat: Tiltott drogok összesített prevalenciaértékei, illetve a folyamatos fogyasztási ráta, valamint a kilépők aránya 2001-ben 2003-ban és 2007-ben országosan a 18–53 éves felnőtt népesség körében (Paksi és Arnold, 2007)

A tiltott drogok életprevalencia-értékének a stratégiai periódus első felében lezajlott növekedése elsősorban a marihuána életprevalencia-értékének növekedéséből adódott<sup>18</sup> (16. ábra), emellett 68%-os biztonsággal azt mondhatjuk, hogy – a szerstruktúra korábban is második-harmadik helyén álló két szer – az ecstasy és az amfetamin esetében is növekedés történt. A stratégia időszak második szakaszában – az LSD esetében tapasztalt csökkenésen kívül – a szerenkénti prevalencia értékben sem történt szignifikáns változás.



16. ábra Az egyes tiltott drogok életprevalencia-értékének változása 2001 és 2007 között a 18–53 éves népesség körében (a válaszolók százalékában) (Paksi és Arnold, 2007)

<sup>16</sup> A táblázatban a hibahatárt 68%-os megbízhatósági szinten adtuk meg, ami azt jelenti, hogy az esetek 68%-ában a populációban jellemző tényleges érték a mért értékek a hibahatár által meghatározott környezetében helyezkedik el. 95%-os megbízhatósági szint mellett a hibahatár a táblázatban feltüntetett érték kétszerese.

<sup>17</sup> A hibahatárt meghaladó változásokat a táblázatban kiemeltük.

<sup>18</sup> A marihuána/hasis esetében az életprevalencia növekedését 95%-os biztonsággal állíthatjuk.

A 10. évfolyamos középiskolások körében a stratégiai periódus országos vizsgálatokkal lefedhető 1999 és 2003 közötti, első szakaszában – a felnőtt népességben megfigyelt tendenciákhoz hasonlóan – növekedett a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás (tiltott drogok és/vagy inhalánsok) életprevalencia értéke: 19,2%-ról 26,5%-ra. Ez a fiatal populációban is a marihuána fogyasztás növekedésének volt betudható, a többi szer esetében stagnálás, illetve az LSD esetében az életprevalencia-érték valamelyes csökkenése volt tapasztalható (Elekes és Paksi, 2003c).

A fiatal korosztályban a stratégiai periódus második szakaszára vonatkozó populációs adatok tendenciái azonban kevésbé egyértelműek.

- Tekintettel arra, hogy a drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából a legnagyobb kitettségű – ezáltal a társadalom érintettségi tendenciáit leginkább meghatározó – középiskolás korosztályban lezajló változások a felnőtt népesség életprevalencia értékében csak a fiatal korosztályok felnőtt korba lépésekor – tehát késleltetve – jelentkeznek, a felnőtt populációban a stratégiai időszak második felében, az életprevalencia értékekben tapasztalt stagnálás azt valószínűsíti, hogy a 18 évesnél fiatalabb populációkban a trendmódosulás már korábban bekövetkezett, azaz a növekedési időszak már 2003 előtt, (a 16 éves populációban feltételezhetően 2001 tájékán) lezárult<sup>19</sup>.
- A 2002-es és 2006-os HBSC kutatás publikált adatai alapján is csak igen korlátozott biztonságú becslések fogalmazhatók meg az iskoláskorú populációban a stratégiai periódus második felében lezajlott változások tekintetében. „A négy évvel ezelőtti vizsgálat ... prevalencia értékei bizonyos esetekben magasabbak < mint a legfrissebb 2006-os értékek >. ... Amennyiben az adatokat nem tisztítjuk<sup>20</sup>, az együttes szerfogyasztás életprevalencia értéke 30,6%, a kannabisz-fogyasztásé pedig 22,5% lesz. Ha a négy évvel ezelőtti adatokat az utóbbi értékekkel hasonlítjuk össze, növekedés tapasztalható az összes drogfogyasztás életprevalenciájának vonatkozásában.” (Kovacsics és Sebestyén, 2007).

|   | 2002 | 2006                      |
|---|------|---------------------------|
| Kannabisz   | 19,8 | 17,3 (22,5) <sup>21</sup> |
| ecstasy   | 4,3  | 6,1                       |
| amfetamin   | 3,6  | 5,7                       |
| Tiltott és legális szerek visszaélészerű használata | 24,3 | 20,3 (30,6)               |

3. táblázat Egyes tiltott drogok életprevalencia-értéke 2002-ben és 2006-ban a 9-11. évfolyamos diákok körében (%) (Németh, 2007)

- A budapesti középiskolások körében végzett ESPAD standard vizsgálatok (Elekes és Paksi, 2000a, 2000b; Paksi, 2002; Paksi és Elekes, 2003, 2005; Elekes 2007) alapján szintén többféle olvasata is adható a változásoknak:

a.) Az egyik lehetséges – s rátekintésre talán a leginkább kézenfekvő – olvasat szerint a 1999-2003 közötti időszakban növekedett a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke a fővárosi 10. évfolyamos diákok körében<sup>22</sup>. Ez után 2003 és 2005 között az életprevalencia értéke nem változott, majd – a 2007-es országos ESPAD-vizsgálat fővárosi

<sup>19</sup> A felnőtt népességre vonatkozó adatok alapján a 18 év alatti korosztályban valószínűsíthető trendmódosulás lehetett stagnálás, vagy inkább a felső életkori korláttal rendelkező lakossági vizsgálatokban az alacsonyabb érintettségű, idősebb korcsoportok kilépése okán inkább kismértékű csökkenés.

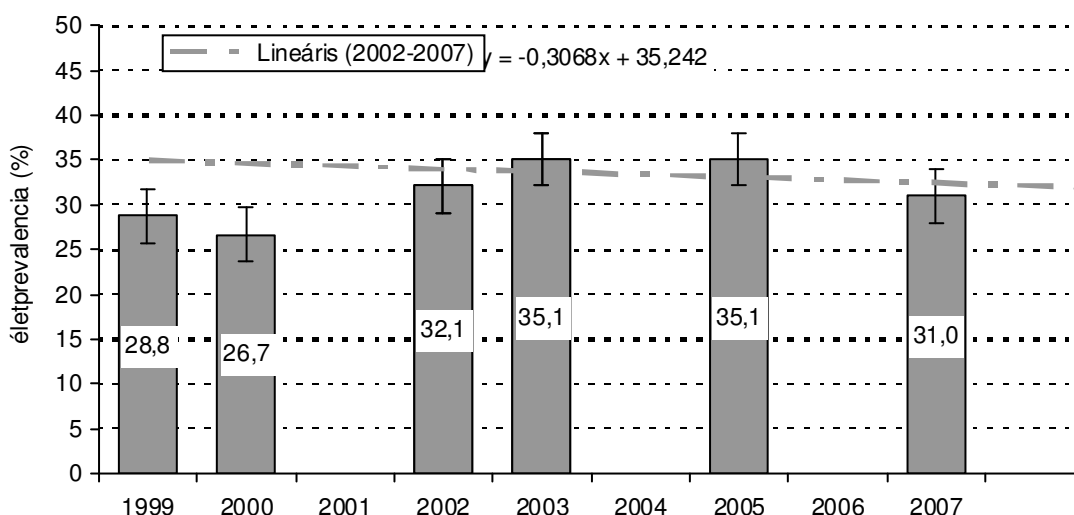
<sup>20</sup> A 2006-os kutatás során változott az adattisztítás metódusa.

<sup>21</sup> A zárójelben lévő érték a 2002-es metódikkal számított 2006-os adat.

<sup>22</sup> Az 1999-2003 közötti időszakra felrajzolt lineáris trendvonal az egyes években mért értékek hibahatárán belül húzódik. Ez az egyes évek ingadozásai ellenére azt jelenti, hogy ebben az időszakban a növekedés viszonylag egyenletesen ment végbe.

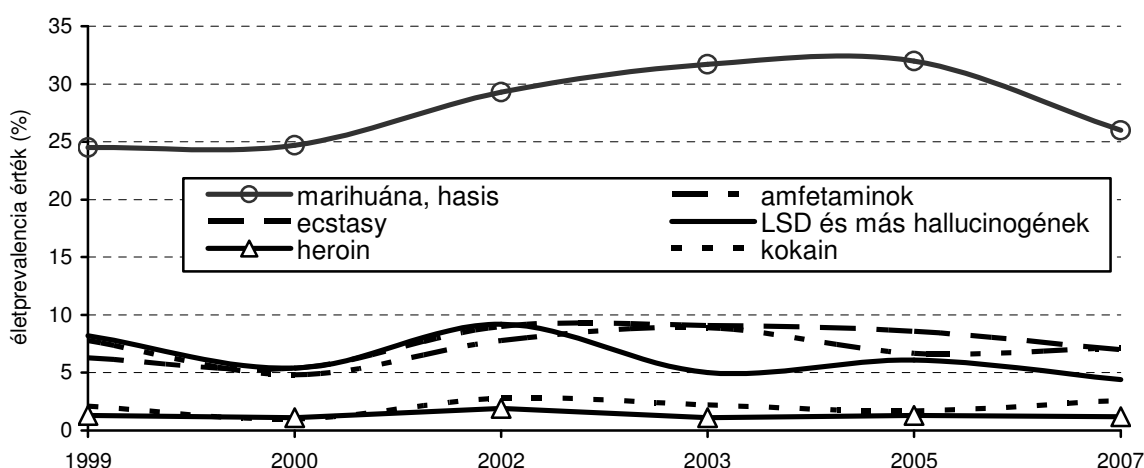
adatai alapján – az évtized második felében kétharmados biztonsággal egy csökkenő trend vette kezdetét a fővárosban.

b.) Egy másik értelmezés szerint azonban az is lehetséges, hogy az 1999 és 2003 közötti periódusra mért növekedés valójában rövidebb időszak alatt, 2001-ig lejajlott, majd ezt követően nem változott, vagy kismértékben csökkent a középiskolás populáció drogérintettsége. A 17. ábrán szereplő, a 2002-2007 közötti időszak adataira felrajzolt, alacsony (-0,3-as) meredekségű lineáris trendvonal ezt – a felnőtt populáción mért adatokkal harmonizáló – feltételezést ábrázolja.



17. ábra A tiltott drogok és inhalánsok összesített életprevalencia-értékének alakulása 1999 és 2007 között, a 10. évfolyamos fővárosi középiskolások körében (Paksi, 2007b; Elekes, 2007)

A drogfogyasztás trendjének alakulását a középiskolás populációban is mindvégig a kannabisz-származékok fogyasztásának elterjedtsége határozta meg, s emellett a stratégiai időszak elején (2002-ben) a szintetikus partydrogok esetében mutatkozott hibahatáron túli növekedés (Paksi és Elekes 2003c; Paksi, 2007b; Elekes, 2007). A többi szer esetében csak hibahatáron belüli ingadozások figyelhetők meg az életprevalenciákban (18. ábra).



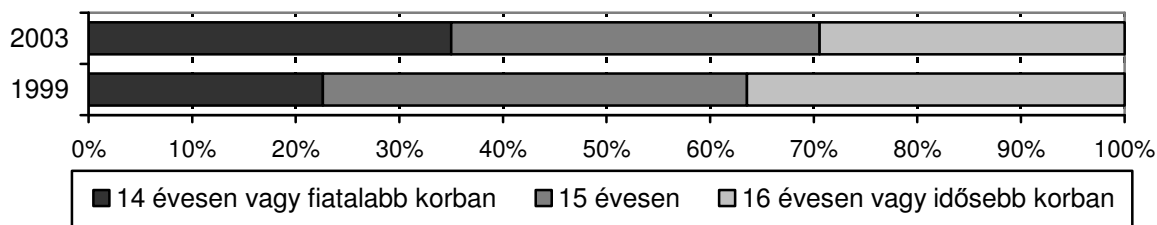
18. ábra A szerenkénti életprevalencia-értékek tendenciái 1999 és 2009 között, a budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében (Paksi 2007b, Elekes, 2007)

Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a stratégiai periódus első felében a magyar társadalom drogérinttségének növekvő tendenciája a stratégiai

időszak második felében nagy valószínűséggel nem folytatódott. Mindazonáltal fentiekben a stratégiai időszak második felében mutató, inkább a stagnálás vagy az csökkenés irányába mutató tendenciák általában az országra, illetve a fővárosra vonatkozó becslések. Ugyanakkor kötelességünk megemlíteni, hogy létezhetnek olyan térségek, városok, ahol ettől eltérő tendenciák érvényesülnek. Erre vonatkozó tapasztalatok mutatkoztak egy vidéki városban készült, 4 vizsgálati időpont alapján 13 év (1993-2006) változásait nagy vonalakban láttató vizsgálatsorozat adatai alapján, ahol a tiltott drogok elterjedtségének az elmúlt 13 évben mutató változó ütemű, de folyamatos emelkedését mértük (Paksi, 2007c)

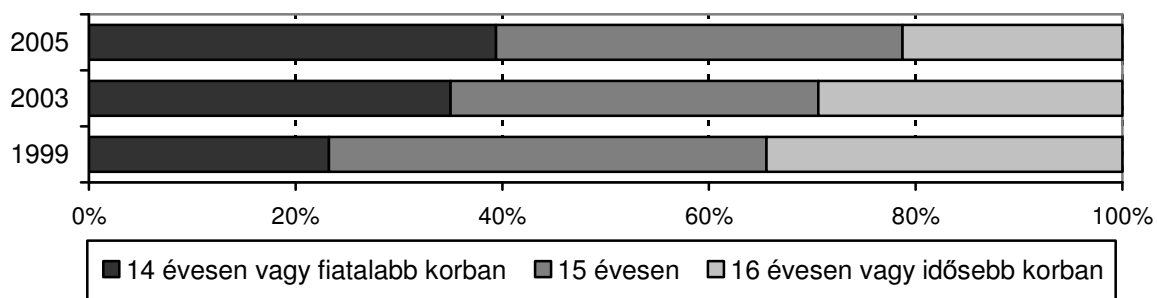
#### 4.1.2. Első droghasználat életkorának változása a stratégiai időszakban Magyarországon

A felnőtt populációra vonatkozó adatok alapján a stratégiai periódusban az első droghasználat átlagéletkora nem változott szignifikánsan: 2001-ben 19,9; 2003-ban 19,8; 2007-ben pedig 20,3 volt. Az e tekintetben érzékenyebb mérőeszközként szolgáló országos középiskolások vizsgálatok alapján viszont a stratégiai időszak első felében az első droghasználat korábbi életkorra tolódását tapasztaltuk (19. ábra).



19. ábra Az első tiltott droghasználat életkorának változása a 1999 és 2003 között országosan (a 10. évfolyamos drogfogyasztók százalékában) (Elekes és Paksi, 2003c)

A fővárosi diákok körében készült kutatások alapján pedig azt valószínűsíthetjük, hogy e tekintetben a kedvezőtlen változások a stratégiai időszak második felére is átnyúltak (20. ábra). 2005-ben a fővárosi 10. évfolyamos középiskolások között azok, akik fogyasztottak valaha valamilyen tiltott drogot, túlnyomórészt 15 éves korukra túljutottak az első használaton, és tíz fogyasztóból négyen 14 évesen vagy annál fiatalabb korban használtak először valamilyen drogot.

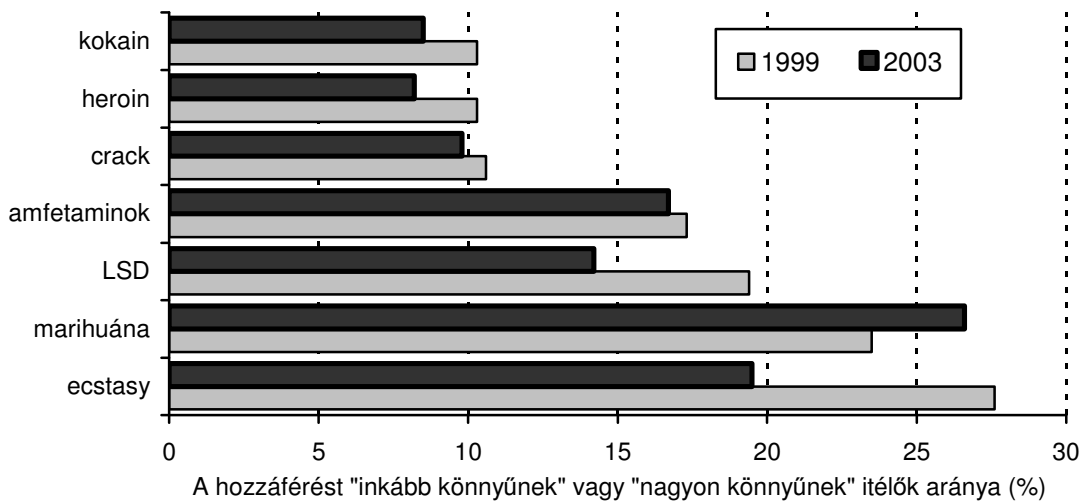


20. ábra Az első tiltott droghasználat életkorának változása a 1999 és 2005 között Budapesten (a 10. évfolyamos drogfogyasztók százalékában) (Paksi és Elekes, 2005)

#### 4.1.3. Különböző drogok hozzáférhetőségével kapcsolatos vélekedések változása a stratégiai időszakban Magyarországon

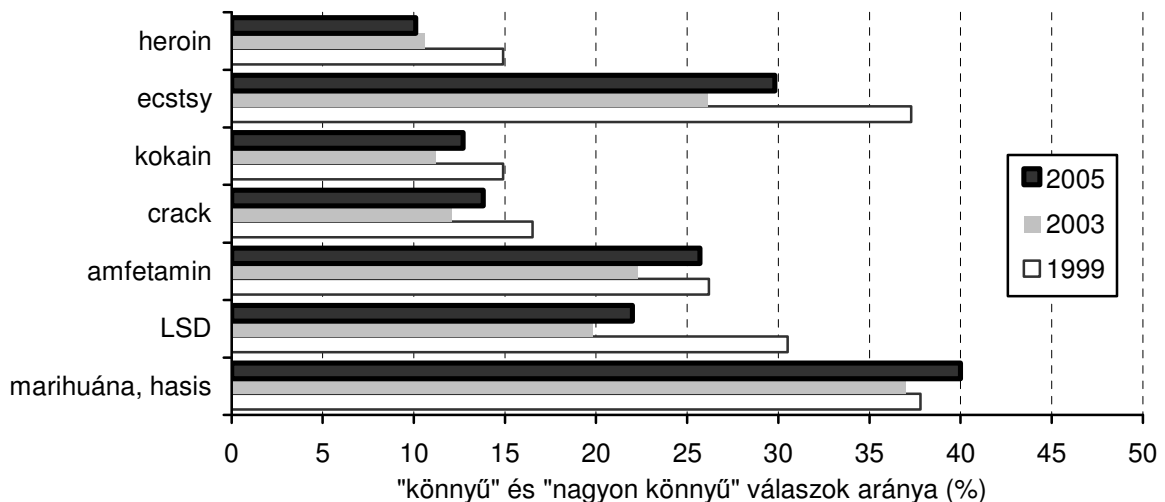
A 10. évfolyamos középiskolások körében a stratégiai periódus országos vizsgálatokkal lefedhető 1999 és 2003 közötti első szakaszában a különböző tiltott drogok a hozzáférést „inkább könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” érzékelő diákok aránya Magyarországon a marihuána kivételével csökkent

(21. ábra). Az LSD és az ecstasy esetében a csökkenés egyértelműen szignifikáns ( $p < 0,05$ ), a többi szer esetében pedig csak tendencia jellegű. A szerek észlelt hozzáférési sorrendje is megváltozott: a legkönnyebben hozzáférhető tiltott drognak a stratégiai periódus közepén ismét a marihuána mutatkozott a diákok körében.



21. ábra Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítézők aránya (%) országosan 1999 és 2003 között a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 2003c)

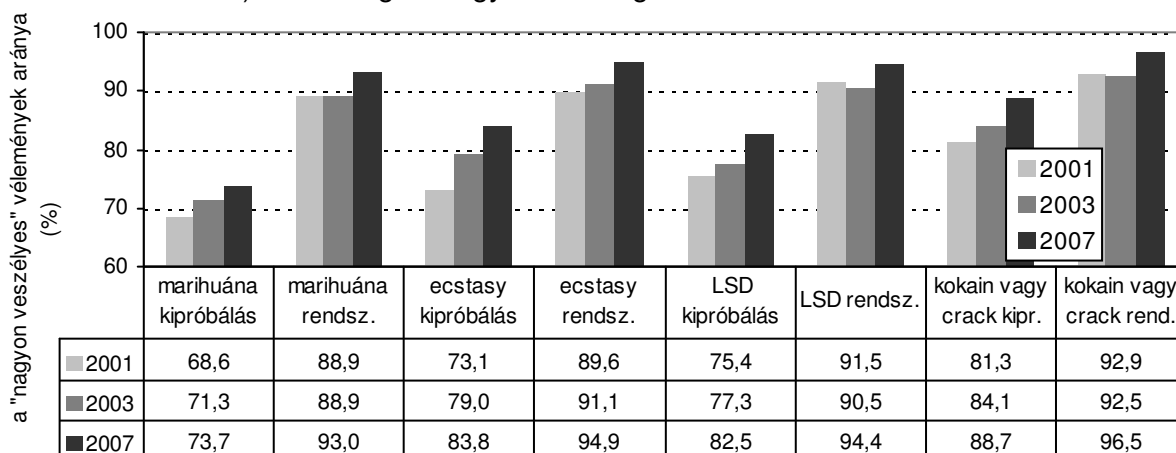
A budapesti diákoknak a tiltott drogokhoz való hozzáférésre vonatkozó percepciója rendre meghaladta az országosan jellemző értékeket, s a stratégiai periódus első felében megfigyelhető tendenciák is valamelyest eltérőek (míg országosan a marihuána hozzáférhetőségét „könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” tartó diákok aránya növekedett, a fővárosban ezt nem tapasztaltuk) Emiatt a 2003 utáni fővárosi tendenciák is csak korlátozottan képesek tudósítani az országban e tekintetben bekövetkezett változásokról. Mindazonáltal a fővárosi adatok alapján a korábbi – a szerek többsége esetében a hozzáférés csökkenésével leírható – tendencia 2003 és 2005 között megállni (az elmozdulások többsége hibahatáron belüli), az amfetamin és az ecstasy esetében pedig kétharmados biztonsággal megfordulni látszik (22. ábra).



22. ábra Az egyes tiltott szerek hozzáférését „könnyűnek”, vagy „nagyon könnyűnek” ítézők aránya (%) Budapesten 1999 és 2005 között a 10. évfolyamos diákok körében (Elekes és Paksi, 2000a, 2005; Paksi és Elekes, 2003)

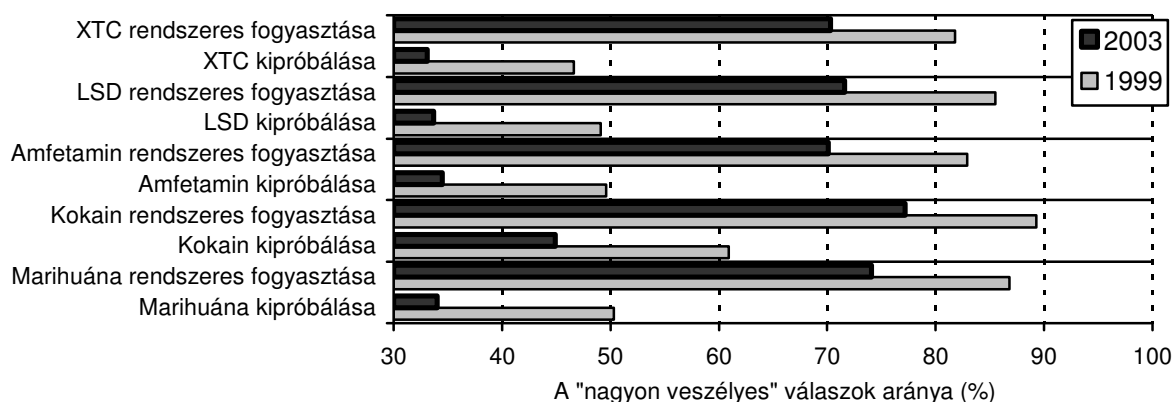
#### 4.1.4. Drogfogyasztással, drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök változása a stratégiai időszakban Magyarországon

A különböző drogfogyasztó magatartásokkal kapcsolatos veszélyészlelés a magyarországi felnőtt lakosság körében 2001 és 2007 között – az ecstasy kipróbálás kivételével döntően a stratégiai periódus második felében – szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) növekedett (23. ábra). A különböző szerek, illetve a különböző gyakoriságú szerhasználó magatartások megítélése tekintetében nem történ a differenciálás fokozódása irányában mutató elmozdulás. A különböző tiltott drogok veszélyessége – különösen a rendszeres használat esetében – a felnőtt lakosság gondolkodásában mindvégig meglehetősen egybemosódik. A különböző gyakoriságú fogyasztói magatartások veszélyességének megítélése tekintetében pedig a periódus egészében konzekvens, de valamelyest csökkenő (az egyes szerek rendszeres fogyasztása és kipróbálására vonatkozó veszélyészlelések átlagos különbsége a 2001-es 16 %-ról 2007-ra 12%-ra csökkent) különbségtétel figyelhető meg



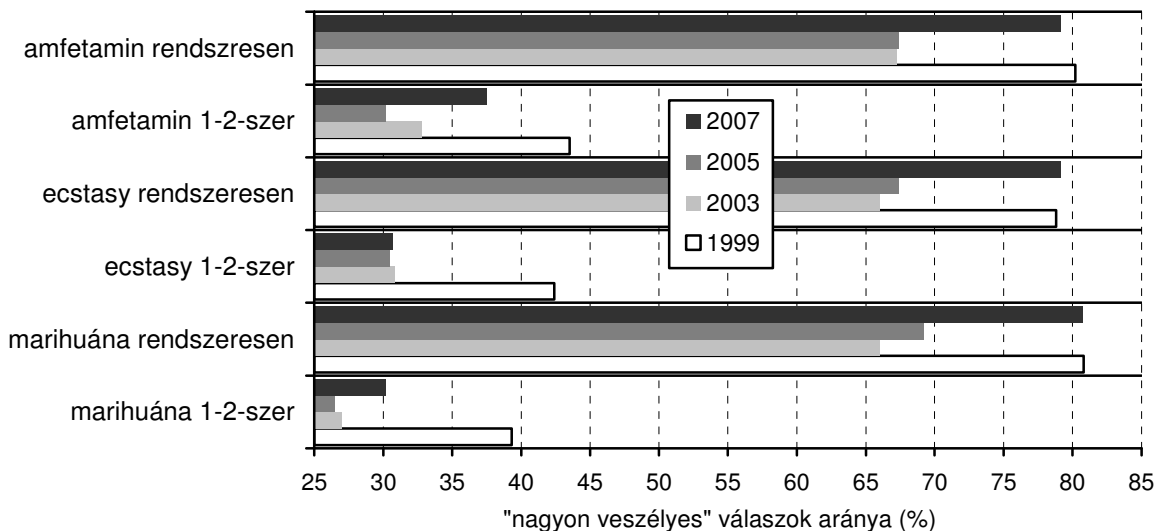
23. ábra Az egyes tiltott szerek kipróbálását, valamint rendszeres fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók arányának változása 2001 és 2007 között a 18-53 éves népességben (%) (Paksi és Arnold, 2009b)

A veszélyészlelés tekintetében a középiskolás korosztályban a stratégiai periódus első felében a felnőtt népességben tapasztalttól eltérő változások zajlottak. Míg a felnőtt népességben kismértékben növekedett a különböző szerhasználó magatartások veszélyeinek észlelése, addig a fiatal korosztályban minden szer esetében jelentősen csökkent a kipróbálást és a rendszeres fogyasztást nagyon veszélyesnek tartók aránya (24. ábra).



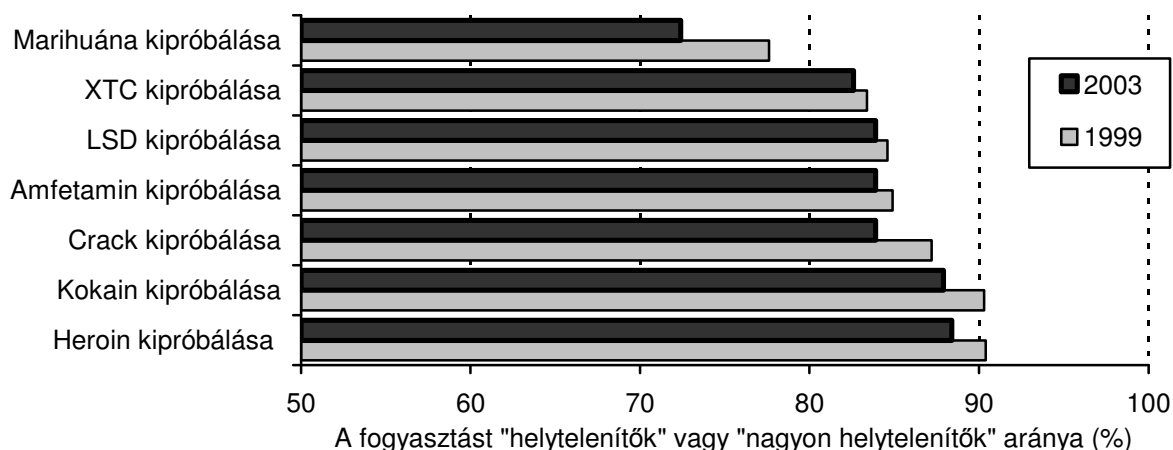
24. ábra Az egyes tiltott szerek kipróbálását, valamint rendszeres fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók arányának változása 1999 és 2003 között országosan a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 2003c)

A fővárosi diákok körében a stratégiai periódus első felében az országgal harmonizáló változások történtek, majd a 2007-es adatok azt jelzik, hogy ez a veszélyészlelés csökkenésével leírható tendencia a szerek többsége esetében 2005 után megfordult, és a stratégiai periódus végén a szerek rendszeres fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés megegyezik a periódus kiinduló értékeivel, s az ecstasy kivételével a kipróbálással kapcsolatos veszélyészlelés is fokozódott (25. ábra).



25. ábra Az egyes tiltott szerek kipróbálását, valamint rendszeres fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók arányának változása 1999 és 2007 között Budapesten, a 10 évfolyamos középiskolások körében (%) (Elekes, 2007)

A középiskolások körében a stratégiai periódus első felében a különböző drogok kipróbálását helytelenítők aránya – a marihuána és a crack kivételével, ahol hibahatáron túli csökkenés ( $p < 0,05$ ) mutatkozott – nem változott szignifikánsan (26. ábra). A marihuána kipróbálás helytelenítése ennek következtében a stratégiai időszak közepén már jelentősen elkülönül az egyéb drogokkal kapcsolatos vélekedésektől, azonban más drogokkal kapcsolatban továbbra is alacsony differenciálás volt megfigyelhető. A fiatalok döntő többsége (több mint négyötöde) a stratégiai periódus közepén is helyteleníti bármilyen egyéb drog kipróbálását.

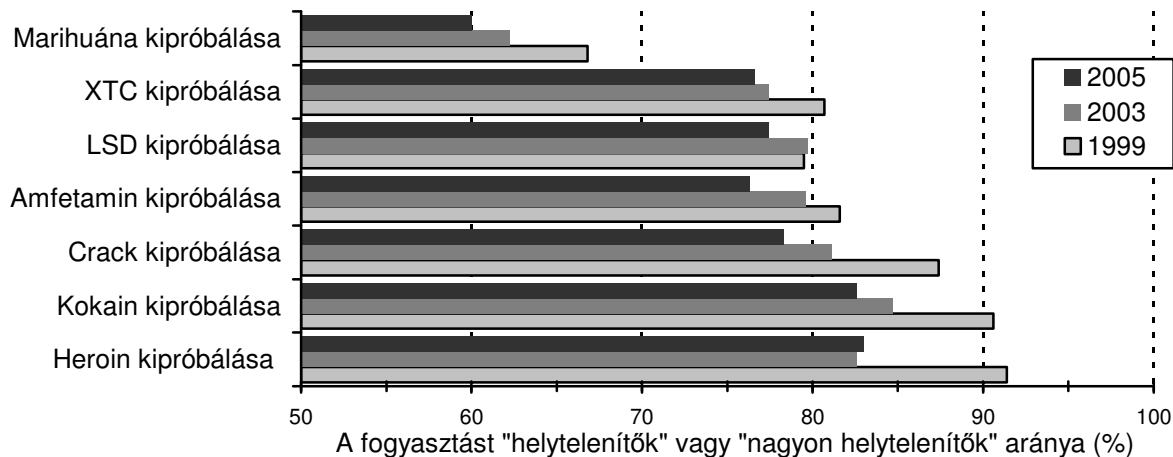


26. ábra Az egyes tiltott szerek kipróbálását „helytelenítők” vagy „nagyon helytelenítők” arányának változása a 1999 és 2003 között országosan a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 2003c)

A budapesti droghasználó diákok körében a stratégiai periódus első felében megfigyelhető tendenciák eltérők az országostól: a fővárosban 1999 és 2003 között – különösen a



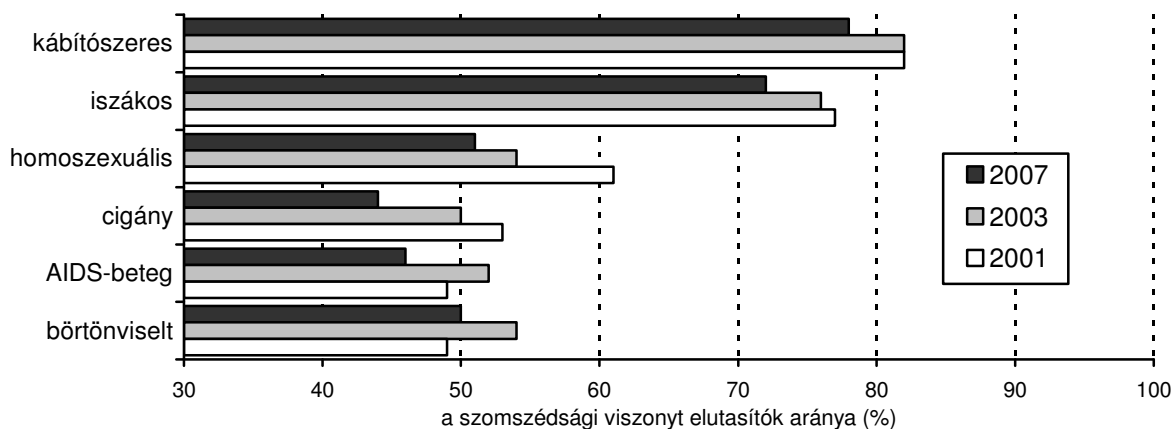
stratégiai periódust megelőzően leginkább elutasított drogok esetében – csökkent a helytelenítők aránya, majd 2003 és 2005 között már csak az amfetamin és a crack esetében tapasztaltunk a csökkenés irányába mutató tendenciát (27. ábra). Azonban a stratégiai periódus első felében országosan és a fővárosban tapasztalható eltérő tendencia miatt a 2003 utáni fővárosi elmozdulások csak korlátozottan képesek tudósítani az országban e tekintetben bekövetkezett változásokról.



27. ábra Az egyes tiltott szerek kipróbálását „helytelenítők” vagy „nagyon helytelenítők” arányának változása 1999 és 2005 között Budapesten a 10. évfolyamos középiskolások körében (Elekes és Paksi, 2003c; Paksi és Elekes, 2005)

A felnőtt népességben folyamatosan megjelenő nagyfokú veszélyérzet, s – különösen a rendszeres fogyasztással kapcsolatban – a vélemények alacsony differenciáltsága nyomot hagy a drogfogyasztókkal kapcsolatos társadalmi attitűdök minden aspektusán.<sup>23</sup>

A stratégiai periódusban – más társadalmi csoportok kontextusában – a legkevésbé elfogadott társadalmi csoportot mindvégig a kábítószer-fogyasztók képezték (28. ábra). A kábítószer-fogyasztókkal szemben tartott társadalmi távolság tekintetében 2001 és 2007 között csak minimális csökkenés volt tapasztalható a magyar társadalomban, s más társadalmi csoportokhoz viszonyítva sem kerültek kedvezőbb helyzetbe a kábítószer-fogyasztók.



28. ábra A különböző társadalmi csoportok esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók („ellenezné” ill. „inkább nem” válaszok) arányának alakulása a 18-53 éves felnőtt népességben 2001 és 2007 között (%) (Paksi és mtsai, 2007)

<sup>23</sup> A stratégiai periódus elején végzett elemzéseink (Paksi, 2003) azt mutatták, hogy a drogfogyasztással kapcsolatos veszélyérzetek intenzitását kifejező index szignifikáns összefüggést mutat minden más attitűdelemmel.

A drogfüggőket a felnőtt népesség leginkább „betegnek” tartja, azonban ezen vélemény aránya szignifikánsan (2001 és 2003 között  $p < 0,001$ ) csökkenő tendenciát mutat (4. táblázat). A következő leggyakoribb vélekedés szerint „betegek és bűnözők is”, s e vélemény aránya némileg növekedett társadalomban. Emellett ugyan azok aránya is nőtt, akik „sem betegnek sem bűnözőnek” nem tekintik a drogfüggőket, de ez a hozzáállás a stratégiai periódus végén is csak ritkán jelenik meg.

|                              | 2001 | 2003 | 2007 |
|------------------------------|------|------|------|
| inkább bűnözőnek             | 1,8  | 3,3  | 2,2  |
| inkább betegnek              | 68,5 | 62,4 | 61,3 |
| sem bűnözőnek, sem betegnek  | 4,9  | 7,4  | 7,4  |
| bűnöző és beteg is egyszerre | 16,3 | 16,7 | 18,5 |
| nem tudja                    | 8,5  | 10,1 | 10,7 |

4. táblázat A „Véleménye szerint minek tekinthető inkább egy drogfüggő?” – kérdésre adott válaszok eloszlása (%) a 18-53 éves felnőtt népességben 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben (Paksi és Arnold, 2009b)

A lehetséges beavatkozási, probléma-megoldási módok közül a felnőtt népesség által leginkább követendnek tartott módjaira vonatkozóan a stratégia megvalósításának első periódusára vannak adataink. Ennek alapján a lehetséges beavatkozási módok közül a lakosság első helyre stabilan és növekvő arányban a „kábitószer-kereskedők szigorúbb büntetését” helyezi (5. táblázat). Ez az egyetlen megoldás, melyben a társadalom döntő többségének a véleménye megegyezik. A második legtöbbször választott, de már csak a megkérdezettek kétötöde által támogatott megoldás a „megelőző tevékenység javítása”, és csak ezt követi, jóval kisebb támogatottsággal – a lakosság csak valamivel több, mint egynegyede által követendő útnak tartott – „közösségek szerepének erősítése”. A különböző beavatkozási módok prioritás sorrendjében 2001 és 2003 között nem történt változás. Azonban az egyes beavatkozási módok elfogadottsága némileg változott: szignifikánsan nőtt azok aránya, akik a büntető igazságszolgáltatás területére tartozó megoldási módokat (a kereskedők, illetve a fogyasztók szigorúbb büntetése) látják követendő útnak, s kétharmados biztonsággal csökkent azoké, akik a közösségek szerepének erősítésében látják a megoldást.

|  | 2001 | 2003 |
|--|------|------|
| Szigorúbban kellene büntetni a kábítószer-kereskedőket                       | 69,5 | 73,2 |
| Javítani kellene a felvilágosító, oktató, megelőző tevékenységet             | 39,2 | 40,6 |
| A közösségek szerepét (családokat, társadalmi összefogást) kellene erősíteni | 30,0 | 27,5 |
| Javítani kellene a rendőrség munkáját  | 25,2 | 20,4 |
| Szigorúbban kellene büntetni a kábítószer-fogyasztókat                       | 16,4 | 20,4 |
| Javítani kellene az egészségügyi intézmények munkáját                        | 16,6 | 15,3 |

5. táblázat A kábítószer-fogyasztás csökkentésének különböző lehetséges módjai közül az egyes megoldásokat a leginkább követendő útnak tartotók aránya (%) 2001-ben és 2003-ban a 18-53 éves felnőtt népességben (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2003b)

A felnőtt népesség körében a 2001 és 2007 közötti időszakban mindvégig a represszív drogpolitikával való nagymértékű, s egyre határozottabb egyetértés volt jellemző. A társadalom túlnyomó többsége nem ért egyet („teljesen helyteleníti”, vagy „nagymértékben nem ért egyet”) sem a hasis vagy marihuána, sem a heroin fogyasztásának „megengedésével”, s igen alacsony szinten fogalmazódik meg a lakosságban a marihuána és a heroin közötti drogpolitikai különbségtétel is (6. táblázat).

|                             | 2001             |        | 2003             |        | 2007             |        |
|-----------------------------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
|                             | marihuána, hasis | heroin | marihuána, hasis | heroin | marihuána, hasis | heroin |
| teljesen egyetért           | 1,9              | 0,5    | 3,4              | 0,7    | 2,2              | 0,5    |
| nagymértékben egyetért      | 1,9              | 0,4    | 2,2              | 0,2    | 2,3              | 0,2    |
| egyet is ért, meg nem is    | 12,1             | 2,6    | 6,5              | 1,2    | 7,4              | 1,2    |
| nagymértékben nem ért egyet | 10,4             | 7,3    | 5,9              | 4,2    | 7,3              | 4,6    |
| teljesen helyteleníti       | 73,8             | 89,3   | 81,9             | 93,8   | 80,8             | 93,5   |

6. táblázat A „Milyen mértékben ért egyet azzal, hogy az embereknek meg kellene engedni a marihuána (ill. a heroin) fogyasztását” – kérdésre adott válaszok eloszlása (%) a 18-53 éves felnőtt népességben 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben (Paksi és Arnold, 2009b)

A nagyfokú veszélyészleléssel, az erős félelmekkel (Elekes, Paksi és Lendvai, 2005) összhangban a felnőtt népesség négyötöde a stratégiai periódusban mindvégig úgy ítélte, hogy a társadalomnak „többet”, vagy „sokkal többet” kellene költeni a drogproblémák mérséklésére, megelőzve ezzel a jóval kiterjedtebb alkoholizmus vonatkozásában kapott arányokat (7. táblázat). Ugyanakkor tendenciájában a kábítószer-probléma mérséklésére fordítandó összeg növelése mellett lévők aránya a stratégiai periódus második felében szignifikánsan csökkent a társadalomban.

| társadalmi probléma   | 2001                    | 2003      | 2007      |
|-----------------------|-------------------------|-----------|-----------|
| bűnözés               | 89,2 (60) <sup>24</sup> | 92,8 (58) | 86,9 (50) |
| kábítószer-fogyasztás | 82,7 (54)               | 84,7 (51) | 79,6 (41) |
| alkoholizmus          | 67,2 (28)               | 74,2 (36) | 74,0 (36) |

7. táblázat „Mennyit kellene a társadalomnak költeni az alábbi problémák megelőzésére, mérséklésére?” – kérdésre adott „többet” vagy „sokkal többet” válaszok aránya (%) a különböző társadalmi problémák esetén a 18-53 éves felnőtt népességben, 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben (Paksi és Arnold, 2009b)

#### 4.1.5. A drogfogyasztás okozta problémák előfordulása

A tendenciák értelmezésére lehetőséget adó populációs adattal e tekintetben csak a középiskolás populációra rendelkezünk. Az adat nem tévesztendő össze a problémás droghasználat EMCDDA (2004) definíciójával. A rendelkezésre álló adat a drogfogyasztás miatt bekövetkezett különböző (összesen 14 féle) problémák (magatartási problémák, kapcsolati konfliktusok, iskolai feladatok ellátása során felmerülő nehézségek, rendőrségi problémák, áldozattá válás, ellátásba kerülés, szexuális kapcsolatokban jelentkező következmények) előfordulási rátáját mutatja, a droghasználók körében. Ennek alapján a stratégiai periódus első felében nem változott a drogfogyasztás miatti problémák előfordulási aránya a középiskolás drogfogyasztók körében (8. táblázat). A különféle problémátípusok halmozódása tekintetében sem történtek szignifikáns elmozdulások.

|                                | 1999 | 2003 |
|--------------------------------|------|------|
| 1 probléma                     | 7,4  | 7,4  |
| 2 probléma                     | 2,8  | 3,3  |
| 3-5 probléma                   | 3,9  | 4,1  |
| 6 vagy több probléma           | 1,9  | 1,1  |
| Előfordult valamelyik probléma | 16,1 | 15,8 |

8. táblázat Drogfogyasztás miatti problémák száma a drogfogyasztók százalékában 1999-ben és 2003-ban a 9-10. évfolyamos középiskolások körében, országosan (Elekes és Paksi (2000a, 2003a) alapján)

<sup>24</sup> Zárójelben a „sokkal többet” válaszok arányát tüntettük fel.

A budapesti droghasználó diákok körében a stratégiai periódus első felében megfigyelhető tendenciák eltérőek az országostól: a fővárosban 1999 és 2003 között a droghasználó diákokra vonatkozóan kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy növekedett a drogfogyasztás miatti problémák előfordulása (9. táblázat). A stratégiai periódus első felében országosan és a fővárosban tapasztalható eltérő tendencia miatt a 2003 utáni fővárosi elmozdulások csak korlátozottan képesek tudósítani az országban e tekintetben bekövetkezett változásokról. A 2003 és 2005 közötti a fővárosi adatok kétharmados biztonsággal kedvező irányú elmozdulást jeleznek, mindazonáltal a 2005-ben mért érték még meghaladja a stratégiai időszak előtti.

|                                | 1999 | 2003 | 2005 |
|--------------------------------|------|------|------|
| 1 probléma                     | 9,5  | 8,8  | 7,7  |
| 2 probléma                     | 3,4  | 6,0  | 4,6  |
| 3-5 probléma                   | 3,9  | 7,2  | 6,2  |
| 6 vagy több probléma           | 1,6  | 1,5  | 1,7  |
| Előfordult valamelyik probléma | 18,2 | 23,3 | 20,1 |

9. táblázat Drogfogyasztás miatti problémák száma a drogfogyasztók százalékában 1999-ben, 2003-ban és 2005-ben a 9-10 évfolyamos középiskolások körében, Budapesten (Elekes és Paksi (2000a, 2003a) alapján)

#### 4.2. A populációs adatokban az ezredfordulót követően mutatkozó európai tendenciák

A 2000-2007 közötti hazai tendenciák Európa más országaiban lezajlott változásokkal való kontextuálása során lehetőségeink sajnos korlátozottak. A nemzetközi kontextuálásra – a minden lépésében standardizált volta miatt – leginkább alkalmas ESPAD vizsgálatok nemzetközi adatai mentén – mivel a 2007-es kutatás nemzetközi összefoglalója ez idáig nem jelent meg – egyelőre csak 2003-ig tudjuk követni a változásokat (Hibell és mtsai, 2000, 2004). A felnőtt populációban történő összehasonlítás során pedig a vizsgálatok alacsony száma, a különböző országokban eltérő adatfelvételi évek, az adatfelvételek, és a feldolgozás kevésbé standardizált metodikája szűkíti be lehetőségeinket, valamint az, hogy az EMCDDA Statistical Bulletin-jeiben (Statisztikai Közleményekben), továbbá az EMCDDA számára készített ország-jelentésekben szereplő adatok csak a vizsgálatok főbb eredményeire koncentrálnak.

##### 4.2.1. A drogfogyasztás elterjedtségének alakulása 1999 után Európában

A 16 éves populációban 1999 és 2003 között a 28 ESPAD-ország<sup>25</sup> egyharmadában (Cseh Köztársaság, Írország, Grönland, Szlovákia, Izland, Horvátország, Bulgária, Portugália és Magyarország)<sup>26</sup> egyértelműen növekedett a tiltott drog-fogyasztás életprevalencia-értéke, s csupán három országban (Lettországban, Norvégiában és Romániában) következett be szignifikáns csökkenés<sup>27</sup> (29. ábra). A 28 ESPAD-országban az ezredforduló környékén évente átlagosan közel fél százalékponttal növekedett a tiltott drogokkal kapcsolatba került diákok aránya. A magyarországi 16 éves diákok körében az 1999 és 2003 közötti években az átlagos növekedési ütem az európai átlag kétszerese – azaz évi 1 százalékpont – volt.

A fiatalok drogérintettségének növekvő tendenciája ebben az időszakban az ESPAD-országokban általában és Magyarországon is elsősorban a kannabisz-származékok terjedésének volt betudható. A marihuánán/hasison kívüli egyéb tiltott drog-fogyasztás hibahatáron túli növekedést egyetlen országban – köztük Magyarországon – sem mutatott.

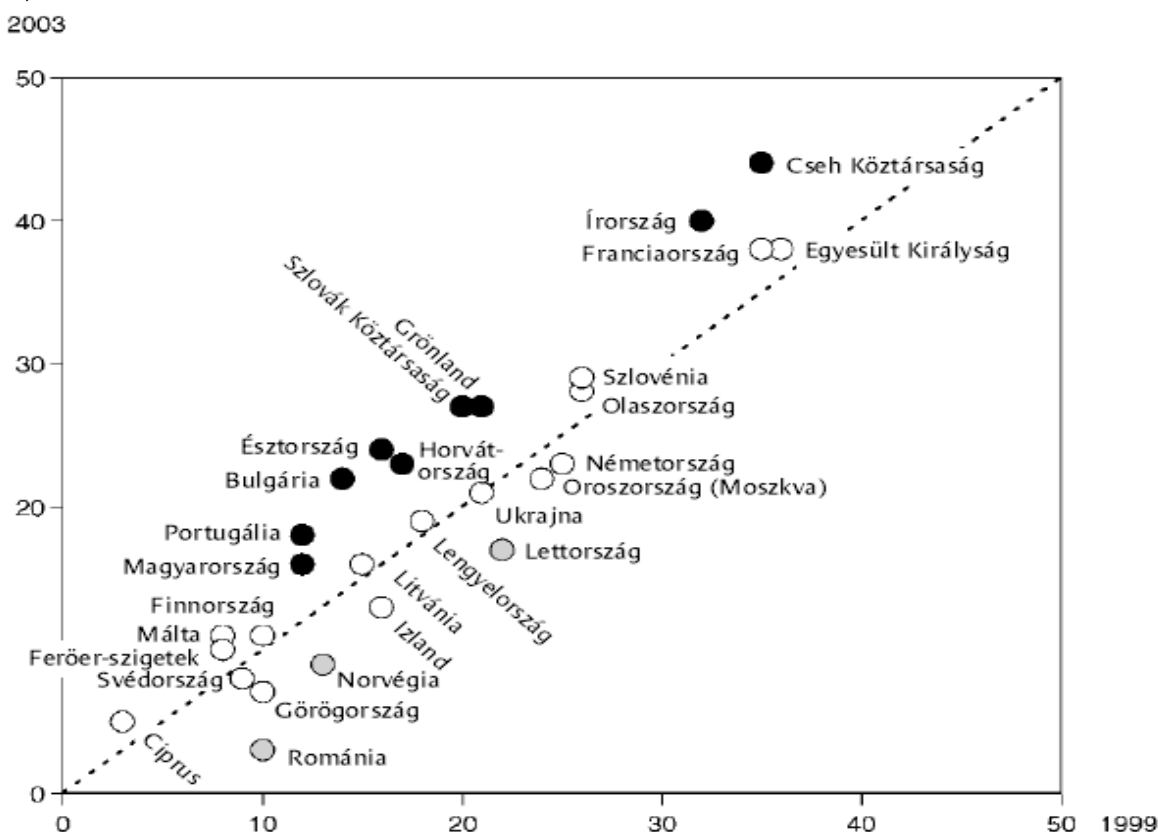
A 1995 és 1999 közötti periódushoz képest a tiltott drogok életprevalencia-értékének országokénti növekedési üteme a 16 éves korosztályban átlagosan kétötödére csökkent az ezredforduló környékén. A rendszerváltó országokban – az európai, illetve nyugat-európai

<sup>25</sup> A mindkét kutatásban egyaránt részt vevő országok.

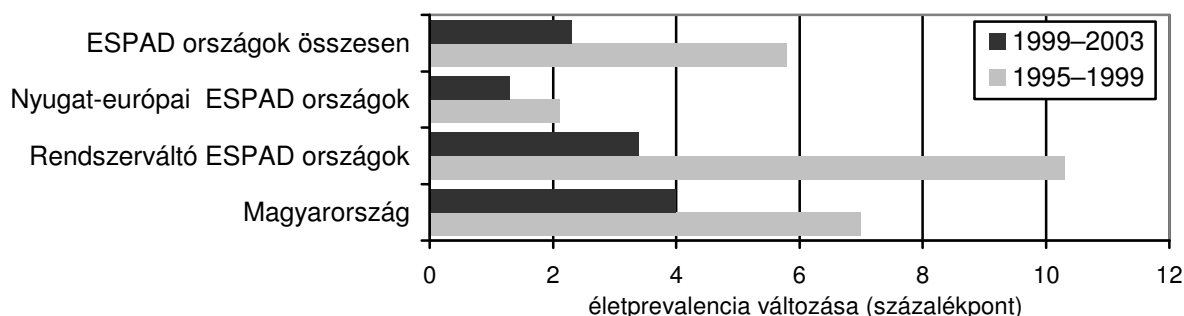
<sup>26</sup> Lásd a 28. ábrán a tengely fölött elhelyezkedő, feketével jelölt országokat.

<sup>27</sup> A következő ábrán a tengely alatt elhelyezkedő, szürkével jelölt országok.

országok átlagához képest – jelentősebb trendmódosulás következett be, a növekedési ütem a korábbi egyharmadára csökkent. Ennek következtében 1999 és 2003 között már átlagosan kiegyenlített változásokat tapasztalhattunk Európa keleti és nyugati régiójában ( $p=0,228$ ), azaz a rendszerváltó országok „külön útja” befejeződött. Magyarországon ez a trendmódosulás kevésbé jelentkezett, mint a rendszerváltó országokban általában. Ugyan nálunk is csökkent – a 16 évesek körében korábbi ciklusban jellemzőnek 57%-ára – a növekedés üteme, de mindezzel együtt csaknem kétszerese volt az európai átlagnak (30. ábra).



29. ábra Az életük során valamilyen tiltott drogot kipróbálók arányának változása az ESPAD-országokban 1999 és 2003 között, a 16 éves válaszolók százalékában (Hibell és mtsai, 2004)

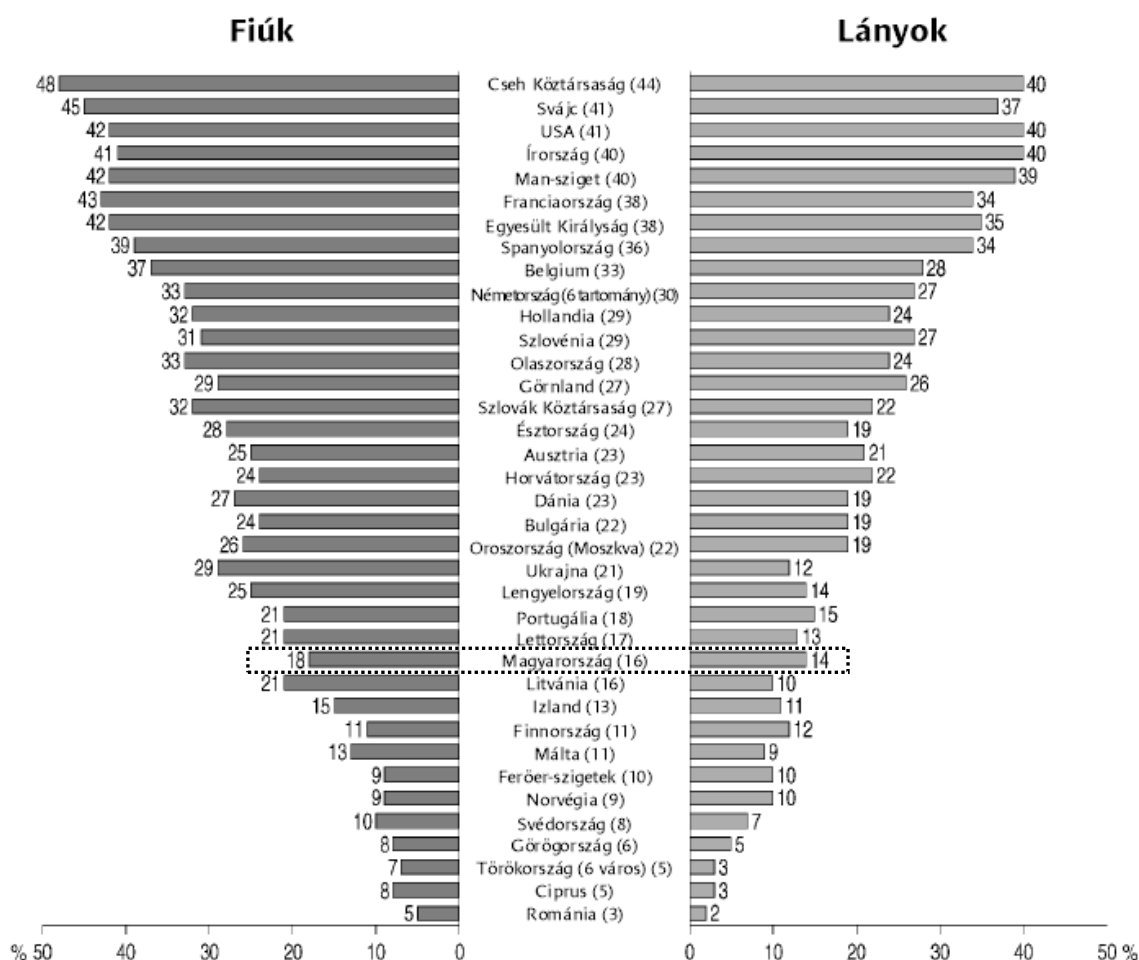


30. ábra A tiltottdrog-fogyasztás életprevalencia-értékének százalékpontos változása Európában, illetve a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban átlagosan 1995-től 2003-ig, a 16 éves válaszolók körében.<sup>28</sup> (Hibell és mtsai (1997, 2000, 2004) alapján)

<sup>28</sup> Az ábra ESPAD-vizsgálat mindhárom hullámában részt vevő 22 országra számított értékeket tartalmaz.

Az iskolai és felnőtt populációs felmérésekből származó legfrissebb adatok arra utalnak, hogy néhány országban a kannabisz-használat stabilizálódott, vagy csökkenőben van. A csökkenés leginkább a fiatal korcsoportok körében érzékelhető. A legutóbbi HBSC vizsgálatból származó felmérési adatok a 2001–2006-os időszakban a legtöbb országból a kábítószer-használat stabil vagy csökkenő tendenciáját jelezték a 15 éves diákok körében, és az előzetes adatok arra utalnak, hogy ezt az ESPAD vizsgálat legfrissebb, 2007-es fordulója is megerősítheti. (EMCDDA, 2008a) Ugyanakkor az egyes országok közötti komoly eltérések lehetnek.

2003-ban az ESPAD országokban a tiltott drogok életprevalencia értéke átlagosan 22% volt a 16 éves diákok körében. Az egyes országok között azonban – a korábbi időszakhoz hasonlóan – jelentős különbségek találhatók: az életprevalencia értékek 3% és 44% között helyezkedtek el (31. ábra). A Cseh Köztársaságban, Svájcban, Írországban, a Man-szigeten, illetve Franciaországban és az Egyesült Királyságban a diákok mintegy kétötöde használt már valamilyen tiltott drogot eddigi élete során. A legalacsonyabb arányok Romániában, Cipruson, Törökországban találhatóak (3-5%). Magyarország (16 %-os értékkel) az országok életprevalencia értékek alapján képezett sorrendjében a 35 ESPAD ország között 24. helyen, azaz a továbbra is közepesen alacsonyabb érintettségű országok között helyezkedett el 2003-ban.



31. ábra A valamilyen tiltott drogot valaha kipróbáló diákok aránya az egyes országokban 2003-ban (%) (Hibell és mtsai, 2004)

A 15 évesek körében végzett 2005/2006-os HBSC felmérésből származó adatok továbbra is a kannabisz-használat életprevalencia értékeinek országonkénti nagy szórását mutatják. Öt ország számolt be 10% alatti becsült életprevalenciáról a kannabisz esetében; 11 országból

10% és 20% közötti értékeket jelentettek, másik 11 országban pedig 21% és 31% között volt ez az arány (Currie és mtsai, 2008).

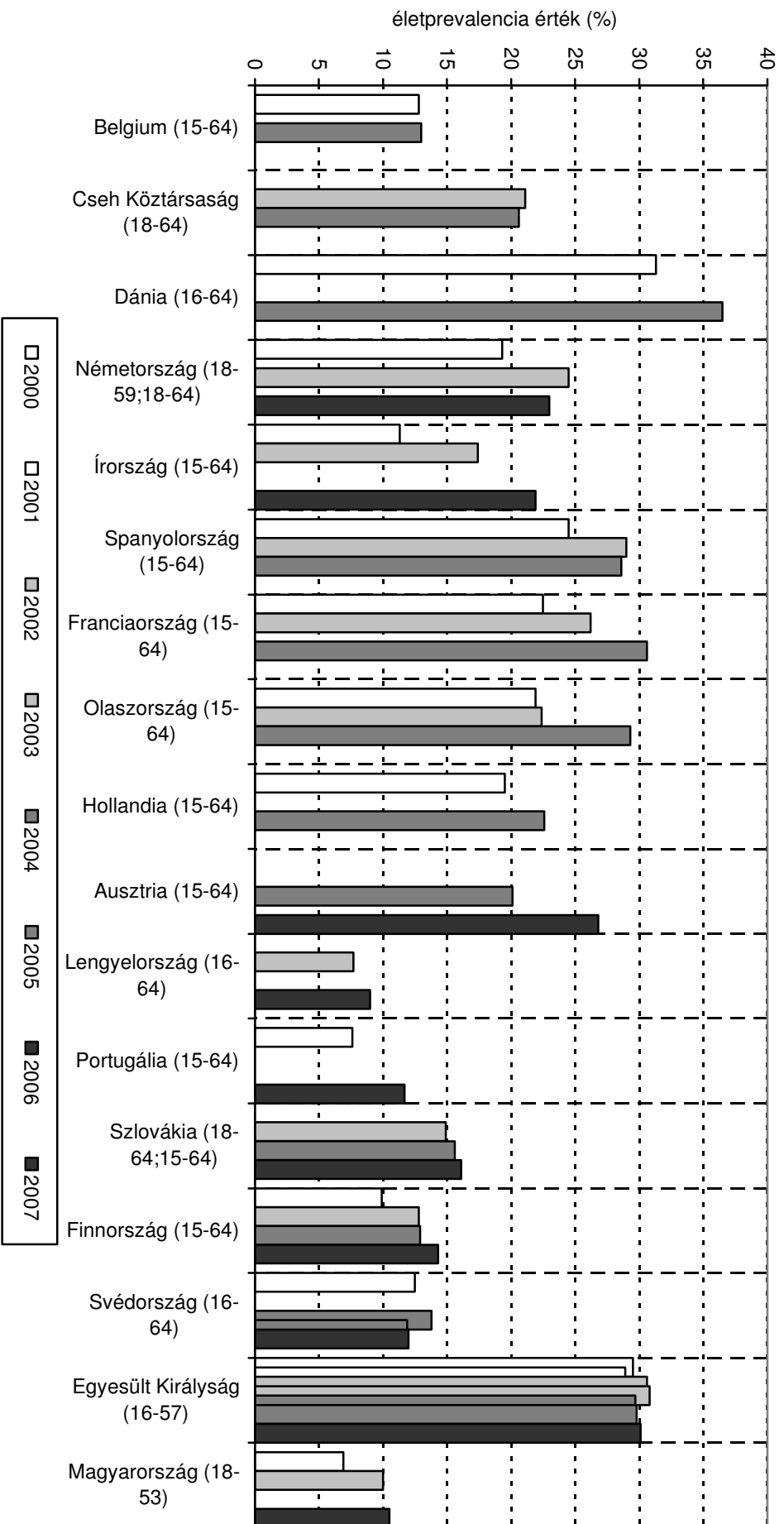
A felnőtt populáció körében az EMCDDA statisztikai adatbázisa (EMCDDA, 2005, 2007, 2008b)<sup>29</sup> alapján 17 ország esetében rendelkezünk a 2000-2007 közötti periódusban több évre vonatkozó, tendenciák felvázolására lehetőséget adó adatokkal. Ebben az időszakban az országok többségében (11 országban: Dánia, Németország, Írország, Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Hollandia, Finnország, Ausztria, Portugália, és Magyarország) – ha nem is folyamatosan és egyenletes ütemben – 2000 és 2007 között összességében növekedett a kannabisz-használat elterjedtsége a felnőtt népességben.<sup>30</sup> Hat országban pedig nem, vagy csak hibahatáron belüli elmozdulások történtek a periódus egészében. Hazánkban kívül három országban (Németországban, Spanyolországban, és Svédországban) mutatkozott a vizsgált periódusban a magyarországi felnőtt népesség körében lezajlotthoz hasonló – a periódus második felében csökkenés, vagy stagnálás irányába mutató – tendenciamódosulás (32. ábra).

Amennyiben a felnőtt populációs adatok közül a rövid távú változások tekintetében informatívabb közelmúltbeli fogyasztást, azaz az éves prevalenciaértékek alakulását vizsgáljuk (melyről 16 országból van adatunk), akkor a fentieknél kedvezőbb képet kapunk az aktuális tendenciákról (33. ábra). Az országok egynegyedében (Cseh Köztársaságban, Dániában, Németországban és az Egyesült Királyságban) legalább kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy 2000 és 2007 között csökkent az elmúlt évben kannabiszt fogyasztók aránya, s további 3 országban – ezek közé tartozik Magyarországon kívül Spanyolország és Svédország) a kezdeti növekvő tendenciát az utóbbi években stagnálás, vagy csökkenés váltotta fel.

---

<sup>29</sup> Ezen felül a magyarországi Drog Fókuszpont segítségével még beszereztünk más országok által 2008-ban jelentett új populációs adatokat is.

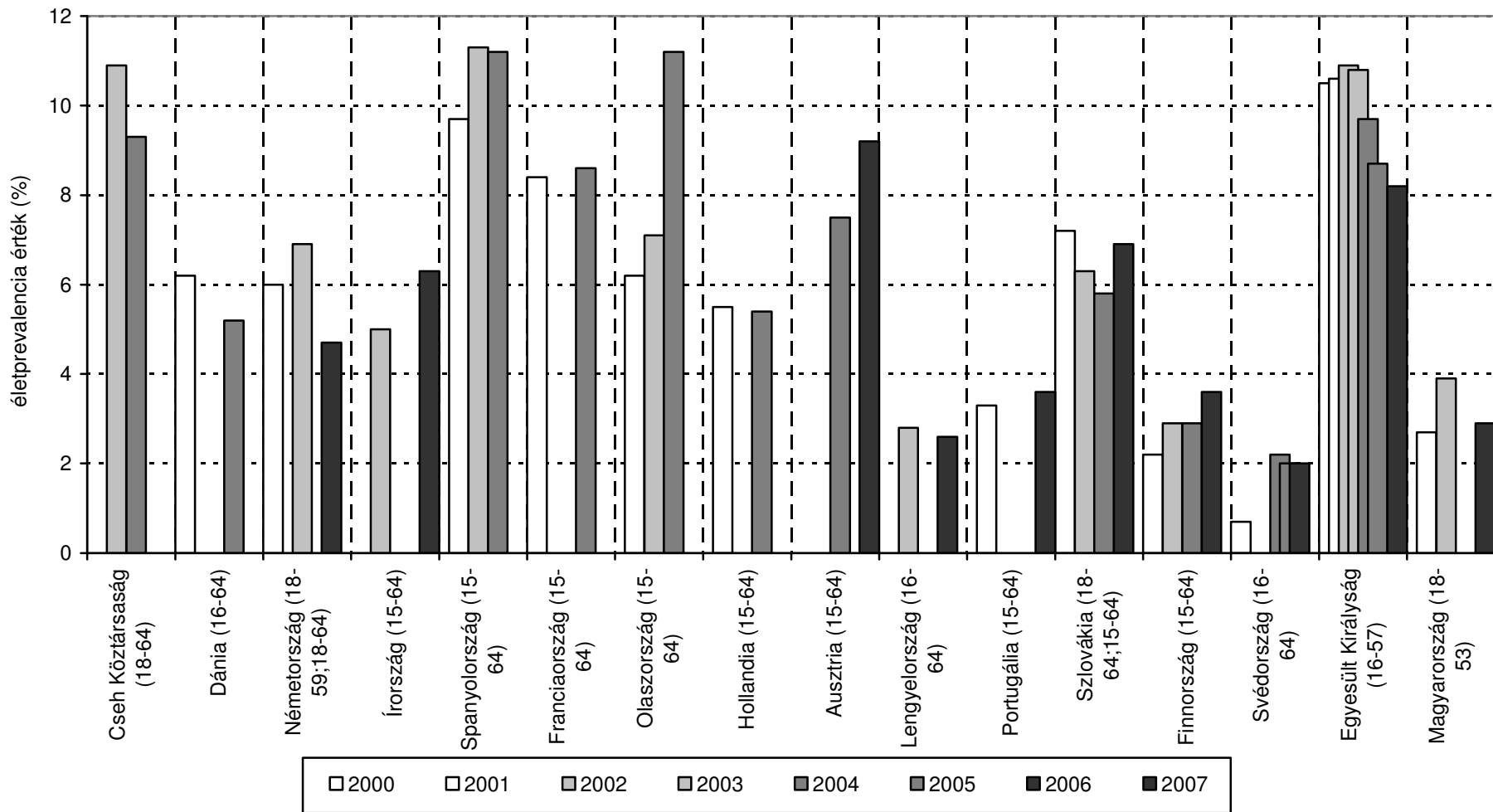
<sup>30</sup> A felnőtt népességre vonatkozó adatok összehasonlítása során – mivel nem azonos minden országban a megkérdezett szerek köre – a szerenkénti prevalencia adatokkal tudunk dolgozni. Tekintettel arra, hogy a drogfogyasztás összesített prevalenciájának trendjeit hazánkban és más országokban is elsősorban a kannabisz-használat változása határozza meg, így a nemzetközi tendenciákat ennek alapján mutatjuk be.



32. ábra A kannabisz életprevalencia-értékeinek alakulása 2000 és 2007 között az Európai Unió országaiban, a felnőtt népesség körében (EMCDDA, 2005, 2008b)<sup>31</sup>

<sup>31</sup> Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

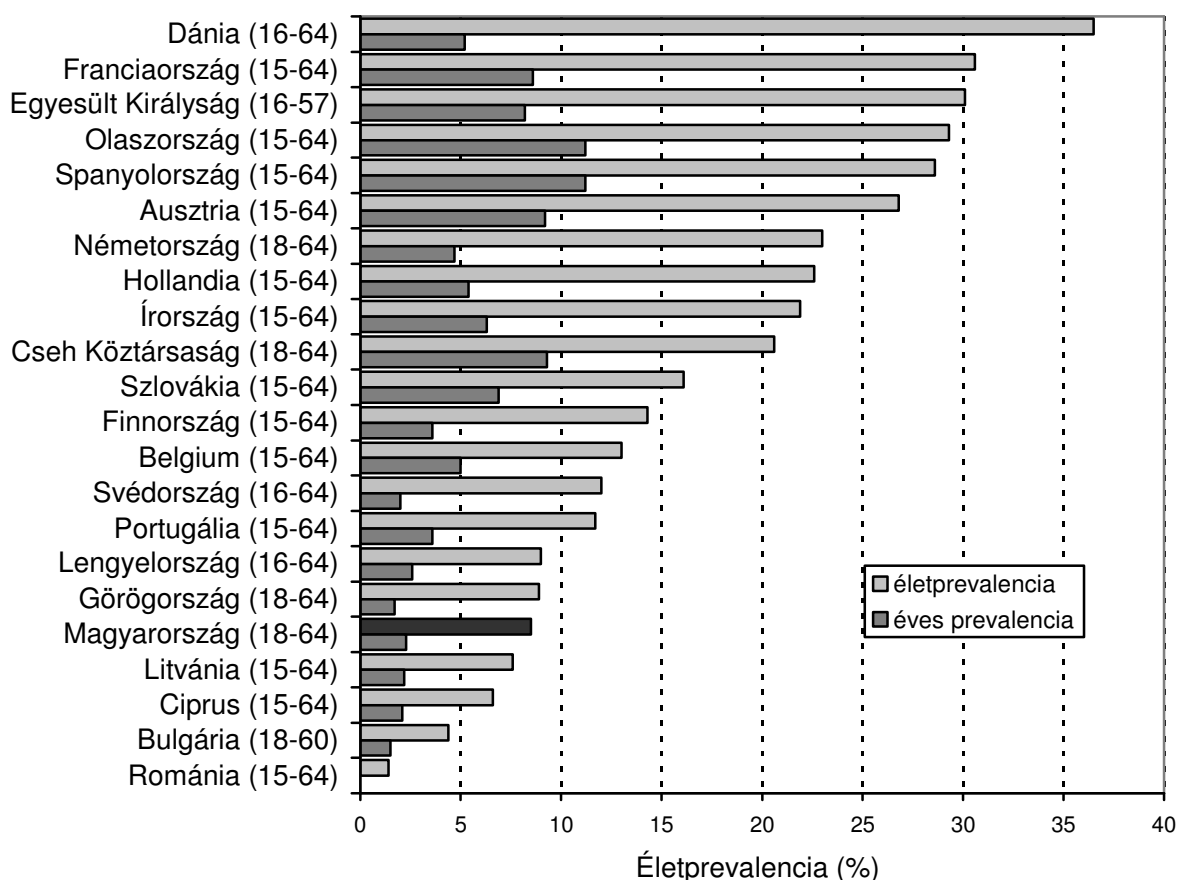




33. ábra A kannabisz éves prevalenciaértékeinek alakulása 2000 és 2007 között az Európai Unió országaiban, a felnőtt népesség körében (EMCDDA, 2005, 2008b)<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

A 2004-2007 közötti időszakra<sup>33</sup> vonatkozóan 22 ország jelentett felnőtt populációs adatokat az EMCDDA felé (lásd a 34. ábrán). Az ebben a periódusban készült lakossági vizsgálatok alapján a felnőtt népességben átlagosan minden ötödik-hatodik (az országonkénti életprevalencia-értékek súlyozatlan átlaga 17,6%) próbált ki élete során marihuánát vagy hasist<sup>34</sup>. Az EMCDDA 2008-ban 22%-ra becsli az európai felnőttek körében a kannabisz életprevalencia értékét (EMCDDA, 2008a). Az egyes országok között azonban jelentős különbségek vannak. A felnőtt népesség körében a kannabisz-fogyasztás életprevalencia-értéke meglehetősen széles sávban, 1,7 és 36,5% között mozog. Magyarország a 2007-ben a 18–64 éves népesség körében mért 8,5%-os értékkel 21 ország között a 18. helyen található, vagyis az 5. legkisebb érintettségű ország.<sup>35</sup> Az elmúlt havi fogyasztás átlagos értéke a 2004-2008 közötti adatok alapján 5,5% (az EMCDDA által 2008-ban becsült érték 6,8%), az egyes országok értékei 1,7 és 11,2% között helyezkednek el. Magyarországon a marihuánát/hasist a közelmúltban fogyasztók aránya 2,9%, mellyel 21 ország között a 15. helyen található.



34. ábra A marihuána/hasis életprevalencia-értéke a felnőtt népességben az Európai Unió egyes országaiban, a 2004–2007 között készült általános populációs vizsgálatok alapján (EMCDDA, 2005b, 2008b)<sup>36</sup>

<sup>33</sup> Az összehasonlításban szereplő országok számát az adatfelvételek időbeli fókuszálására, s az országok számának növelésére irányuló törekvésünk kompromisszuma határozta meg, továbbá az, hogy ebben az időszakban a magyarországi felnőtt népességben nem változott a tiltott drogok (s a kannabisz-származékok) életprevalencia értéke.

<sup>34</sup> Az átlag ez esetben is az egyes országokban mért prevalenciaértékek súlyozatlan átlaga, tehát nem az európai népesség érintettségét jelöli, hanem az európai országok átlagos érintettségét.

<sup>35</sup> Az összehasonlítás során számolnunk kell azonban azzal, hogy a hazai adatok a 18-64 éves népességre vonatkoznak, az országok többségében azonban a 15-64 éves populáción készültek.

<sup>36</sup> Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

Európa országaiban átlagosan azok közül, aki valaha fogyasztott kannabisz-származékot, 30% használt az előző évben is. Az országok marihuána/hasis folyamatos fogyasztási rátája alapján képzett sorrendjében 21 ország között hazánk a 7. legnagyobb folyamatos fogyasztási rátájú ország (10. táblázat). Magyarországon a kannabisz-fogyasztók kisebb eséllyel hagyják abba a használatot, mint az Európai Unió országaiban általában, illetve mint az országok többségében.

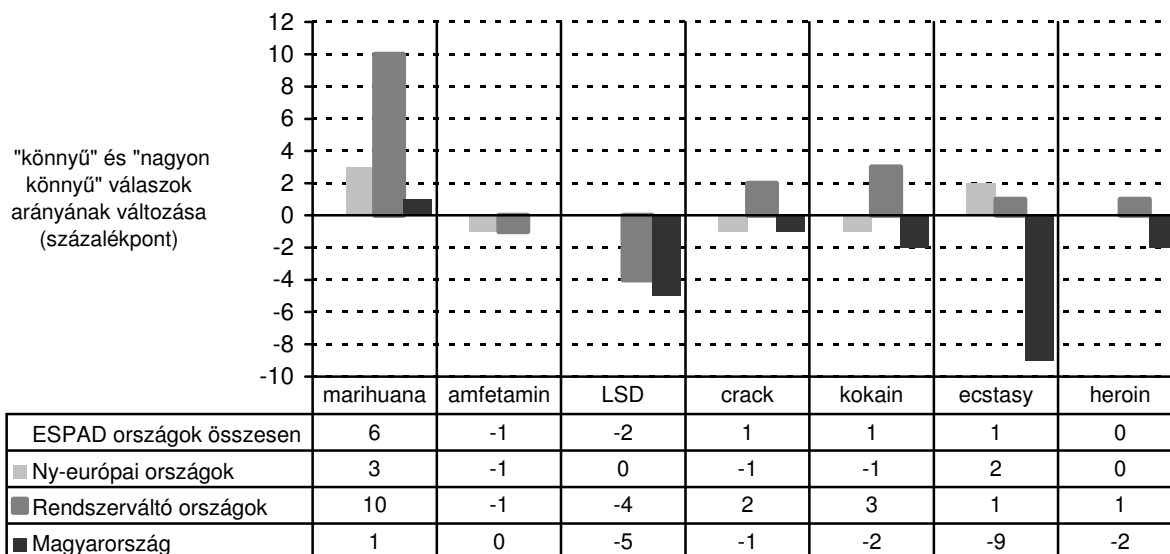
| Országok                          | Folyamatos fogyasztási ráta |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Cseh Köztársaság (18-64)       | 45,1%                       |
| 2. Szlovákia (15-64)              | 42,9%                       |
| 3. Spanyolország (15-64)          | 39,2%                       |
| 4. Belgium (15-64)                | 38,5%                       |
| 5. Olaszország (15-64)            | 38,2%                       |
| 6. Ausztria (15-64)               | 34,3%                       |
| <b>7. Magyarország (18-64)</b>    | <b>34,1%</b>                |
| 8. Bulgária (18-60)               | 34,1%                       |
| 9. Ciprus (15-64)                 | 31,8%                       |
| 10. Portugália (15-64)            | 30,8%                       |
| 11. Litvánia (15-64)              | 28,9%                       |
| 12. Lengyelország (16-64)         | 28,9%                       |
| 13. Írország (15-64)              | 28,8%                       |
| 14. Franciaország (15-64)         | 28,1%                       |
| 15. Egyesült Királyság (16-57)    | 27,2%                       |
| 16. Finnország (15-64)            | 25,2%                       |
| 17. Hollandia (15-64)             | 23,9%                       |
| 18. Németország (18-64)           | 20,4%                       |
| 19. Görögország (18-64)           | 19,1%                       |
| 20. Svédország (16-64)            | 16,7%                       |
| 21. Dánia (16-64)                 | 14,2%                       |
| Az egyes országok rátáinak átlaga | 30,0%                       |

10. táblázat Folyamatos fogyasztási ráták a felnőtt népességben, az Európai Unió országaiban a 2004–2007 között készült általános populációs vizsgálatok alapján (EMCDDA (2005b, 2008b) által közölt adatok alapján számított értékek)<sup>37</sup>

#### 4.2.3. A tiltott szerek észlelt hozzáférhetőségének alakulása 1999 és 2003 között Európában

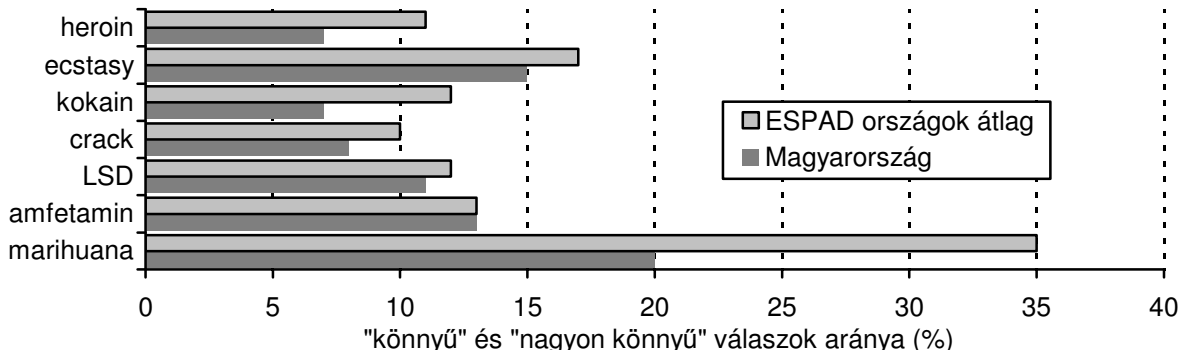
Az ESPAD adatok alapján a különböző tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége tekintetében 1999 és 2003 között összességében – a marihuána kivételével, melynek a diákok szerint jelentősen növekedett a hozzáférhetősége – csak igen kismértékű változások zajlottak az ESPAD országokban átlagosan, a nyugat-európai országokban pedig a különböző drogok hozzáférhetősége tekintetében tapasztalt változások átlaga nulla. A rendszerváltó országokban azonban – a hazai, összességében a csökkenés irányába mutató adatokkal szemben – inkább a hozzáférés kismértékű növekedése volt jellemző (35. ábra).

<sup>37</sup> Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.



35. ábra Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítélik arányának átlagos változása (százalékpont) Európában, illetve a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban 1999 és 2003 között a 16 éves diákok körében (Hibell, és mtsai. (2000, 2004) alapján számított értékek)

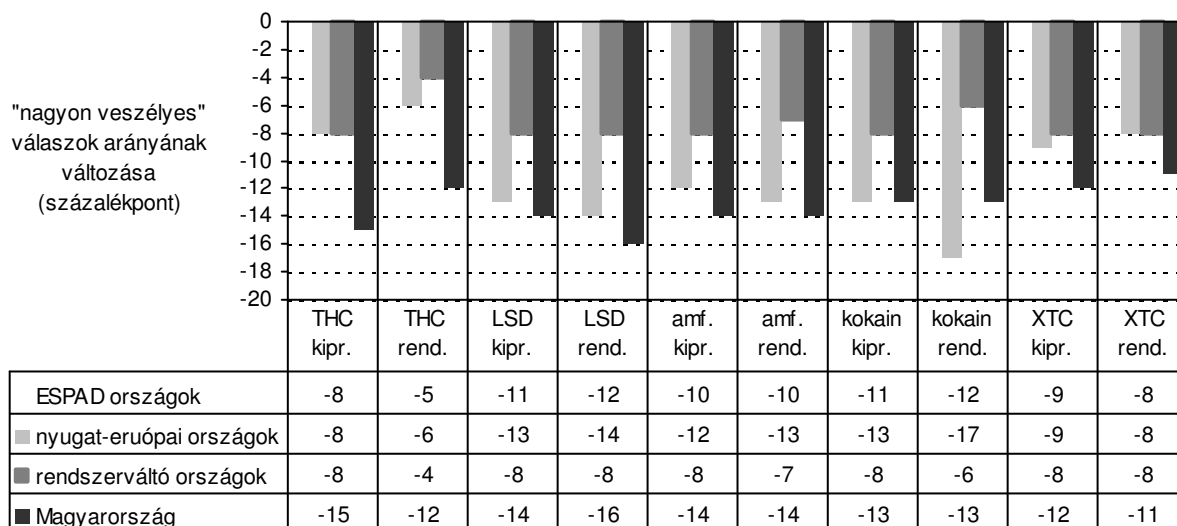
Az észlelt hozzáférhetőség némileg eltérő hazai és európai tendenciái következtében a különböző tiltott drogok beszerezhetőségét „könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” ítéelő diákok aránya Magyarországon a stratégiai periódus közepére minden szer esetében valamelyest alatta maradt az európai átlagnak, a marihuána tekintetében pedig korábban is fennálló különbség még inkább jelentékennyé vált (36. ábra).



36. ábra Az egyes tiltott szerek hozzáférését könnyűnek, vagy nagyon könnyűnek ítélik aránya (%) az ESPAD-országokban átlagosan és Magyarországon, 1999-ben a 16 éves diákok körében (Hibell és mtsai. (2004) alapján)

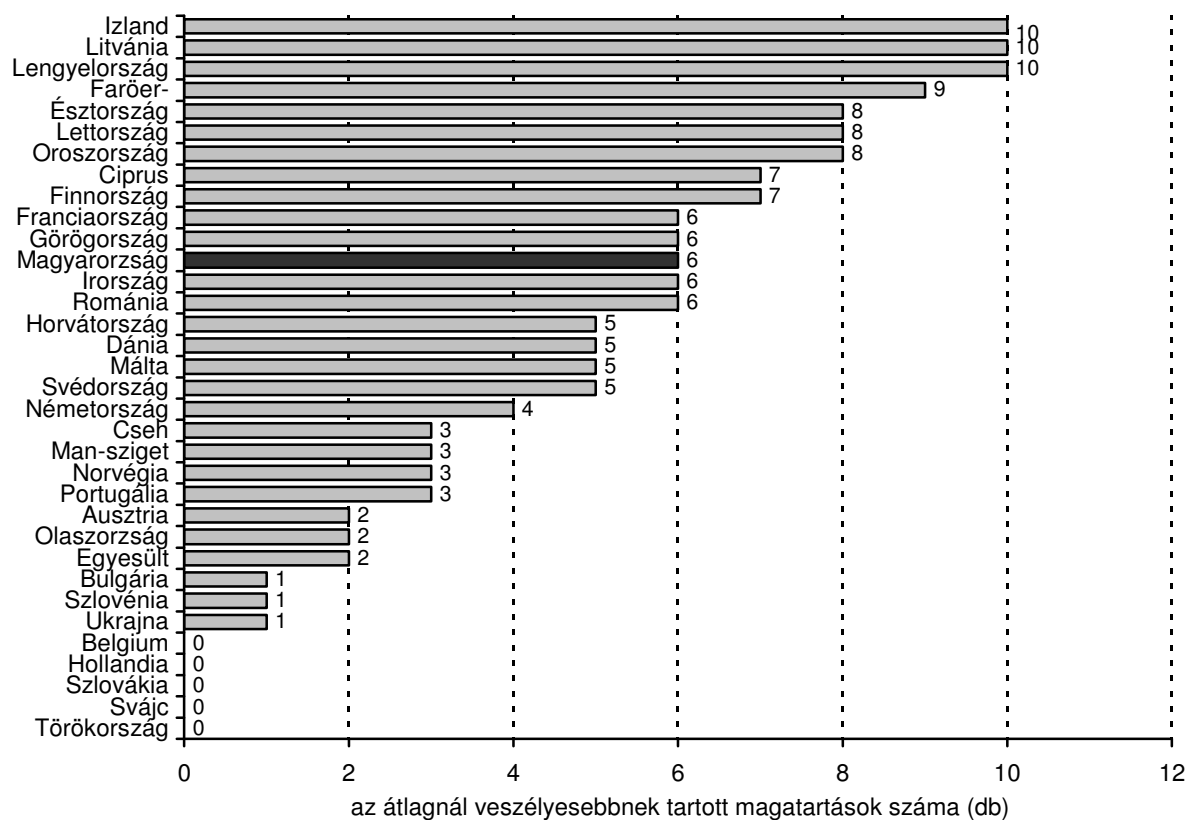
#### 4.2.4. Drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök 1999 és 2003 között Európában

A 16 éves diákok veszélyészlelése az 1999 és 2003 közötti periódusban az ESPAD országokban átlagosan csökkent. Ez érvényes minden droghasználó magatartás, és minden térség esetében, mind a nyugat-európai, mind a rendszerváltó országokra, de az utóbbiakban a csökkenés kisebb mértékű. Magyarországon a veszélyészlelés csökkenése minden droghasználó magatartás esetében meghaladta az európai átlagot (37. ábra).



37. ábra Az egyes tiltott szerek fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartó diákok arányának százalékpontos változása 1999 és 2003 között Európában, ill. a rendszerváltó és a nyugat-európai ESPAD-országokban átlagosan, a 16 éves diákok körében (Hibell, és mtsai. (2000, 2004) alapján számított értékek)

Magyarországon a veszélyészlelés tekintetében 1999 és 2003 között történt relatíve jelentős változásokat követően is az európai átlagot meghaladó a 16 éves populáció veszélyészlelése, 6 fogyasztói magatartás esetében a hazai érték 2003-ban is meghaladta az európai átlagot (38. ábra).



38. ábra Azoknak a magatartásoknak a száma, ahol egyes tiltott szerek fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók aránya a 16 éves diákok körében 2003-ban meghaladta ESPAD-országok átlagát (Hibell, és mtsai. (2004) alapján számított értékek)

A lakossági attitűdállapotok tekintetében a hazai vizsgálatok kontextusát megteremtő európai adatokkal – az EMCDDA számára 2002 és 2007 között készült országjelentések alapján – a prevalencia adatokhoz képest jóval kevesebb ország vonatkozásában, s esetenként a vizsgált kérdések, és/vagy a közölt adatok struktúrája tekintetében is a hazai, illetve az EMQ adatoktól némileg eltérő információkkal rendelkezünk, így e tekintetben csak korlátozott összehasonlítási lehetőségeink vannak.

A magyarországi felnőtt lakosság veszélyészlelése más európai országok lakosságáéhoz képest a kannabisz esetében a kipróbálás és rendszeres fogyasztás tekintetében is kifejezetten magasnak tekinthető, de a kipróbáló magatartással kapcsolatos veszélyészlelés az egyéb drogok esetében is rendre meghaladja a más európai országokban mért értékeket (11. táblázat). Mindez azt is jelzi, hogy – más európai országokkal összehasonlítva – a hazai népesség veszélyészlelésében a szerek és a használati gyakoriságok mentén egyaránt kisebb mértékű differenciálás jellemző.

| Országok                               | év   | kannabisz |                     | ecstasy             |           | kokain             |           |           |
|--|------|-----------|---------------------|---------------------|-----------|--------------------|-----------|-----------|
|  |      | kiprób.   | rends.              | kiprób.             | rends.    | kiprób.            | rends.    |           |
| Cseh Köztársaság (18-64) <sup>38</sup> | 2004 |           | 57 (ffi)<br>70 (nő) | 40 (ffi)<br>48 (nő) |           | 59 (ffi)<br>67(nő) |           |           |
| Litvánia (15-64)                       | 2004 |           | 82                  | 51                  |           | 68                 |           |           |
| Ausztria (15-64)                       | 2004 | 60        | 87                  | 80                  | 98        | 87                 | 99        |           |
| Olaszország (15-64)                    | 2005 |           | 72                  |                     |           |                    | 97        |           |
| Spanyolország (15-64)                  | 2005 |           | 81                  |                     | 99        |                    | 99        |           |
| Ciprus (15-64)                         | 2006 | 56        |                     | 51                  |           |                    |           |           |
| Málta (18-64)                          | 2001 |           | 88                  | 90                  |           | 96                 |           |           |
| <i>Átlag</i>                           |      |           | <i>58</i>           | <i>82</i>           | <i>68</i> | <i>99</i>          | <i>84</i> | <i>98</i> |
| Magyarország (18-64)                   | 2007 | 77        | 94                  | 85                  | 95        | 90                 | 97        |           |

11. táblázat Az egyes tiltott szerek kipróbálását, valamint rendszeres fogyasztását „nagyon veszélyesnek” tartók aránya néhány európai országban (%)<sup>39</sup>

A társadalom túlnyomó többsége más európai országokban sem ért egyet sem a kannabisz, sem a heroin fogyasztásának „megengedésével”, mindazonáltal a magyarországi lakosság még inkább egyértelműen a restriktív drogpolitika mellett foglal állást, s a hazai véleményekben kevésbé jelenik meg a marihuána és a heroin közötti drogpolitikai különbségtétel (12. táblázat).

| országok              | év   | egyért    |          | nem ért egyet |           |
|-----------------------|------|-----------|----------|---------------|-----------|
|                       |      | kannabisz | heroin   | kannabisz     | Heroin    |
| Franciaország (15-75) | 2002 |           |          | 65            | 88        |
| Litvánia (15-64)      | 2004 | 17        | 6        | 74            | 89        |
| Ausztria (15-64)      | 2004 | 20        |          |               |           |
| Málta (18-64)         | 2001 | 10        | 1        | 80            | 97        |
| Szlovákia (18-64)     | 2004 | 6         |          |               |           |
| <i>átlag</i>          |      | <i>13</i> | <i>4</i> | <i>73</i>     | <i>91</i> |
| Magyarország (18-64)  | 2007 | 2         | 1        | 83            | 94        |

<sup>38</sup> Csehország esetében a cellákban szereplő adatok a „nagyon veszélyes” és „inkább veszélyes” választ adók együttes számát mutatják, nemenként. Ezeket az értékeket az átlagszámításnál nem vettük figyelembe.

<sup>39</sup> Forrás: 2002-2007 közötti országjelentések (Czech Republic National Report, 2004; Lithuania National Report, 2005; Austria National Report, 2006; Italy National Report, 2006; Spain National Report, 2006; Cyprus National Report, 2007; Malta National Report, 2004). Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

12. táblázat A „Milyen mértékben ért egyet azzal, hogy az embereknek meg kellene engedni a marihuána (ill. a heroin) fogyasztását” – kérdésre adott válaszok néhány európai országban (%)<sup>40</sup>

A drogfüggőket – a hazai lakossághoz hasonlóan – más európai országokban is dominánsan „inkább betegnek” tekinti a társadalom, azonban Magyarországon ez az arány valamelyest még magasabb (13. táblázat).

| országok             | év   | inkább bűnöző | inkább beteg |
|----------------------|------|---------------|--------------|
| Litvánia (15-64)     | 2004 | 4             | 62           |
| Románia (15-64)      | 2004 | 5             | 50           |
| Lettország (15-64)   | 2003 | 7             | 52           |
| Ciprus (15-64)       | 2006 | 5             | 61           |
| <i>átlag</i>         |      | 5             | 56           |
| Magyarország (18-64) | 2007 | 3             | 60           |

13. táblázat A „Véleménye szerint minek tekinthető inkább egy drogfüggő?” kérdésre adott válaszok néhány európai országban (%)<sup>41</sup>

A társadalmi távolságra vonatkozó csak 2002-es, csehországi adatokkal rendelkezünk (Czech Republic National Report, 2004). Ezekkel összehasonlítva, a magyarországi felnőtt népességben jóval nagyobb arányban utasítják el a kábítószer-fogyasztókkal való kapcsolatba kerülést, s míg a cseh lakosságban más társadalmi csoportokhoz viszonyítva a kábítószer-fogyasztókkal szemben tartott társadalmi távolság nem kiemelkedő (5 csoport közül a 4. helyen található), addig hazánkban – mint láthattuk – a legkevésbé elfogadott társadalmi csoportot a kábítószer-fogyasztók képezték (14. táblázat).

|               | Cseh Köztársaság 2002 (18-64) | Magyarország 2001 (18-64) |
|---------------|-------------------------------|---------------------------|
| iszákos       | 79                            | 78                        |
| cigány        | 76                            | 53                        |
| börtönviselt  | 75                            | 51                        |
| kábítószeres  | 74                            | 83                        |
| homoszexuális | 52                            | 64                        |

14. táblázat A különböző társadalmi csoportok esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók arányának alakulása a 18-64 éves felnőtt népességben a Cseh Köztársaságban és Magyarországon (%) (Czech Republic National Report, 2004; Paksi, 2003)

<sup>40</sup> Forrás: 2002-2007 közötti országjelentések (France National Report, 2002; Lithuania National Report, 2005; Austria National Report, 2006; Slovakia National Report, 2006; Malta National Report, 2004). Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

<sup>41</sup> Forrás: 2002-2007 közötti országjelentések (Lithuania National Report, 2005; Romania National Report, 2005; Cyprus National Report, 2007; Latvia National Report, 2006). Az egyes országok után zárójelben a vizsgált populáció életkori jellemzőit tüntettük fel.

## 5. Összefoglalás

### 5.1. A Nemzeti Stratégia célkitűzéseire való visszacsatolás

#### 5.1.1. A társadalom váljon érzékenyebbé a drogz kérdések hatékony kezelése iránt...

*Stratégiai cél: „A drogz problémák kezelése iránt érzékenyebb ... közösségek kialakulása”  
Időtáv: 2000-2007*

*A populációban történt változások:* A stratégiai periódusban – más társadalmi csoportok kontextusában – a legkevésbé elfogadott társadalmi csoportot mindvégig a kábítószer-fogyasztók képezték. A kábítószer-fogyasztókkal szemben tartott társadalmi távolság tekintetében 2001 és 2007 között csak minimális csökkenés volt tapasztalható a magyar társadalomban, s más társadalmi csoportokhoz viszonyítva sem kerültek kedvezőbb helyzetbe a kábítószer-fogyasztók.

A drogzfüggőket a felnőtt népesség leginkább „betegnek” tartja, azonban ezen vélemény aránya a stratégiai periódus egészében összességében csökkenő tendenciát mutat. A következő leggyakoribb vélekedés szerint „betegek és bűnözők is”, s ezen vélemény aránya némileg növekedett a társadalomban.

A kábítószer-probléma csökkentésének lehetséges módjai közül a lakosság első helyre stabilan és növekvő arányban a „kábítószer-kereskedők szigorúbb büntetését” helyezi. Ez az egyetlen megoldás, melyben a társadalom döntő többségének a véleménye megegyezik. A második leggyakoribb, de már csak a megkérdezettek kétötöde által támogatott megoldás a „megelőző tevékenység javítása”, és csak ezt követi, jóval kisebb támogatottsággal – a lakosság csak valamivel több mint egynegyede által követendő útnak tartott – „a közösségek szerepének erősítése”. A különböző beavatkozási módok prioritás sorrendjében 2001 és 2003 között nem történt változás. Azonban az egyes beavatkozási módok elfogadottsága a stratégiai periódusban némileg változott: szignifikánsan nőtt azok aránya, akik a büntető igazságszolgáltatás területére tartozó megoldási módokat (a kereskedők, illetve a fogyasztók szigorúbb büntetése) látják követendő útnak, s kétharmados biztonsággal csökkent azoké, akik a közösségek szerepének erősítésében látják a megoldást. A problémakezelési módokkal kapcsolatos lakossági preferenciákkal összhangban a felnőtt populációban a 2001 és 2007 közötti időszakban mindvégig a represszív drogzpolitikával való nagymértékű, s egyre határozottabb egyetértés volt jellemző.

Az drogzfogyasztókkal kapcsolatos társadalmi attitűdök tekintetében viszonylag kevés lehetőségünk nyílt az adatok nemzetközi kontextusának megteremtésére, mindazonáltal úgy tűnik, hogy a lakossági drogzpolitikai viszonyulások, valamint a drogzfogyasztók társadalmi befogadása terén a magyarországi felnőtt népesség más országok kontextusában is „szigorúbb”, „kirekesztőbb”, s a különböző drogzfogyasztó magatartások tekintetében kevésbé differenciáló álláspontot képvisel. Ezekben a dimenziókban nem mutatkozott a stratégiai időszakban a társadalmi érzékenység, a közösségek mozgósítása irányába történő elmozdulás.

#### 5.1.2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogzok visszautasítására

*Stratégiai cél: „Csökkenteni a drogzhasználók számának növekedési ütemét, és elérni, hogy az emelkedő tendencia megforduljon.” Időtáv: 2000-2007*

*A populációban történt változások:* A stratégiai időszak első éveiben a felnőtt népesség drogzérintettsége, és a közelmúltbeli fogyasztók aránya is növekedett. A középiskolások körében az 1999 és 2003 közötti időszakban – a felnőtt népességben megfigyelt tendenciákhoz hasonlóan – növekedett a drogzhasználat életprevalencia



értéke. A 2003 és 2007 közötti időszakban azonban a felnőtt népesség drogérzékenysége nem növekedett tovább, és az elmúlt évben használók, valamint a folyamatos fogyasztók aránya is kétharmados biztonsággal csökkent. A fiatal korosztályban a stratégiai periódus második szakaszára vonatkozó adatok tendenciái egyelőre kevésbé egyértelműek, de az adatok mindenképpen tendenciamódosulásra utalnak. A populációs adatok alapján tehát összességében azt feltételezhetjük, hogy a stratégiai periódus első felében a magyar társadalom drogérzékenységének növekvő tendenciája a stratégiai időszak második felében nagy valószínűséggel nem folytatódott, a pre-stratégiai időszak tendenciáihoz képest pedig a stratégiai időszakban összességében egy mérsékelt ütemű növekedés mutatkozott.

Az európai országok többségében 2000 és 2007 között növekedett vagy stagnált a – droghasználat utóbbi évtizedben tapasztalt trendjeit meghatározó – kannabiszhasználat elterjedtsége a felnőtt népességben, s hazánkon kívül mindössze három országban mutatkozott a periódus második felében a csökkenés, vagy a stagnálás irányába mutató tendenciamódosulás. Az aktuális változásokról érzékenyebben tudósító éves prevalenciaértékek alapján azonban már az országok közel felében tapasztalhattunk csökkenést, vagy – a magyarországi változásokhoz hasonlóan – azt, hogy a kezdeti növekvő tendenciát az utóbbi években stagnálás, vagy csökkenés váltotta fel a felnőtt lakosságban. A 16 éves korosztály adatai alapján azt is láthatjuk, hogy a kilencvenes évekre jellemző tendenciákhoz képest az európai országokban – s különösen a rendszerváltó országokban – 1999 és 2003 között átlagosan csökkent a tiltott drogok életprevalencia-értékének növekedési üteme. A legutóbbi vizsgálatok pedig a legtöbb európai országból a fiatalkori kábítószer-használat stabil vagy csökkenő tendenciáját jelezték. Azonban az országok között komoly eltérések mutatkoznak, s Magyarország e tekintetben, úgy tűnik, azon országok közé tartozik, melyekben a tendenciák relatíve kedvezően alakulnak.

*Stratégiai cél: „Csökkenteni a drogokat kipróbálók számát.” Időtáv: 2000-2007*

*A populációban történt változások:* A stratégiai időszak első felében a felnőtt lakosságban a valaha használók között kétharmados biztonsággal növekedett az új belépők aránya, majd 2003 és 2007 között csak hibahatáron belüli, de a csökkenés irányába mutató elmozdulást mértünk. Ez, a szokásszerűen a fogyasztókra számított mutató mentén jelentkező tendenciamódosulás – a valaha használók arányának a stratégiai periódus első felében való szignifikáns növekedése, majd stagnálása okán – a felnőtt népesség egészére vonatkoztatva markánsabban jelenik meg. Mindazonáltal a kipróbálók (azaz a valamilyen droggal az adott évben kapcsolatba kerülők) populációs arányának (vagy ha úgy tetszik, számának) csökkenéséről nem, csak a korábbi növekedéshez képest kedvező tendenciák megjelenéséről beszélhetünk. A drogokkal való kapcsolatba kerülés tekintetében legnagyobb kitettségű középiskolás korosztályban az életprevalencia értékek a drogkipróbálás aktuális tendenciáit is jelzik. Ezek az adatok szintén a stratégiai időszak második felében, illetve a pre-stratégiai időszakhoz képest a teljes stratégiai időszakban megjelenő kedvező tendenciákat jelzik, s a fővárosi fiatalok körében az utóbbi két évre – kétharmados biztonsággal – a csökkenésre vonatkozó állítás is megkockáztatható.

A felnőtt népességben új belépők számára vonatkozó becsléseket lehetővé tevő adatokkal Európa más országaiból nem rendelkezünk, az iskolás populációra vonatkozó vizsgálatok tendenciái azonban a stratégiai időszak első felében az európai országokban átlagosan a hazainál kisebb trendmódosulást jeleznek. Mindazonáltal olyan országokkal is találkoztunk, ahol nem csak a növekvő tendencia csökkenése, hanem számszerű csökkenés is bekövetkezett (lásd 29. és 32. ábra).

*Stratégiai cél: „... az első alkalommal drogokat használók átlagéletkora az utóbbi években csökken. Ezt a tendenciát nagyon fontos megfordítani”. Időtáv: 2000-2007*

*A populációban történt változások:* A középiskolás vizsgálatok a stratégiai időszak első felében országosan az első droghasználat életkorának csökkenését jelezték. E tekintetében az ESPAD országok között 2003-ban csak kis különbségek mutatkoztak (Hibell és mtsai, 2004). A stratégiai időszak második felére országos adataink nincsenek, viszont a fővárosi diákok körében készült kutatások alapján azt valószínűsíthetjük, hogy e tekintetben a stratégiai céltételezéssel ellentétes irányú, kedvezőtlen változások a stratégiai időszak második felére is átnyúltak.

*Stratégiai cél:* „A fiatalok számára ne legyen ...elfogadott a droghasználat...” *Időtáv:* 2000-2007

*A populációban történt változások:* A középiskolások körében a stratégiai periódus első felében a különböző drogok kipróbálását helytelenítők aránya – a marihuána és a crack kivételével, ahol viszont a céltételezéssel ellentétes irányú, hibahatáron túli csökkenés mutatkozott – nem változott szignifikánsan. A fővárosi diákok körében pedig – különösen a stratégiai időszak első felében – a NS céltételezésével ellentétes irányú változások zajlottak.

Európai kontextust lehetővé tevő trendadatokkal e tekintetben nem rendelkezünk, de a stratégiai periódus kezdetén magyarországi diákok között a különböző magatartásokat helytelenítők aránya rendre meghaladta az európai országok átlagát.

*Stratégiai cél:* „Fokozódjék a fiatalok drogokkal és a használat következményivel kapcsolatos tudása, a drogokkal kapcsolatos negatív (elutasító) attitűdje” *Időtáv:* 2000-2003

A középiskolás korosztályban a stratégiai periódus első felében jelentősen csökkent a kipróbálást és a rendszeres fogyasztást nagyon veszélyesnek tartók aránya. A fővárosi diákok körében a 2007-ös adatok azonban azt jelzik, hogy ez a tendencia a szerek többsége esetében 2005 után megfordult, és a stratégiai periódus végén a szerek rendszeres fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés megegyezik a stratégiai periódus kiinduló értékeivel.

A 16 éves diákok veszélyészlelése az 1999 és 2003 közötti periódusban az ESPAD országokban átlagosan csökkent. Magyarországon a csökkenés meghaladta az európai átlagot, mindazonáltal a magyarországi fiatalok veszélyészlelése a drogfogyasztó magatartások többsége esetében 2003-ban is meghaladta az európai átlagot.

### **5.1.3. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat**

*Stratégiai cél:* „Megállítani és visszafordítani a drogproblémákkal küzdők számának emelkedését. ...” *Időtáv:* 2000-2007

A stratégiai periódus első felére vonatkozóan rendelkezésre álló országos adatok szerint nem változott a drogfogyasztás miatti problémák előfordulási aránya a középiskolás drogfogyasztók körében, s a problémák halmozódása tekintetében sem történt szignifikáns elmozdulás. A fővárosban ettől valamelyest eltérő tendenciákat tapasztaltunk: a 2005-ben a drogfogyasztás miatti problémák előfordulási aránya a valaha használók körében ugyan meghaladta a stratégiai időszak előtti értéket, azonban a 1999 és 2003 közötti növekedést követően a 2003 és 2005 közötti adatok kedvező irányú elmozdulást sejtetnek.

*Stratégiai cél:* „...hosszabb távon .. <folyamatos vagy problémás<sup>42</sup>> (beszúrás a tanulmány szerzője) a droghasználat növekedési ütemének csökkentését, megállítását, sőt a trend megfordítását tűzzük ki célul.” *Időtáv:* 2000-2007

---

<sup>42</sup> A „fő cél” kontextusából adódóan e céltételezéshez nem a – már áttekintett – prevalencia adatokat gondoljuk monitorozási mutatóként hozzárendelni, hanem a folyamatos használók, illetve a kilépők arányának változását.

A valaha használókon belül a folyamatos használók, illetve kilépők aránya – a stratégiai időszak első felében megfigyelhető stagnálást követően – a stratégiai periódus végére kedvező irányba mozdult el: 2003 és 2007 között kétharmados biztonsággal csökkent a folyamatos használók, és növekedett a kilépők aránya.

Az európai országok – marihuána/hasis folyamatos fogyasztási rátája alapján képzett – sorrendjében 21 ország között hazánk a 7. legnagyobb folyamatos fogyasztási rátájú ország, s a folyamatos használók arányának hazai csökkenése ellenére e tekintetben nem sikerült javítani az európai országok között elfoglalt pozíciókon. Azaz Magyarországon a kannabisz fogyasztók kisebb eséllyel hagyják abba a használatot, mint az Európai Unió országaiban általában, illetve mint az országok többségében.

*Stratégiai cél: A droghasználók egészségügyi kezelésnek társadalmi ... elfogadottságának növekednie kell (NS. 84. old) Időtáv: 2000-2003*

Mint már korábban – „A drogproblémák kezelése iránt érzékenyebb ... közösségek kialakulása” stratégiai céllal összefüggésben – említettük, a lakosság döntő többsége a stratégiai periódus során stabilan, bár csökkenő mértékben – de a csökkenés ellenére más európai országokhoz képest továbbra is nagy arányban – a drogfüggőket „betegnek”, vagy „betegnek is” tartotta. Ennek ellenére lakosság a beavatkozási módok között döntően, és a stratégiai periódus első felében növekvő mértékben a büntető igazságszolgáltatás területére tartozó megoldási módokat (a kereskedők, illetve a fogyasztók szigorúbb büntetése) látta a drogprobléma kezelése során követendő útnak, s az egészségügyi kezeléssel kapcsolatos intézkedések preferenciája alacsony volt.

#### **5.1.4. Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét**

*Stratégiai cél: „Csökkenjen az illegitim és a visszaélésre használt szerekhez való hozzáférés.” Időtáv: 2000-2007*

*A populációban történt változások:* A középiskolások körében a stratégiai periódus országos vizsgálatokkal lefedhető 1999 és 2003 közötti szakaszában a különböző tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége csökkent. Azonban 2003 és 2005 között – fővárosi adatok alapján – ez a tendencia megállni, az amfetamin és az ecstasy esetében pedig kétharmados biztonsággal megfordulni látszik. Mindazonáltal – a fővárosi fiatalok percepciói alapján – a tiltott drogok hozzáférhetősége 2005-ben nehezebb volt, mint a stratégiai periódus kezdetén.

Az ESPAD adatok alapján a különböző tiltott drogok észlelt hozzáférhetősége tekintetében 1999 és 2003 között összességében – a marihuána kivételével, melynek a diákok szerint jelentősen növekedett a hozzáférhetősége – csak igen kismértékű változások zajlottak az ESPAD országokban átlagosan, a nyugat-európai országokban pedig a különböző drogok hozzáférhetősége tekintetében tapasztalt változások átlaga nulla. A rendszerváltó országokban – a hazai, összességében a csökkenés irányába mutató adatokkal szemben – inkább a hozzáférés kismértékű növekedése volt jellemző. Az észlelt hozzáférhetőség Magyarországon a stratégiai periódus közepére minden szer esetében valamelyest alatta maradt az európai átlagnak, a marihuána tekintetében pedig korábban is fennálló különbség még inkább jelentékennyé vált.

#### **5.2. Néhány általános megjegyzés a populációs adatok alapján**

Mint láhattuk, a NS (2000) valamennyi fő célkitűzése mentén megjelentek olyan aspektusok, konkrét célmegfogalmazások melyeknek a monitorozására többek között a populációs adatok mentén is lehetőség nyílik. Az adatokban megmutató tendenciák áttekintése, illetve a stratégiai célkitűzésekkel való összevetése alapján azonban nehezen tudunk egyértelmű általános megállapításokkal szolgálni a stratégia megvalósulása tekintetében. Ez

a rendelkezésre álló elemzési lehetőségek – a bevezetően részletezett – módszertani korlátai mellett azzal is magyarázható, hogy a NS általunk is monitorozott célkitűzései részben NS végső céljait jelenítik meg, részben pedig olyan átmeneti/közbenső célokat, melyek a drogfogyasztás befolyásolásának modelljei mentén hozzájárulhatnak a stratégia végső célkitűzéseinek érvényesüléséhez.

A NS egyik végső céljaként értelmezhető, 2. számú fő célkitűzés *„Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására”* tekintetében a végső célváltozóban kedvező irányú elmozdulásokat tapasztaltunk. A populációs adatok alapján összességében azt feltételezhetjük, hogy a stratégiai periódus első felében a magyar társadalom drogérintettségének növekvő tendenciája a stratégiai időszak második felében nem folytatódott, a pre-stratégiai időszak tendenciáihoz képest pedig a stratégiai időszakban összességében egy mérsékeltebb ütemű növekedés mutatkozott. A hazai változások európai kontextusban is ígéretesek: Magyarország, úgy tűnik, azon országok közé tartozik, melyekben a tendenciák relatíve kedvezően alakulnak.

Hasonlóképpen kedvező irányú elmozdulásokat jeleznek a populációs adatok a NS azon végső célként értelmezhető (3.) fő célkitűzése fő mentén, amelyik *a drogproblémákkal küzdő egyének és családok segítségét* célozza meg: a stratégiai periódus második felében kétharmados biztonsággal csökkent a folyamatos használók, és növekedett a kilépők aránya, s az utóbbi években drogfogyasztás miatti problémák előfordulási arányára vonatkozó populációs adatok is kedvező irányú elmozdulást mutatnak.

Ugyanakkor a közbülső célok vonatkozásában megjelenő tendenciák már kevésbé egyértelműek a NS szándékaihoz képest (ezeket részletesen lásd az egyes céltételezésekhez való visszacsatolásokkal foglalkozó részben). A közbenső/átmeneti célváltozóban történt elmozdulások ellentmondásai azonban – min láthattuk – nem feltétlenül a jelentik a végső célok megvalósulásának sikertelenségét, azonban a végső célok elérését megcélzó utak mögötti teóriák, illetve az azok közötti választások problematikusságáról tudósítanak. A NS céltételezései közül ilyen problematikus területet érintenek – a 2. és 3. fő célkitűzések, továbbá az NS értelmezési keretét adó 1. fő célkitűzés *„A társadalom váljon érzékeny a drogkérdések hatékony kezelése iránt..”* mögött megjelenő – az attitűdállapotokkal kapcsolatos közbenső céltételezések, melyek különböző irányú elvárásokat, szándékokat fejeznek ki. Bár a különböző irányultságú célok az attitűdállapotok más-más aspektusát ragadják meg, azonban mivel a kutatási tapasztalatok alapján az attitűdállapotok különböző aspektusai erős együttmozgást mutatnak, ezen célok megvalósulása szükségszerűen a ellentmondásokat hordoz mind a megvalósítás folyamata, mind eredményessége szempontjából. Ezen ellentmondás nem csak a NS-ban jelenik meg, a társadalmi kontroll elméletek, és a minősítési elmélet „konfliktusaként” folyamatosan jelen van a deviáns magatartások, illetve drogprobléma magyarázó, ill. befolyásolási modelljeiben is (pl. Lemert, 1964; Becker, 1963; Room, 2007). Az ezen modellekre építő célok közötti választás tekintetében talán megfontolandó, hogy egy társadalomban általában milyen erősek a stigmák, és hogy mennyire működnek általában a társadalmi kontrollmechanizmusokon alapuló beavatkozások. Mint láthattuk, drogfogyasztókkal/ drogfogyasztással kapcsolatos hazai attitűdállapotok az európai mezőben értelmezve a stratégiai időszak kezdetén és ma is szigorúnak tekinthetők. A különböző társadalomtudományi értelmezések – többek között – a társadalmi attitűdök alakulásával hozzák összefüggésbe a folyamatos fogyasztási ráta relatív nagyságát (pl. Korf, 1995), azét a mutatóét, ami hazánkban az elmúlt években tapasztalt csökkenése ellenére európai kontextusban ma is meglehetősen kedvezőtlen. Egy jövőbeni NS céltételezései szempontjából talán ezek is megfontolandók.

## 5. Felhasznált irodalom

Aszmann A. (szerk) (2003): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Nemzeti Jelentés. OGYEI, Budapest.

Austria National Report (2006): *The Austria Drug Situation 2006*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44967EN.html>  
Letöltés: 2008. 09. 29.

Becker, H. 1963. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.

Currie C. et al (eds) (2008): *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Currie, C., Gabhainn, S. N, Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D, Picket, W., Richter, M., Morgan A. and Barnekow V. (eds.) (2008): *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey*, WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents 5. szám, a WHO Európai Regionális Irodája, Kopenhagen.

Currie, C., Roberts, C., Morgan A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., and Vivian Barnekow, V., (eds.) (2004): *Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Cyprus National Report (2007): *The Cyprus Drug Situation 2007*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index61273EN.html>  
Letöltés: 2008. 09. 29.

Czech Republic Report (2004): *The Czech Republic Drug Situation 2004*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34410EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.

Elekes Zs. (2002): Az alkohol- és drogfogyasztás fontosabb indikátorai. In: *Egyes deviáns viselkedési formák fontosabb indikátorai*. Társadalmijelzőszám-füzetek. KSH, Budapest, 5–28.

Elekes Zs. (2007): Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai 1992-2007. *Addiktológia*. 3., 189-212

Elekes Zs., Paksi B. (1993): Budapesti középiskolások drogfogyasztása. *Protestáns Szemle* 1993/4. Új évf. 2. 310-319.

Elekes Zs., Paksi B. (1996): *A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása*. Népjóléti Minisztérium, Budapest.

Elekes Zs., Paksi B. (2000a): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon*. ISM, Budapest.

Elekes Zs., Paksi B. (2000b): Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. In: Ritter I (szerk.) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2000..* Budapest, ISM 2000, 105–129

Elekes Zs., Paksi B. (2003a) *The ESPAD 2003 Country Report – Hungary*. Kézirat.

Elekes Zs., Paksi B. (2003b) *A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási beszámoló, NKFP.

Elekes Zs., Paksi B. (2003c.): *8-10. évfolyamon tanuló fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási beszámoló. Kézirat.

Elekes Zs., Paksi B., Lendvai A. (2005): A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata. ICsSzEM Kutatási Beszámoló.

EMCDDA (1997a): *Scientific Monograph Series No 1: Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe* EMCDDA

EMCDDA (1997b). *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union*, EMCDDA, Lisbon, Portugal.

EMCDDA (1999a): *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the National Level*. Lisbon EMCDDA,

EMCDDA (1999b): *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), EMCDDA, Lisbon, Portugal.

EMCDDA (2000): *Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys*, EMCDDA, Lisbon, Portugal.

EMCDDA (2002): *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002.

EMCDDA 2004. *Recommended Draft Technical Tools and Guidelines*. Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use. EMCDDA, 2004, unpublished.

EMCDDA (2005a):. *Éves jelentés, 2005: A kábítószer-probléma Európában*. Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxembourg.

EMCDDA (2005b): EMCDDA Statistical bulletin 2005. <http://stats05.emcdda.europa.eu/int>

EMCDDA (2007):. EMCDDA Statistical bulletin 2006. <http://stats06.emcdda.europa.eu/en>

EMCDDA (2007): EMCDDA Statistical bulletin 2007. <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/main>

EMCDDA (2008a): *Éves jelentés, 2008: A kábítószer-probléma Európában*. Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala, Luxembourg.

EMCDDA (2008b): EMCDDA Statistical bulletin 2008. <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps>

France National Report (2002): *The France Drug Situation 2002*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34803EN.html>  
Letöltés: 2008. 09. 29.

Hartnoll, R. (1993): A drogproblémák felmérése, alapkövetelmények. *Szenvedélybetegségek*, 1(5), 324-334.

Hartnoll, R. (1998):. *Epidemiological Key-Indicators*. Epidemiological Department, EMCDDA, Lisbon

Hibell B., Andersson B. (1994):. *Project Plan - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. The ESPAD project. CAN, Stockholm, Sweden.

Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M., Narusk A. (1997): *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.

Hibell B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M. (2000):. *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.

- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. (2004): *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Italy National Report (2006): *The Italy Drug Situation 2006*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44943EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Johnston L., Driessen F., Kokkevi A. (1994): *Surveying Student Drug Misuse: A six-country pilot study*. Council of Europe. Strasbourg. France.
- Kokkevi A., Stefanis C.N. (1994): *Licit and illicit drug use in Greece: trends in general al school population*. University Mental Health Research Institute, Athens.
- Korf, D.J. (1995) *Dutch treat: formal control and illicit drug use in the Netherlands*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Kovacsics L., Sebestyén E. (2007): Illegális szerek fogyasztása. In: Németh Á. 2007 (szerk) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Nemzeti jelentés, 2006*. OGYEI, Budapest.
- Latvia National Report (2006): *The Latvia Drug Situation 2006*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44947EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Lemert, E.M. 1967. *Human deviance, social problems and social control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lithuania National Report (2005): *The Lithuania Drug Situation 2005*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34558EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Malta Report (2004): *The Malta Drug Situation 2004*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34502EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Menard S., Huizinga D. (1989): Age, period, cohort size effects on self reported alcohol, marijuana and poly drug use: results from the National Youth Survey. *Social Science Research*, 18. 174–194.
- Murányi I., Seres I. (1994): *Lebegéshez nem kell pótszer. Drogfogyasztás a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei középiskolások körében*. Nyíregyháza.
- Németh Á. (2007) (szerk): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Nemzeti jelentés, 2006*. OGYEI, Budapest.
- Nemzeti Stratégia (2000): *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében*. Ifjúsági és Sportminisztérium. Budapest.
- Paksi B. (1993): A hazai vizsgálatok áttekintése. In: Elekes Zs.: *Magyarországi droghelyzet a kutatások tükrében*. OAI, Budapest, 68–70.
- Paksi B. (2001): A magyarországi droghelyzet az európai adatok tükrében. In.: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2001*. (szerk: Ritter Ildikó) ISM, Budapest, 91–105.
- Paksi B. (2002): A drogfogyasztás prevalenciaértékei, mintázata, tendenciái. In: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. 2002*. (szerk: Ritter Ildikó) GYISM, Budapest, 42–56.
- Paksi B. (2003): *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Szakmai forrás sorozat 4., L'Harmattan, Budapest.
- Paksi B. (2007a): A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In: Demetrovics Zs. (szerk): *Az addiktológia alapjai I., Eötvös Kiadó, Budapest, (229-253)*

- Paksi B. (2007b): A magyar társadalom drogérzékenysége. In: Demetrovics Zs. (szerk): *Az addiktológia alapjai I. Eötvös Kiadó, Budapest, (256-294)*
- Paksi B. (2007c): Drogepidemiológiai adalékok egy délnyugat-dunántúli városból. A droghasználat elterjedtsége és tendenciái a középiskolások körében Zalaegerszegen, 1993-tól napjainkig. *Addiktológia*. 2007. 3. (212-130)
- Paksi B., Arnold P. (2007): A magyarországi felnőtt népesség drogérzékenysége – új fejlemények. *MAT VI. Országos Kongresszusa*. 2007. november 22-24. Siófok, *Addiktológia/Addictológia Hungarica 2007. VI. Supplementum 1. pp. 49*
- Paksi B., Arnold P. (2009a): Speciális populációk drogérzékenysége. In: *Demetrovics Zs. (szerk): Az addiktológia alapjai II.* Eötvös Kiadó, Budapest. Megjelenés alatt
- Paksi B., Arnold P. (2009b): A magyar társadalom drogokkal/drogfogyasztókkal kapcsolatos gondolkodása. Kézirat
- Paksi B., Arnold P., Demetrovics Zs., Kun B., Rózsa S. (2007): A droghasználat társadalmi mintázatának egyes aspektusai a magyarországi felnőtt népesség körében. *MAT VI. Országos Kongresszusa*. 2007. november 22-24. Siófok, *Addiktológia/Addictológia Hungarica 2007. VI. Supplementum 1. pp. 50.*
- Paksi B., Elekes Zs. (2003): A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. *Addiktológia*. 3-4., 273–234.
- Paksi B., Elekes Zs. (2004): A felnőtt lakosság droghasználatára – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. *MAT V. Országos Kongresszusa*. Balatonfüred, 2004. október 21–23.
- Paksi B., Elekes Zs. (2005) *A 9–10. évfolyamos középiskolások drogfogyasztása Budapesten 2005-ben*. Kutatási beszámoló, NDI.
- Pompidou Group (1995) Population survey in epidemiological research on drug use in Europe: Core Items and methodological aspects. *23rd Meeting of experts in Epidemiology of drug problems*. Strasbourg, 9–10 November.
- Room, R. (2007) Az alkohol- és droghasználatához kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek. *Addiktológia*, 3, 232–254.
- Romania National Report (2005): *The Romania Drug Situation 2005*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34609EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Sandwijk J.P., Cohen P.D.A., Musterd S. (1991) *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1991 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Instituut voor Sociale Geografie, Univesiteit Amsterdam.
- Sandwijk J.P., Cohen P.D.A., Musterd S. (1995). *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Instituut voor Sociale Geografie, Univesiteit Amsterdam.
- Slovakia National Report (2006): *The Slovakia Drug Situation 2006*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index45019EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Spain National Report (2006): *The Spain Drug Situation 2006*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44931EN.html> Letöltés: 2008. 09. 29.
- Zinberg, N.E. (1984): *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University.