

PAKSI BORBÁLA - MAGI ANNA

# A DROGPREVENCÍÓ HELYZETE 2011-BEN MAGYARORSZÁGON

KVALITATÍV VIZSGÁLAT - KUTATÁSI BESZÁMOLÓ

A KUTATÁS A NEMZETI DROG FÓKUSZPONT MEGBÍZÁSÁBÓL ÉS  
FINANSZÍROZÁSÁVAL KÉSZÜLT

A KUTATÁST KÉSZÍTETTE:  
VISELKEDÉSKUTATÓ TÁRSADALOMTUDOMÁNYI ÉS SZOLGÁLTATÓ KFT.

KUTATÁSVEZETŐ:  
PAKSI BORBÁLA

## TARTALOMJEGYZÉK

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ .....	4
A KUTATÁS CÉLJA .....	6
A KUTATÁS MÓDSZERE.....	11
ÁLTALÁNOS PREVENCIÓVAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK .....	13
Az általános prevenció keretei.....	13
Iskolai prevenció.....	18
Az iskolai prevenció hozzáférhetősége.....	18
Az iskolai prevencióval kapcsolatos percipiált drogpolitikai prioritások .....	24
Univerzális családi prevenció.....	26
Univerzális közösségi prevenció .....	29
CÉLZOTT PREVENCIÓVAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK .....	33
Veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi-alapú beavatkozások.....	33
Veszélyeztetett csoportokra irányuló családi-alapú beavatkozások.....	37
NÉHÁNY ÁLTALÁNOS KÉRDÉS A PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOKKAL KAPCSOLATBAN .....	41
Szervezeti háttér, finanszírozás .....	41
Minőségbiztosítás.....	44
FELHASZNÁLT IRODALOM .....	47
MELLÉKLETEK.....	48

## VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

### **A kutatás háttere: célok, alkalmazott módszer**

A különböző szintereken végzett, illetve a különböző kockázati csoportokra irányuló drogprevenciós tevékenységek vonatkozásában az utóbbi években Magyarországon nem készültek országos reprezentatív adatfelvételek. Az iskolai szintéren zajló prevenciós tevékenységre vonatkozóan 2009-ben történt az utolsó országos adatokkal szolgáló vizsgálat (Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2010; Paksi, 2010; Nádas és Paksi, 2011) a nem iskolai szintéren pedig 2008-ban (Nádas és Paksi, 2009) készült ezidáig az egyetlen országos adatfelvétel. A területről néhány dimenzió mentén évről-évre szokásosan rendelkezésre álló, a kábítószerügyi koordináció által finanszírozott pályázatokon alapuló adatok feldolgozottsága a korábbi évekhez képest alacsony, illetve a rendelkezésre álló célzott pályázati források szűkülése okán azok feltételezhetően a prevenciós tevékenység egyre kisebb szegmensét képesek megjeleníteni.

Kutatásunk célja a magyarországi prevenciós beavatkozások területén 2011-ben megfigyelhető új fejlemények és tendenciák megismerése, a nemzetközi fő áramokhoz képest tapasztalható hiányosságok és erősségek feltárása, továbbá egy olyan, adatgyűjtési standard kialakítása, ami költséghatékony módon lehetővé teszi a prevenció területén a legalapvetőbb tendenciák folyamatos nyomon követését.

A kutatás során fókuszcsoportos adatgyűjtési módszert alkalmaztunk. A vizsgált kérdéskörök kialakítása, illetve a fókuszcsoport vezérfonalának összeállítása során az EMCDDA általános és célzott prevencióval kapcsolatos strukturált kérdőíveire támaszkodtunk. E kérdéskörök mentén a helyzetleíráson túlmenően tendenciák, illetve esetleges regionális mintázódások feltárására is törekedtünk.

A kutatás célcsoportját a drogmegelőzés területén (is) tevékenykedő szervezetek, illetve azok vezetői/kulcsszereplői képezték.

A kutatás során az ország különböző térségeiben összesen 5 regionális fókuszcsoportot szerveztünk, 35 területi szakértő részvételével. A szakértők által képviselt szervezetek közel kétharmada nonprofit szervezet volt. A fókuszcsoportokon képviselt szervezetek többsége (négyötöde) jelentős múltra visszatekintő, legalább 10 éve alakult szervezet, s közel kétharmaduk drogprevencióval is legalább 10 éve foglalkozik.

### **A kutatás általános prevencióval kapcsolatos eredményei**

A szakemberek tapasztalatai azt mutatják, hogy a magyarországi univerzális drogprevenció inkább direkt, többnyire információ átadásra fókuszáló drogprevenciós beavatkozások keretében valósul meg. A prevenciós tevékenység megvalósítási keretei tekintetében a nemzetközi fő áramtól való eltérés mellett a szakemberek problémaként említik programok esetlegességét, a rendszerbe szervezett, egészségfejlesztésbe ágyazott szisztematikus drogprevenció hiányát. Mindezen problémák hátterében a fókuszcsoportok résztvevői az alábbi tényezőket említették:

- a megrendelők érdektelensége
- a finanszírozási rendszer anomáliái
- a fogalmi/módszertani nehézségek
- a szakmai diskurzus, iránymutatás hiánya
- a prevenció válságával kapcsolatos útkeresési törekvések

### ***Iskolai prevenció***

Az ország különböző térségei, illetve a települések mérete szerint az iskolai prevenció hozzáférhetősége – a szakemberek percepciói alapján – nem tekinthető homogénnek. Van olyan térség, ahol a helyi szakemberek is úgy ítélik meg, hogy kiterjedt, a legtöbb iskolában van drogvenció. 5 térségből 3-ban azonban az a vélemény alakult ki, hogy az iskolai prevenció korlátozottan hozzáférhető. Amennyiben a véleményeket összesítve nézzük, akkor is a korlátozott hozzáférés jelenti a domináns véleményt, azaz az iskolák többségében nincs, de több mint néhány iskolában van drogvenció.

Az iskolai prevenció vonatkozásában a szakértők percepciói összességében jóval alacsonyabb hozzáférést jeleztek, mint a legutóbbi, 2009-ben az iskolák prevenciók aktivitását vizsgáló reprezentatív kutatás (Paksi, 2010; Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2010; Nádas és Paksi, 2011), mely szerint akkor az iskolák 80%-ában zajlott valamilyen prevenciók program. Az iskolai prevenció hozzáférhetőségének tendenciájára vonatkozó szakértői vélemények is összességében inkább kedvezőtlen változásokat jeleztek az elmúlt 3-4 évben (összesen 17 szakértő kedvezőtlen tendenciákat, 8 fő javulást, és szintén 8 fő stagnálást érzékelt).

Az EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 6.1-6.15. kérdései alapján vizsgált prevenciók elemek/modalitások országos hozzáférhetőségét vizsgálva a különböző elemek 5 fokozatú skálán 1,9 és 4,4 közötti elhelyezkedő átlagokat értek el. Legalább kiterjedtnek egyrészt a kötelező adminisztratív előírásokban szereplő (dohányzási tilalom, illetve iskolai drogvstratégia), másrészt az iskola számára kisebb költséget jelentő megoldásokat (információs napok, rendőrök által tartott előadások) értékelték a megkérdezettek. Ezekkel az iskolai prevencióban leggyakrabban megjelenő elemekkel kapcsolatban azonban többen tettek olyan megjegyzéseket, hogy ezek csak formálisan teljesített megoldások az iskolák részéről. A vizsgált prevenciók típusok/megoldások közül néhány csak kevés iskolában fordul elő, vagy szinte egyáltalán nem létezik. Ilyenek a tanulók körében végzett drogvteszt, a korai felismerés, a szülők számára szervezett vagy a nemek szerint differenciált programok, illetve a holisztikus megközelítést alkalmazó beavatkozások. A hiányzó prevenciók típusok mögöttes tényezői között – a drogvteszt kivételével, amit a szakemberek pozitívumként értékelték – előkerült egyrészt a források szűkössége (i) a motiválatlanság vagy háritás (ii) illetve a humánerőforrás és általában a szakértelem hiánya (iii).

Az EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 5.2. kérdése alapján általunk vizsgált drogvpolitikai prioritások közül – esetenként kritikai értelmezéssel – a résztvevők döntő fölényrel az iskola szerepének megerősítését (de nem mint védő iskolai környezetet) (i), valamint a drogvfogyasztás egészségügyi és szociális kockázataival kapcsolatos információk átadását (ii) emelték ki a kormányzati,

illetve szakmapolitikai kommunikációban aktuálisan érzékelt prioritásként. A fenti két prioritást a szakértők mintegy harmada említette. Ugyanakkor kb. ugyanilyen számban nyilatkoztak úgy, hogy egy, az EMCDDA prioritáslistájában nem szereplő cél az, ami a prevencióval kapcsolatos kormányzati/szakmapolitikai kommunikációban nagy fontosságot kap, és pedig a büntetőjogi fenyegetés. 3 régióban, összesen 11-en egészítették ki ezzel a lehetséges prioritások listáját.

### ***Univerzális családi prevenció***

Az univerzális családi prevenció elterjedtségére vonatkozó szakértői vélemények alapján az ország különböző térségeiben meglehetősen eltérő ezen beavatkozási forma jelenléte, azzal együtt, hogy az univerzális családi prevenció hozzáférhetőségét egyetlen régióban sem értékeli kielégítőnek a szakértők. A vélemények összesítése azt jelzi, hogy a legtöbben úgy érzékelik, hogy csak néhány releváns helyen hozzáférhetőek a családokat megcélzó általános prevenció beavatkozások.

A hiányok okait kisebb részben a szakmai kompetenciák hiányában (i), nagyobb részben a társadalmi támogatás deficitjeiben (ii) látják.

Az EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 4.2-4.5. kérdései alapján vizsgált különböző univerzális családi prevenció elemek/megközelítések hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes elemek esetében kapott térségi értékek – az univerzális családi prevenció elérhetőségét általában tárgyaló kérdéshez hasonlóan – az 5 fokozatú skála alsó tartományában 1,4 és 2,8 között mozogtak, azaz gyakorlatilag minden vizsgált elem maximum korlátozottan, de inkább csak ritkán hozzáférhető mindegyik régióban. Az országos elérhetőségre vonatkozó percepciók átlagai pedig egyértelműen azt jelzik, hogy a családokra irányuló általános prevenció ritka, csak néhány helyen elérhető.

### ***Univerzális közösségi prevenció***

Az univerzális közösségi prevenció a szakértői vélemények alapján az ország különböző térségeiben általában meglehetősen alacsony elérhetőségű. Két térségben valamelyest jobb a helyzet, ezekben dominánsan azzal a véleménnyel találkoztunk, hogy ugyan a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen elérhetőek, azaz korlátozottan rendelkezésre állnak univerzális közösségi beavatkozások. Az ország többi területe – a szakértői percepciók alapján – ennél rosszabb helyzetben van: két térségben a szakértők véleménye a korlátozott és a ritka hozzáférhetőség között ingadozik, egy térségben pedig a szakemberek egyértelműen úgy ítélték meg, hogy ritka, csak néhány releváns helyen hozzáférhető valamilyen, az általános populációra irányuló közösségi beavatkozás. A szakértők körében összességében leginkább az a vélemény volt jellemző, hogy csak néhány releváns helyen hozzáférhetőek az univerzális közösségi beavatkozások, de jelentős azoknak a száma is, aki úgy gondolták, hogy ugyan több mint néhány helyen rendelkezésre állnak ilyen szolgáltatások, de a releváns helyek többségén nem.

Az EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 3.2-4.8. kérdései alapján vizsgált különböző univerzális közösségi prevenció elemek hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes elemek esetében kapott térségi értékek a ritka, és a korlátozott hozzáférhetőség között helyezkednek el. Mindössze az alternatívákat

nyújtó beavatkozások hozzáférhetősége tekintetében mutatkozik ennél valamelyest kedvezőbb helyzet, ennek a megoldásnak a hozzáférhetősége mindenütt eléri korlátozott szintet, és az egyik térségben pedig a legtöbb releváns helyen vannak ilyen típusú szolgáltatások. Az országos elérhetőségre vonatkozó percepciók átlagai – 5 fokozatú skálán – 3-as érték körül mozognak, azaz a vizsgált általános közösségi prevenció megoldások általában korlátozottan, a releváns helyek többségén nem, de több mint néhány helyen hozzáférhetők.

## **A kutatás célzott prevencióval kapcsolatos eredményei**

### ***Veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi prevenció***

A célzott közösségi prevenció a szakértők percepciói alapján az ország különböző térségeiben nem egyenletesen elérhető. Összességében a szakértők körében azonban markánsan az a vélemény volt jellemző, hogy korlátozottan, azaz csak néhány releváns helyen hozzáférhetőek a célzott közösségi beavatkozások, ami az univerzális közösségi prevenció hozzáféréséhez képest valamelyest kedvezőbbnek mondható.

A különböző – az EMCDDA célzott prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ26) 2.2-2.10. kérdései alapján vizsgált – veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi beavatkozások hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes térségekben kapott átlagértékek meglehetősen széles tartományban, – 5 fokozatú skálán – 1 és 4 között, azaz a „nem létezik”, és a „kiterjedt” hozzáférhetőség között helyezkednek el. Mindazonáltal összességében a különböző célcsoportok között nem találtunk olyan csoportot, melynek a hozzáférése más csoportokhoz képest jelentősen eltérő volna. Az országos elérhetőségre vonatkozó percepciók átlagai 3-as érték körül mozognak, azaz a vizsgált célcsoportok általában korlátozottan, a releváns helyek többségén nem, de több mint néhány helyen hozzáférhetnek közösségi beavatkozásokhoz.

### ***Veszélyeztetett csoportokra irányuló családi prevenció***

A célzott családi prevenció – a szakértők percepciói alapján – az ország különböző térségeiben szintén nem egyenletesen elérhető. Összességében a szakértők körében azonban leginkább az a vélemény volt jellemző, hogy a célzott családi-alapú prevenció leginkább csak néhány releváns helyen hozzáférhető, ami az univerzális családi prevenció hozzáféréséhez hasonló. Azonban eltérések is megfigyelhetők: míg az univerzális családi prevenció esetén előfordultak olyan vélemények, melyek a térségükben nem létezőnek ítélték a beavatkozást, és sehol nem találtakunk kiterjedt hozzáféréssel, addig a célzott családi prevenció esetében a helyi szakemberek szerint mindenütt van valamilyen szintű szolgáltatás, és van olyan térség ahol a legtöbb releváns helyen elérhetőek a családi-alapú beavatkozások. Az univerzális családi prevencióval kapcsolatos kérdések tárgyalásakor is az a tendencia volt érzékelhető, hogy a családi-alapú megközelítések inkább a célzott beavatkozások körében jellemzőek, bár sok kétely is megfogalmazódott ezen beavatkozások működőképességével kapcsolatban a veszélyeztetett családok nehéz megközelíthetősége miatt.

A különböző veszélyeztetett családokra irányuló beavatkozások összességében alacsony hozzáféréseinek okát a szakemberek egyrészt a problémás családok nehéz

megközelíthetőségében látják (i) illetve az elérést nehezítő intézményi struktúrák, tárgyi és személyi feltételek hiányát említik (ii).

A különböző – az EMCDDA célzott prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ26) 3.2-3.7. kérdései alapján vizsgált – célcsoportokra irányuló célzott családi beavatkozások hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes térségekben kapott átlagértékek – 5 fokozatú skálán – 1,5 és 3,7 között helyezkednek el. A különbségek inkább területi mintázódást takartnak, mintsem a különböző célcsoportok jelentősen eltérő hozzáférést, bár az egyes célcsoportok vonatkozásában megjelenő viszonylag homogén átlagok mögött is eltérő szakértői percepciók állnak. A mintázódást a szakértői vélemények szerint azt okozza, hogy bizonyos típusú a problémák intézményi struktúrához való kötöttsége jótékony hatással van ezen problémákkal rendelkező családok bevonhatóságára.

A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy a különböző prevenciók beavatkozásai országosan mennyire hozzáférhetők – a leggyakoribb vélemények kiemelésével (fő)

Hozzáférhetőség	iskolai	Univerzális családi	Univerzális közösségi	Célzott közösségi	Célzott családi
Teljes mértékben	2	0	0	0	0
Kiterjedt	9	0	2	4	5
Korlátozott	<b>20</b>	10	13	<b>19</b>	9
Ritka	3	<b>14</b>	<b>15</b>	6	<b>14</b>
Nincs	0	9	0	0	0

### Szervezeti háttér, finanszírozás

A néhány évvel ezelőtti kutatási adatok (Paksi és Arnold, 2010) azt mutatták, hogy a prevenciót, azt mintegy 70%-ban civil szolgáltató végzik minden területen, általános, célzott prevenció területen egyaránt. A szakértők véleménye szerint az utóbbi időszakban egyrészt az állami/önkormányzati szerepvállalás további csökkenése észlelhető, ugyanakkor a forprofit szféra szerepvállalásának nem, vagy csak minimális mértékű, sokszor megkérdőjelezhető minőségű növekedése tapasztalható:

A néhány évvel ezelőtti kutatási adatok azt is jelezték, hogy a prevenciók programok finanszírozása elsősorban pályázati keretekben, állami forrásokból történik, a helyi forprofit vagy önkormányzati források jelenléte nem jellemző, mint ahogy a működés kiszámíthatóságát/fenntarthatóságát javító stabil, állandó költségkeretek jelenléte sem. A szakértők véleménye szerint helyi források bevonására továbbra is kevés lehetőség nyílik, sokszor jelképes mértékűek, ma is nagyon kis részt képviselnek egy-egy szervezet költségvetésében. A helyi források az évek óta folyamatosan csökkenő állami pályázati forrásokat nem tudják ellensúlyozni, s a kieső forrásokat a szervezetek egyre több, sokszor erőn felüli önkéntes munkával próbálják pótolni. Elhangzottak olyan, a terület fenntarthatóságával kapcsolatos aggodalmakat kifejező vélemények is, mely szerint a korábban is alacsony mértékű állami/önkormányzati szerepvállalás kedvezőtlen tendenciái, illetve a forprofit továbbra is minimális



megjelenése mellett a nonprofit szervezetek is egyre kevésbé tudják ellátni a feladatokat

### **Kutatások, minőségbiztosítás**

Arra vonatkozóan, hogy helyi/regionális szinten megjelennek-e valamilyen standardok, teljesítménymutatók, értékelési, szabványok és iránymutatások, a prevenció munka területén, s ezek befolyásolják-e a programok támogatását, többnyire röviden az a választ kaptuk, hogy „nem tudok róla”, illetve hogy ritka, nem jellemző.

Mindazonáltal néhány program esetében beszámoltak a szakemberek saját használatra, illetve saját ambícióból végzett, nem publikált értékelő vizsgálatokról, előfordult a programot koordináló szervezet által előírt, kidolgozott módszertannal végzett monitorozás is, s néhányan valamilyen, a szükségletek feltárását célzó vizsgálatokról tudósítottak. Beszámoltak a résztvevők ugyanakkor félresiklott kutatási próbálkozásokról, illetve a kutatások kivitelezése területen jelentkező nehézségeikről, forrás- és kutatástechnikai hiányosságokról is.

## A KUTATÁS CÉLJA

A különböző szintereken végzett, illetve a különböző kockázati csoportokra irányuló drogvencióos tevékenységek vonatkozásában sajnos nem rendelkezünk naprakész országos adatokkal.

Az iskolai szintéren zajló prevencióos tevékenységre vonatkozóan 2009-ben történt az utolsó országos adatokkal szolgáló vizsgálat (Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2010; Paksi, 2010; Nádas és Paksi, 2011) a nem iskolai szintéren pedig 2008-ban (Nádas és Paksi, 2009) készült ezidáig az egyetlen országos adatfelvétel. Ezt követően 2010-ben zárult egy lokális vizsgálat, ami azonban csak 5 megyére vonatkozóan szolgáltat adatokkal (Gondi, Magi és Paksi, 2010). Rutin adatgyűjtési adatok a prevenció területén nem léteznek, a területről néhány dimenzió mentén évről-évre szokásosan rendelkezésre álló, a kábítószerügyi koordináció által finanszírozott pályázatokon alapuló adatok feldolgozottsága a korábbi évekhez képest alacsony, illetve a rendelkezésre álló célzott pályázati források szűkülése okán azok feltételezhetően a prevencióos tevékenység egyre kisebb szegmensét képesek megjeleníteni.

A prevenció helyzetét leíró információk azonban az ország EMCDDA felé való jelentési kötelezettségének teljesítéséhez nélkülözhetetlenek, de ezen túlmenően a fejlesztendő területek azonosításához, a prevencióos politika fő irányainak meghatározásához, továbbá a területen dolgozók munkájának összerendezéséhez is elengedhetetlenek lennének.

Kutatásunk célja a magyarországi prevencióos beavatkozások területén 2011-ben megfigyelhető új fejlemények és tendenciák megismerése, a nemzetközi fő áramokhoz képest tapasztalható hiányosságok és erősségek feltárása.

Tekintettel arra, hogy a források szűkössége, illetve a jelentés elkészítéséig rendelkezésre álló idő nem tette lehetővé sem a kínálati, sem az igénybevevői oldalon számszerű adatokkal szolgáló országos reprezentatív adatfelvétel lebonyolítását, így az aktuális helyzet, illetve a főbb dimenziókban történt változások megismerésében a prevencióban dolgozó szakemberek kvalitatív technikákkal feltárható tapasztalataira, véleményeire tudunk támaszkodni.

Kutatásunkkal egyúttal egy olyan, a későbbiek során rendszeresen – évente – megismétlésre kerülő adatgyűjtési standardot kívánunk kialakítani, ami költségghatékony módon lehetővé teszi a prevenció területén a legalapvetőbb tendenciák követését.

## A KUTATÁS MÓDSZERE

Kvalitatív adatok gyűjtése többféle módszerrel lehetséges. Tekintettel arra, hogy kutatásunk során a szakemberek – sokszor elszigetelt – egyéni tapasztalatainak, percepcióinak feltérképezése mellett, azok egymásra reflektáló véleményei alapján kialakuló kollektív tapasztalatainak megismerésére is törekedtünk, ezért a kutatás során fókuszcsoportos adatgyűjtési módszert alkalmaztunk.

A fókuszcsoportos technika (Merton, Fiske és Kendall, 1956) a csoportos interjúk világszerte elterjedt típusa, „egy rendkívül körültekintően megtervezett beszélgetés, melynek során a kiválasztott területtel kapcsolatos percepciók feltárására kerül sor...” (Krueger, 1988), továbbá lehetőséget ad a különböző nézetek ütköztetésére (trianguláció) az adott témakörrel kapcsolatban. A módszert egyre gyakrabban alkalmazzák Magyarországon is, nem csak a piacutatásban, de a különféle társadalmi programok, beavatkozások megtervezése során is.

A vizsgált kérdéskörök kialakítása, illetve a fókuszcsoport vezérfonalának<sup>1</sup> összeállítása során az EMCDDA általános és célzott prevencióval kapcsolatos strukturált kérdőíveire (SQ25, SQ26, illetve az SQ23-29/D rész) támaszkodtunk, leképezve azok főbb tematikus egységeit. E kérdéskörök mentén a helyzetleíráson túlmenően tendenciák, illetve esetleges regionális mintázódások feltárására is törekedtünk.

A kutatás célcsoportját a drogvédelem területén (is) tevékenykedő szervezetek, illetve azok vezetői/kulcsszereplői (továbbiakban regionális szakértők) képezték. A célcsoport azonosítása, illetve a fókuszcsoport résztvevők kiválasztása a 2010-es illetve 2011-es – a kábítószerügyi koordináció által, illetve uniós forrásból finanszírozott – drogvédelem pályázatok (KAB-ME, TÁMOP-5.2.5/B) listáinak egyesítése, komparatív elemzése alapján, illetve a kapcsolatfelvétel során történő ajánlások (networking technika) segítségével történt.

A kutatás során – a résztvevők által képviselt szolgáltatók területi elhelyezkedése szerint kialakított<sup>2</sup> – 5 fókuszcsoportot szerveztünk, 35 területi szakértő (illetve szervezet) részvételével. A szakértők által képviselt szervezetek közel kétharmada nonprofit szervezet volt, s – a korábbi évek kvantitatív kutatási tapasztalatához képest – jelentékeny számban jelentek meg állami/önkormányzati szervezetek

---

<sup>1</sup> A fókuszcsoport vezérfonala a kutatási beszámoló mellékletében megtalálható.

<sup>2</sup> A fókuszcsoportok száma – részben a célpopuláció bizonyos területeken korlátozott száma, részben a kutatás forrásainak szűkössége okán – nem egyezik Magyarország hivatalos régióinak számával, így az egyes csoportok rekrutálási bázisa sem fedi le azokat. A fókuszcsoport helyszíne a következők voltak: Szeged (Dél-Alföld), Debrecen (Kelet-Mo), Szombathely (Közép és Nyugat-Dunántúl), Pécs (Dél-Dunántúl) és Budapest (Közép-Mo).

képviselői<sup>3</sup> is, azonban a – területen egyébként is alacsony arányban jelenlévő – forprofit szektor a fókuszcsoportokon elenyésző számban képviseltette magát.

<b>Szervezeti forma</b>	<b>Résztevők száma</b>
Nonprofit	23
Állami/önkormányzati	11
Magán	1
Összesen	35

1. táblázat: A fókuszcsoportokon résztvevő szakértők szervezeti háttere, szervezeti forma szerint (fő)

A fókuszcsoportokon képviselt szervezetek többsége (négyötöde) jelentős múltra visszatekintő, legalább 10 éve alakult szervezet, s közel kétharmaduk drogvencióval is legalább 10 éve foglalkozik.

A drogvenciót/egészségfejlesztést fő tevékenységként a résztvevők egynegyede végzi. Összességében azonban a résztvevők fele fő tevékenységét a drogvenció kezelésének valamilyen szegmensében fejt ki, s további egynegyedük elsősorban ifjúságvédelmi illetve szociális területen tevékenykedik.

<b>A szervezet fő tevékenysége</b>	<b>Résztevők száma</b>
Drogvenció/Egészségfejlesztés	9
Szenvedélybeteg-ellátás	9
Szociális/ifjúság/gyermekvédelem	9
Oktatás, kultúra/szabadidő	4
Egyéb (közigazgatás, rendvédelem, eü. alapellátás)	4
Összesen	35

2. táblázat: A fókuszcsoportokon résztvevő szakértők szervezeti háttere, a szervezetek fő tevékenysége szerint (fő)

Tekintettel arra, hogy az EMCDDA adatgyűjtési rendszerében is külön kérdőív vonatkozik az általános és a célzott prevencióra, így az eredmények bemutatása során ezeket a beavatkozásokat külön kezeljük, először az általános, majd a célzott prevencióval kapcsolatos eredményeket tárgyaljuk.

<sup>3</sup> A legutóbbi kutatási adatok azt jelezték, hogy a prevenció területén jelenlévő szervezetek alig 15%-a kerül ki az állami/önkormányzati szektorból. A fókuszcsoport résztvevőknek viszont közel egyharmada ehhez a szektorhoz tartozott.

## ÁLTALÁNOS PREVENCIÓVAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK

### Az általános prevenció keretei

Ebben a kérdéskörben az EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 2. kérdése alapján azt vizsgáltuk, hogy milyen széles az a kontextus, amiben az általános prevenció megvalósul. E tekintetben területileg némileg heterogén helyzetkép bontakozott ki, mindazonáltal a térségek többségében (5-ből 4 térségben) és az országban általában is inkább a direkt, többnyire információ átadásra fókuszáló drogpreevenció beavatkozások dominanciáját észlelték a résztvevők.

*„...leginkább még mindig megjelenik ez az előadás, frontális történet, oktatás. Most a hírek szerint ... a drogtáskát fölváltották a TTT-k, meg egyéb ilyen kreatív megoldások. Most itt a berkeken belül például hallottam egy ilyen saját gyártmányú, szerb bemutató történetet... mintha kiirthatatlan volna ebben a dologban.” (11 éve szenvedélybeteg ellátást, és prevenciót is végző szervezet, D-Dunántúl)*

*„...régii hagyományos eszközök úgy működnek nagyon sok helyütt. Tehát iskolaigazgató, vagy bárkinek a fejében már iskoláról is szó van nyilván, akkor az van, hogy „Na jó, jöjjön tartson egy drogos előadást!” azt kész.” (rendvédelem, Közép-Ny-Dunántúl)*

*„Azt látom elsősorban, ilyen információátadó jelleggel hívnak minket iskolákba, ... jó lenne, ha lehetne ... nem csak kimondottan célzott információátadást tartalmazna, erre van idő.” (14 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo.)*

*„Az iskolákban még mindig ez a frontális oktatás, ami nagyon nehezen verhető ki, szó szerint a fejükből.” (13 éve szociális és gyermekvédelmi feladatokat végző, szervezet, D-Dunántúl)*

*„... ezek <az iskolai felkérések> általában vagy egy egészségnapban merülnek ki, vagy egy, vagy néhány órában..” (12 éve drogpreevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„... csinálnak egy nyílt napot vagy valamit, és akkor ott megkérnek valakit, hogy üljön oda, aztán ha megy oda valaki, akkor beszélgessen a fiatalokkal..” (20 éve szenvedélybeteg ellátással, 15 éve drogpreevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...Inkább direkt drogrehabilitáció. Mondjuk, az egészségnapok, azok azért szélesebb spektrummal, ... de a legtöbbje, az tényleg ilyen 45 perc, óra, és ezek.” (20 éve drogrehabilitációt, 15 éve prevenciót is végző szervezet, D-Dunántúl)*

*„... harcol egymással két szemlélet, hogy van ez a frontális dolog, hogy megismertetünk benneteket ezekkel az ismeretekkel, ami ugye, a szerhasználat káros hatása, stb. Meg mellette van az, hogy akkor valami más irányultság megközelítés, hogy ilyen pszichológiai, meg itt a szabadidő.” (7 éve gyermek és ifjúságvédelmi feladatokat, 3 éve drogrehabilitációt is végző, szervezet, D-Dunántúl)*

*„... alapvetően törekednek a szervezetek .. inkább a készségfejlesztésre, egészségfejlesztésre ... ami ugye, hosszabb időt igényel. Ez esetlegesen valósul meg. És ez a reaktív prevenció ... tapasztalható, hogyha valami probléma van, akkor utólag.” (12 éve drogrehabilitációval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

A keretek kapcsán megjelentek programok esetlegességét, a rendszerbe szervezett, egészségfejlesztésbe ágyazott szisztematikus drogrehabilitáció hiányát hangsúlyozó vélemények, az egyik térségben (K-Mo) ezt tartották a prevenció keretek leginkább problémás vetületének:

*„... nekem az a bajom, hogy nincs rendszerbe rakva az egész”. (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„Azt látom a területen, hogy prevencióval, ilyen kampány jelleggel foglalkoznak nagyon sok helyen. Nem szervezetten, nem beépítve a mindennapok egészségfejlesztésébe. És többnyire akkor, amikor hírforrás előzi meg a /.../, akkor kezdenek rá fókuszálni. Ez az általános.” (városi KEF, Közép-Mo)*

*„... az oktatási intézmények részéről ... azt tapasztalom, hogy nem folyamatban gondolkodnak, hanem egy-egy ilyen akcióban (12 éve drogrehabilitációval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

A közép-magyarországi térség saját helyzetét tekintve kicsit derülátóbb volt, a kulcsszereplők véleménye szerint náluk a drogrehabilitációs tevékenység jellemzően más szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló beavatkozások részeként valósul meg.

Egy olyan térséget találtunk, ahol a résztvevők úgy érezték, hogy ma már a drogrehabilitáció jellemzően szélesebb kontextusba ágyazva, az egészségfejlesztés keretében történik:

*„Egyre több a megmozdulás, bár ez főleg ilyen egészségfejlesztés témában, tehát sportkörök, egyesületek. Viszont egyre több helyen hívnak minket is, hogy kapcsolódjunk be akár egy napi rendezvénybe kivonulni vagy akár a*

*programban foglalkozásokat tartani. Tehát úgy kezd beszivárogni a drogvenció is ebbe az egészségfejlesztésbe.” (11 éve szenvedélybeteg ellátással, 9 éve drogvencióval is foglalkozó szervezet, Dél-Alföld)*

*„Egészségfejlesztést, prevenciót a védőnők valamilyen szinten végzik, de tehát a drogvenció az nagyon-nagyon kicsi.” (egészségügyi alapellátással foglalkozó, de 11 éve prevenciót is végző intézmény, Dél-Alföld)*

*„Én is azt látom, hogy, igazából nem különül el látványosan drogvenció, hanem inkább az egészségfejlesztés részeként jelenik meg... beépítik az oktatási intézmények a mindennapi életükbe. Rendszeres egészségnapokat tartanak, ... évek óta bevett gyakorlat, hogy ... az önkormányzat biztosít előadókat. ... De nem biztos, hogy speciálisan kihegyezve csak a drogvencióra.” (közigazgatási szervezet, Dél-Alföld)*

A prevenciók tevékenység keretei tekintetében tapasztalható, a nemzetközi fő áramba kevésbé illeszkedő, a résztvevők által követendőnek tartott, szélesebb kontextusba ágyazott beavatkozások kevésbé jellemző volta mögött, illetve az ad hoc megoldások okaiként a résztvevők részben a megrendelők érdektelenségét (i) részben a finanszírozási rendszer anomáliát (ii) említették, illetve egy beszélgetésben megjelent a célpopuláció információ iránti szükségleteinek felerősödése is (iii):

(i)

*„...nekem az a gond, hogy nagyon sokszor nem járja át teljesen az iskolát...” (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...mit akar az iskola? ... gyorsan, olcsón kipipálható, látványos elemek, amikkel el lehet számolni, és ami rövid időt vesz igénybe, tehát, nem zökkenti ki a hétköznapiokból, mondjuk, ha iskoláról beszélünk.” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„...én azt vettem észre, hogy csökkent az iskolákban is a prevenció iránt az érdeklődés ... kipipálás szintjén még működik ... nagyon nehéz az iskolákat arra motiválni, hogy ebbe energiát fektessenek. Mert nincs se emberük, se idejük, a diákokat se nagyon érdekli. Nálunk, ... húszon akárhány középiskolából most már talán 3 vagy 4 olyan középiskola van, aki pályázik drogvenciók pályázatokban rendszeresen. ... nagyon-nagyon kevés iskola van, aki ezt tényleg komolyan csinálja, és felvállalja ...” (20 éve szenvedélybeteg ellátással, 15 éve drogvencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...ha hívnak, akkor ... általában kifejezetten direkt drogvencióra hívnak, és néha úgy érzem, hogy kipipálandó feladat: fölrakom a kezemet, én mindent megtettem annak érdekében, hogy ne legyen drogvenció, itt voltak a rendőrök, tartották az előadást. ... De hogyha szabad kezet kapok, akkor soha nem direkt drogvenciót tartok.” (rendvédelem, Közép-Ny-Dunántúl)*

*„...cégnak felajánlottuk, hogy ingyen megírjuk az egészségfejlesztési programot, .. erre a válasz az volt, hogy a dolgozók dolgozzanak. Hogy egészséges-e vagy nem, az senkit nem érdekel.” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„... nagyon meghatározó maga az iskola. Tehát van az a típusú iskola, aki sohase hívna el bennünket, van az típusú iskola, aki akkor hív el, ha baj van, és van az a típusú iskola, aki viszont mindig hív bennünket. ... pozitív példaként tudom mondani például ... <az egyik iskolát említi> nagyon nyitottak rá, ők minden évben ... megoldják, hogy ehhez forrást is találjanak, pályázattól ide vagy oda függetlenül..” (szociális ellátással foglalkozó, de 12 éve drogpreevenciót is végző szervezet, Közép-Ny-Dunántúl)*

ii.

*„...ad hoc módon működik, és sajnos a finanszírozás anomáliája miatt pedig addig működik, amíg van rá finanszírozás, és utána pedig ilyen takaréklángon kezd működni, vagy még úgy sem. (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„Nincsenek olyan átívelő programok, amik több, hosszabb időn keresztül le tudnának folyni, és a hosszabb idő, tehát 1-2-3 év távlatából képesek lennének mérni, ... ezért is vannak ezek az útkeresések.” (kulturális területen dolgozó, drogpreevencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...pénzen nagyon nagy hangsúly van a prevencióban, és hogy gyakorlatilag mindenki, aki ingyen tudja ezt vinni, az győz.” (11 éve szenvedélybeteg ellátást és prevenciót is végző szervezet, D-Dunántúl)*

*„A programjaink összetételét alapvetően a pályázati kiírások határozzák meg. Ha most konkrétan egy KAB-os pályázatról beszélünk, akkor minden a drogokról szól... Ha egy munkaerő-piaci pályázat, akkor elővesszük a kábítószereknek ugye azt a részét, ami az alkohol, az egészséges életmód, meg ehhez a részhez tartozik... Az egészségmegőrzés vagy egy hasonló célú pályázat nagyon ingadozik, kiírják, felfüggesztik, nincs pályázat. Szóval én alapvetően azt gondolom, hogy tetszik, nem tetszik, nem azt csinálunk, amit szeretnénk ....” (felnőttképzéssel, de 5 éve drogpreevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Ny-Dunántúl)*

*„Komplexebb programok, tehát személyiségfejlesztő programok régebben voltak, csak sajnos ... amit az iskola meg tud fizetni, az az, hogy egy-egy órára elhívja.” (szociális ellátással foglalkozó, de 12 éve drogpreevenciót is végző szervezet, Közép-Ny-Dunántúl)*

*„2011-re azt tudom mondani, hogy a projektek, azok gyakorlatilag a mi részünkről akkor valósulhattak meg, ha volt rá pályázati forrásunk. Tehát itt nagyon esetleges, hogy mit, és mikor, és milyen időtartamban tudunk megoldani. (12 éve drogpreevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

iii.



*„Van egy visszakanyarodó tendencia. ... amikor <mintegy 10 évvel ezelőtt> elkezdtek ezt a tevékenységet, akkor a fiatalokat érdekelték a drogok. Aztán egyre inkább azt mondták, hogy ne beszéljünk a drogokról. Az utóbbi 1-2 évben, mióta a designer drogok iszonyú változásban hullámoznak és mindenféle dolog változik, a fiatalokat megint elkezdte érdekelni ... a designereknek a veszélyeztető hatása.” (oktatással foglalkozó, 11 éve prevenciót is végző szervezet Dél-Alföld)*

Az általános prevenció jellemző kereteinek indoklása során megjelentek fogalmi/módszertani nehézségekkel (i), a szakmai diskurzus, iránymutatás hiányával (ii), illetve a prevenció válságával kapcsolatos, az utóbbi éveket egyfajta útkeresési időszakként jellemző (iii) vélemények:

*i.*

*„az egészségfejlesztés nekem most egy ilyen lyukas háló, ami annyira általános, hogy ki is folyik. Tehát, hogy nagyon nehezen megfoghatók azok a pontok, amelyekre koncentrálnak...” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„... gyakorlatilag a drogpreevenció nincs, amit most annak neveznének, az nem az.” (ifjúságsegítéssel foglalkozó, 13 éve alakult, drogpreevencióval 7 éve foglalkozó szervezet, D-Dunántúl)*

*„... tényleg prevenció beavatkozásnak nevezük-e az egyszer 45 perces információátadást? Miért nevezük azt prevenció beavatkozásnak? Tehát, hogy itt a fogalmi keretek tisztázásával is sokszor probléma van.” (kulturális területen dolgozó, drogpreevencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*ii.*

*„... a keret sem egyértelmű, amibe a prevenciót be kellene ágyaznunk. ... nekem hiányzik az a fajta szakmai útmutatás, vagy keretegység referencia, evidencia, nem tudom, akárminek hívjuk (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„...nagyon felhígult az a társaság, akik egyáltalán drogpreevencióval, vagy most mondjuk azt, hogy általános egészségfejlesztéssel foglalkoznak. Tehát nincs meg az a szakmai kör, vagy legalábbis kevésbé van meg az a szakmai kör, akik tudnák, hogy mit is csinálunk, és hogy csinálunk.” (20 éve drogellátással, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*iii.*

*„... kifulladásban van a prevenció, keressük a megoldásokat. ... bizonyos módszerek már nem működnek, és van, amelyek még nem működnek ... úgy érzem, hogy keresi a prevenció a módszerét ...” (20 éve prevencióval foglalkozó szervezet K-Mo)*

*„...sokszor az egyébként szakmailag jónak mondható programnak a fogadóközönsége nincs meg... Mások az igények, mások a fiatalok. ..” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

## Iskolai prevenció

### *Az iskolai prevenció hozzáférhetősége*

Az általános prevenció beavatkozások egész Európában leginkább jelentékeny hányadát jelentő iskolai prevenció beavatkozások. 2008-as évre vonatkozó, legutóbbi kutatási adatok szerint (Paksi, 2010; Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2010; Nádas és Paksi, 2011) Magyarországon is az iskolák 85-88%-ában zajlott valamilyen prevenció vagy egészségfejlesztő program az egyes tanévekben, s 80%-ukban rendszeresen, minden évben történt valamilyen beavatkozás. A rendszeres prevenció aktivitás általánossá válása következtében a korábbi enyhe intézményi mintázatok sem jelentek már meg a prevenció programok elterjedtsége, illetve gyakorisága tekintetében, így az iskolák területi elhelyezkedése mentén sem mutatkoztak szignifikáns különbségek (Paksi, 2010).

A 3 évvel korábbi kvantitatív vizsgálati eredményekhez képest a 2011-es évre vonatkozóan kvalitatív információkkal szolgáló kutatásunk során az iskolai prevenció hozzáférhetősége tekintetében térségenként némileg eltérő, de összességében kedvezőtlen tendenciákra utaló tapasztalatokat szereztünk.

Az ország különböző térségei illetve a települések mérete szerint iskolai prevenció hozzáférhetősége – a szakemberek percepciói alapján – nem tekinthető homogénnek. Van olyan térség, ahol a helyi szakemberek ma is úgy ítélik meg, hogy kiterjedt, a legtöbb iskolában van drogvenció. Azonban esetenként nem tudni, hogy ezek a gyakorlatban is működnek-e, vagy csak „ledokumentált” programok, s még ezekben a térségekben is megfogalmazódnak bizonyos mintázódással kapcsolatos vélekedések, továbbá a legtöbben itt is kb. 2/3-os arányra becsülik a kiterjedtséget, ami a jelzett kvantitatív kutatás által 2008-ban mért elterjedtségi szinthez képest alacsonyabb:

*„...van, ahol ezt ledokumentálják egy papírral, van olyan, ahol azért valamivel próbálkoznak, de nem mennek bele a problémába úgy, ahogy kellene, és ezért ... olyan a 2/3-os arány szerintem.” (közigazgatási szervezet, Dél-Alföld)*

*„Hát szerintem ... inkább kiterjedt. Bár van egy pár kisebb iskola, ahol ott nem, oda mi se jutottunk el, szakemberek sem olyan felkészültek ebben a témában.” (egészségügyi alapellátással foglalkozó, de 11 éve prevenciót is végző intézmény, Dél-Alföld)*

*„A középiskolák vonatkozásában azt gondolom, mindegyik középiskola bepróbálkozott egy-egy vagy több drogvenció programmal. ... Valamelyik aztán benne maradt a pörgésben, van, amelyik pedig abbahagyta. .. Tehát azért úgy a megye vonatkozásában úgy gondolom, hogy viszonylagosan sokan foglalkoznak drogvencióval... Egy ilyen kétharmad (oktatással foglalkozó, 11 éve prevenciót is végző szervezet Dél-Alföld)*

5 térségből 3-ban azonban az a vélemény alakult ki, hogy az iskolai prevenció korlátozottan hozzáférhető (lásd 3. tábla), azaz az iskolák többségében nincs, de több mint néhány iskolában van drogprevenció.

*„Mivel én a megyei KEF-nek is a tagja vagyok, szoktam hallgatni a kollegáktól, hogy mekkorát küzdenek az iskolákba való bejutással, meg hogy nem tudunk bejutni az iskolákba, nem kérik őket.” (9 éve prevencióval is foglalkozó szolgáltató Közép-Mo)*

*„... próbálkoztunk a programokat összeszedni. És onnan gondolom, hogy baj van a programokkal, mert, hogy a kérdésre választ se nagyon tudott adni, hogy van, vagy nincs? ” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„Korlátozott és egyenetlen városi és úgymond vidéki szinten” (ifjúságsegítéssel foglalkozó, 13 éve alakult, drogprevencióval 7 éve foglalkozó szervezet, D-Dunántúl)*

*„Ott <kistelepüléseken>nem is engedik meg, hogy beléphetünk hozzájuk. ... nem is tudnak arról, hogy van drogprevenció egyáltalán. Semmi információjuk nincsen, és itt csúszik el a dolog” (városi KEF, D-Dunántúl)*

A többségben lévő, korlátozott elérhetőségre vonatkozó vélemények viszont esetenként nem csak mennyiségi értékelést jelentettek, hanem a prevenciók tevékenység minőségével kapcsolatos kritikaként fogalmazódtak meg.

*„...ritkának találom, mert ugyanazt hallom, hogy azon küzdenek, hogy bejussanak egyáltalán, és akkor ilyen tűzoltásképpen szoktak hívni néhányan..” (fő tevékenységként szenvedélybetegek rehabilitációjával foglalkozó intézet, Közép-Mo)*

*„...én azért mondom, hogy korlátozott, mert lehet, hogy hiába van száz iskolából mind a százban program, de hogy az nem elvárható színvonalú...” (kulturális területen dolgozó, drogprevencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...egy előadás a védőnőtől a drogokról, én azt nem tekintem prevenciók programnak. Én azt mondom, hogy ez a korlátozott.” (szociális ellátással foglalkozó, de 12 éve drogprevenciót is végző szervezet, Közép-Ny-Dunántúl)*

Az ország helyzetét többnyire a saját térségükhöz hasonlóan ítélték a szakértők,<sup>4</sup> s amennyiben a véleményeket nem az egyes térségekre, hanem összesítve nézzük, akkor is a korlátozott hozzáférés jelenti a domináns véleményt (lásd 3. tábla).

---

<sup>4</sup> Az V. régió (Közép-Magyarország) kivételével, ahol a térség helyzetét az országosnál kedvezőbbnek ítélik a szakértők.

Hozzáférhetőség	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Teljes mértékben	0	0	1	0	1 <sup>5</sup>	2
Kiterjedt	5	0	4	0	0	9
Korlátozott	0	7	1	6	6	20
Ritka	0	0	0	2	1	3
Nincs	0	0	0	0	0	0
Nincs információ	0	0	0	0	0	34

3. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az iskolai prevenció mennyire hozzáférhető<sup>6</sup> a térségben (fő)

Az EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 6.1-6.15. kérdései alapján vizsgált prevenciók elemek/modalitások országos hozzáférhetőségét vizsgálva a különböző elemek 5 fokozatú skálán<sup>7</sup> 1,9 és 4,4 közötti elhelyezkedő átlagokat értek el. Legalább kiterjedt válaszként értelmezhető, 3,5 fölötti átlagot egyrészt a kötelező adminisztratív előírásokban szereplő elemek (dohányzási tilalom, illetve iskolai drogstratégia), másrészt az iskola számára kisebb költséget jelentő – már a keretek tárgyalása során is gyakorként jelzett – megoldások (információs napok, rendőrök által tartott előadások) kaptak. Ezekkel az iskolai prevencióban leggyakrabban megjelenő elemekkel kapcsolatban azonban többen tettek olyan megjegyzéseket, hogy ezek csak formálisan teljesített megoldások az iskolák részéről. Ezek közül itt csak néhány véleményt jelenítünk meg:

*„a teljes dohányzási tilalom az iskolában, ötöst adtam, ... rendeletileg szabályozva van, de nem tudják betartani, és tulajdonképpen a gyakorlatban mégsem ilyen egyszerű.” (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.);*

*„... <drgstratégia> mindenkié ugyanúgy néz ki de legalább van neki. ... de nem alulról szerveződően indulva jött létre, hanem ilyen sablon alapján” (5 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, D-Dunántúl)*

*„Az iskolai drogstratégia, ... szerintem minden iskolának van, .. hogy ez milyen, az megint egy más dolog, hogy az valóban az-e, vagy az egy ilyen sablon, .. kipipáljuk, mint a minőségbiztosítások” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

<sup>5</sup> A véleményét – a térségre való korlátozott rálátása okán – a szűkebb közegére, egy kisvárosra vonatkozóan fogalmazta meg a teljes mértékű hozzáférhetőségre vonatkozó választ adó résztvevő.

<sup>6</sup> A megkérdezettek válaszaikat az alábbi skálán adták meg:

5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van

4 - Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt

3 - Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van

2 - Ritka: csak néhány iskolában van

1 - Nincs: nem létezik

<sup>7</sup> Az alkalmazott skála a fentivel megegyező volt.

*„Prevenációs előadások, ugye muszájból is ott kell lennie a rendőröknek, tehát és mondjuk itt a muszájon van a hangsúly, ... vannak olyan kollegák, akiknek nem igazán áll jól ez a történet... ha muszájból kell valamit csinálni, akkor szerintem az néha nem igazán hoz ... hatékony eredményeket” (rendvédelem, Közép-Ny-Dunántúl)*

*„Ami nagyon megvan, ... ez a rendőrök által tartott prevenációs előadás, ugyanis azt hiszem, hogy minden iskolába elmennek, mert, hogy ingyen csinálják, és talán ez a legnagyobb előnye.” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„...információs napok vannak, itt megint megkérdejelezhető, hogy milyen...” (20 éve drogellátással, 15 éve prevenációval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

A vizsgált prevenációs típusok/megoldások közül néhány csak kevés iskolában fordul elő, vagy szinte egyáltalán nem létezik. Ilyenek a tanulók körében végzett drogtesztek, a korai felismerés, a szülők számára szervezett vagy a nemek szerint differenciált programok, illetve a holisztikus megközelítést alkalmazó beavatkozások.

<b>Beavatkozási prevenációs típusok</b>	<b>Átlag<sup>8</sup></b>
Teljes dohányzási tilalom az iskolákban	4,4
Iskolai drogstratégia léte	3,7
Információs napok	3,6
Rendőrök által tartott prevenációs előadások	3,5
Egyéb külsős oktatók által tartott programok (pl. ex-használók, orvosok)	2,9
A tantárgyakban szereplő kábítószerrel kapcsolatos információk	2,9
Tanórán kívüli kreatív tevékenységek, alternatív programok	2,9
Több alkalomból álló, sztenderd nyomtatott drogvenció programok	2,8
Készségfejlesztő programok	2,6
Kortárssegítő programok	2,5
Az iskolai tananyagba integrált, holisztikus drogvenció programok	2,3
Csak fiúknak vagy csak lányoknak szóló programok	2,1 <sup>9</sup>
Szülők számára szervezett programok	2,1
Korai felismerésre irányuló programok	2,0
Drog teszt a tanulók körében	1,9

4. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye az iskolai prevenáció különböző típusainak országos hozzáférhetőségéről, a percipiált hozzáférhetőség sorrendjében (átlagok)

<sup>8</sup> Az oszlopban szereplő értékek a hozzáférhetőségi skálán (1-nincs, nem létezik; 5-teljes mértékben hozzáférhető, minden iskolában van) az országosan kapott értékek egyszerű számtani átlagai.

<sup>9</sup> Itt nagy volt a „nem tudom” válaszok száma, így az átlag csak 25 résztvevő válasza alapján született.

A nagyon ritka megoldások tekintetében meglehetősen nagy egyetértést tapasztaltunk. A drogteszt alacsony előfordulását azonban – a többi hiánnyal szemben – egyértelműen pozitívumnak tekintik a szakemberek:

*„Drogteszt a tanulók körében, azt gondolom, hogy nagyon ritkán létezik, hál istennek, már” (12 éve drogprevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„Én egyest a drogtesztre írtam, mert én nagyon remélem, hogy ilyen nincs a világban.” (9 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

A többi, az iskolai szintén hiányzó prevenciós típus mögöttes tényezői között előkerült egyrészt ismét a források szűkössége (i) a motivátlanság vagy háritás (ii) illetve a humánerőforrás és általában a szakértelem hiánya (iii):

*„Volt egy ilyen tananyagba ágyazott holisztikus programnak a kidolgozása, azt végigvinni, meg azt tesztelgetni. ...ahhoz se szakember nincsen szerintem, se pénzügyi forrása nincsen, se úgy igazából, most még azt is megkockáztatom, hogy ... egy átlagos iskolát, ha veszek, annak úgy a keretébe se nagyon fér bele feltétlenül. Tehát nyilván jobb az, ha jön a sztárember, sztár gázsiért, és akkor tornaterem, 45 perc, letudva.” (7 éve drogmegelőzéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

(i)

*„Hát, ezek nagyon szép programok lehetnének, de azt gondolom, hogy nagyrészt a forráshiány miatt <nincsenek>... Én azt gondolom, hogy egyértelműen ténylegesen a források szűkössége. Mert visszagondolva sok évvel ezelőttre, mikor a prevencióra szánt források .. jelentősen sokszorosak voltak, akkor .. a szolgáltatók már rendelkeztek olyan készségekkel, tudással, amivel el tudtak mindenféle programokat indítani, tehát azt gondolom, hogyha mondjuk ezeket a programtípusokat, amiket mi jónak tartunk, és hiányoljuk, ezekre lennének pályázati források, akkor ezek lennének.” (12 éve drogprevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

(ii)

*„Én ehhez még, az iskolák motivátlansága, teljesen egyetérték, nagyon nehéz bejutni. És ugyanakkor szinte takargatják a bajt, s nem akarják felszínre hozni. Úgy érzik, hogy akkor rossz híre lesz az iskolának, hogyha ott drogprevenció folyik, mert akkor nyilván itt nálunk drogosok vannak... És ugyanakkor maga a tanár tudja, és küzd vele, küzd a problémával, és becsukja a szemét, és nem akarja észrevenni, hogy befüvezve ül a gyerek az óráján. Tehát én ezt abszolút tapasztalom, és személyesen. És én négyes-ötöst nem adtam, egyest, ez a szülők számára szervezett programok. Évekkel ezelőtt csináltunk mi is egy nagyon jó nevű gimnáziummal közösen egy pályázati programot, és egy darab szülő vett részt a szülők számára szervezett programon, pedig ez egy interaktív beszélgetésnek terveztük” (5 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„a felnőttek nem mernek a saját kudarcaikkal szembeállni, és ezt nem is vállalják fel, ... És ebből adódóan nagyon ritka az, hogy szülői csoportokat,*

*szülői közösségeket tudunk megszólítani, hogy nézzünk már szembe, hogy mit csinálunk a gyerekeinkkel, meg a környezetünkkel.” (városi KEF, Közép-Mo)*

*„... azt gondolom, hogy a szülőkkal kapcsolatos dologban az a mérvadó, hogy a pedagógusok mennyire tudják őket mozgósítani..” (11 éve szenvedélybeteg ellátással, 9 éve drogvencióval is foglalkozó szervezet, Dél-Alföld)*

*„Azért, mert egyrészt az iskola hozzáállása nagyon nehezen változtatható, tehát ők a prevenció tevékenységeket megúszásban definiálják. Nem feltétlenül érdekeltek ... nagyon fontos az iskolavezetéssel, pedagóguskarral, tanári kapcsolat. Hogyha jó a kapcsolat, akkor ott el lehet adni bármilyen programot, és motiválttá lehet őt tenni arra, hogy egy mélyebb szintű megközelítés ... meg tudjon valósulni az iskolákban.” (11 éve szenvedélybeteg ellátást és prevenciót is végző szervezet, D-Dunántúl)*

(iii)

*„Én egy apró dolgot még ehhez így hozzáfűznék. Én azt látom a saját területen, hogy az iskolák nem igazán vannak azzal tisztában, hogy milyen szervezetek működnek a területen? Ezek a szervezetek milyen prevenció programokat, és milyen csomagokat tudnak kínálni nekik. Tehát én azt gondolom, hogy egy fajta ilyen kommunikációs probléma is van... Én is csak itt ülünk, hallgatlak csodálattal, és gyakorlatilag most tájékozodom arról, hogy te most mit csinálsz, meg te mit csinálsz? Akkor egy iskolától mit várjon az ember? ...” (12 éve drogvencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„Én is, most ezen gondolkodtam az iskolák fejével egy kicsit, hogy mennyire motiválatlanok, vagy inkább mennyire bizalmatlanok, meg hogy mennyi információjuk van nekik erről az egészről, akár, hogy mit takarnak bizonyos programok, vagy hogy mi lenne az az ajánlás szakpolitikailag, amit érdemes lenne követni. És én azt látom, hogy ezek hiányoznak úgy az iskolák felől. (14 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„Igazából azt gondolom, hogy ... <a pedagógusok> olyan borzasztó keveset tanulnak, nem csak kábítószerkérdésről, vagy függőségekről, hanem egyáltalán pszichológiából is.” (11 éve szenvedélybeteg ellátást és prevenciót is végző szervezet, D-Dunántúl)*

Az iskolai prevenció hozzáférhetőségének tendenciájára vonatkozó a szakértői vélemények – a kvantitatív adatokkal való összehasonlítás során tükröződő változásokhoz hasonlóan – összességében inkább kedvezőtlen változásokat jeleznek az elmúlt 3-4 évben (összesen 17 szakértő kedvezőtlen tendenciákat, 8 fő javulást, és szintén 8 fő stagnálást érzékelt). Mindazonáltal az egyes térségekben meglehetősen eltérő volt a vélemények eredője: két régióban (IV. és V.) egyértelműen kedvezőtlen tendenciákról számoltak be, ugyanakkor egy térségben javulást (I.), egy másikban inkább stagnálást érzékelték (II.), egyben pedig a

tendenciák tekintetében meglehetősen eltérő álláspontot képviseltek a szakértők (III.).

Tendenciák	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
javuló	5	0	1	2	0	8
stagnáló	0	4	2	0	2	8
rosszabbodó	0	3	2	6	6	17

5. táblázat: A fókuszcsoportokon résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az iskolai prevenció hozzáférhetősége tekintetében milyen tendenciák jelentkeztek az elmúlt 3-4 évben (fő)

### *Az iskolai prevencióval kapcsolatos percipiált drogpolitikai prioritások*

Az EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 5.2. kérdése alapján általunk vizsgált drogpolitikai prioritások közül – estenként kritikai értelmezéssel – a résztvevők döntő fölényel az iskola szerepének megerősítését (de nem mint védő iskolai környezetet) (i), valamint a drogfogyasztás egészségügyi és szociális kockázataival kapcsolatos információk átadását (ii) emelték ki a kormányzati, illetve szakmapolitikai kommunikációban aktuálisan érzékelt prioritásként.

*„... a nem létező drogstratégia szerint az infók a szociális és egészségügyi kockázatokról, ez az elsődleges. És még kell az iskola szerepét erősíteni.” (7 éve gyermek és ifjúságvédelmi feladatokat, 3 éve drogprevenciót is végző, szervezet, D-Dunántúl)*

*„Az iskola szerepének megerősítését is érzem, csak azt ilyen nagyon sajátos módon, amivel nem értek egyet... A büntetőjogi fenyegetettséget, azt csinálja, az egész biztos. És igyekszik az iskola szerepének a megerősítésére” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„Csak annyit szeretnék, hogy a védő iskolai környezet megteremtése, ott nem az óvó jelzővel illelném ezt a fajta védőt, hanem inkább a határok által védett, tehát, hogy fogjuk meg a gyereket, vigyük vissza, a rendőr tudja igazoltatni, stb. Tehát ez a fajta dolog jön át nekem a kommunikációból, nem inkább az óvó” (kulturális területen dolgozó, drogprevencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

A fenti két prioritást a szakértők mintegy harmada említette. Ugyanakkor kb. ugyanilyen számban nyilatkoztak úgy, hogy egy, az EMCDDA prioritáslistájában nem szereplő cél az, ami a prevencióval kapcsolatos kormányzati/szakmapolitikai kommunikációban nagy fontosságot kap, éspedig a büntetőjogi fenyegetés. 3 régióban, összesen 11-en egészítették ki ezzel a lehetséges prioritások listáját.



*„Én alapvetően a büntetés megjelenését látom, tehát hogy szigorodik a drogpolitikai, hogy szigorítani akarják... nem valósult meg, de nagyon markánsan kommunikálták, én azt gondolom, ahhoz, hogy megjelenjen. Az iskola szerepének megerősítése is kommunikáció szintjén megvan, az átszervezést talán elkezdik, hogy hogy sikerül, hogy nem, az majd kiderül.” (5 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„...az, hogy társadalmi kirekesztettség csökkentése, az abszolút nem érvényes... a büntetése...” (7 éve gyermek és ifjúságvédelmi feladatokat, 3 éve drogprevenciót is végző, szervezet, D-Dunántúl)*

*„a büntetőjogi fenyegetettséget, azt mindenképpen érzem. A büntetőjogi fenyegetettséget, azt csinálja, az egész biztos.” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

Egy régióban pedig a többség azt az álláspontot fogalmazta meg, hogy nem érzékelhetők az iskolai prevencióval kapcsolatban kormányzati/szakmapolitikai prioritások.

*„... hogy kihúzták a lábukat a ló alól, és úgy lebeg ez az egész történet... nincs kormányzati iránymutatás, ...két éve, és ennyi. Bocsnát, hogy én ezt mondom, nincs igazi indítási pont. (városi KEF, Közép-Mo)*

*„Én meg azt látom, hogy nem hiteles a kormányzati politika. Mást mond, és mást csinál, és ez nagyon nagy probléma. ... más a kommunikációs szint, a különböző iránymutatásokban, a készségfejlesztést, az önismeret fejlesztést, az egészségfejlesztést, ugyanakkor a tevékenység, a cselekvés nem támasztja alá. És ez nagyon nagy probléma ...” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

<b>Drogpolitikai prioritások</b>	<b>Említések száma</b>
Információk a szociális / egészségügyi kockázatokról	10
Védő iskolai környezet megteremtése	5
Készségek fejlesztése	7
A társadalmi kirekesztés csökkentése	7
Az iskola szerepének megerősítése	13
Önértékelés fejlesztése	5
Segítő szolgáltatásokkal kapcsolatos információk	1
Egyéb: egészségközpontúság	1
Egyéb: családi környezet megerősítése	1
Egyéb: büntetőjogi fenyegetés	11
Egyéb: erkölcsi, normatív megközelítések	1
Nincsenek prioritások	5

6. táblázat: A résztvevő szakértők által percipiált legfontosabb aktuális drogpolitikai prioritások (fő)

## Univerzális családi prevenció

Az univerzális családi prevenció elterjedtségére vonatkozó szakértői vélemények alapján az ország különböző térségeiben meglehetősen eltérő ezen beavatkozási forma jelenléte, azzal együtt, hogy az univerzális családi prevenció hozzáférhetőségét egyetlen régióban sem értékelik kielégítőnek a szakértők (7. táblázat). Egy térségben talákoztunk dominánsan azzal a véleménnyel, hogy ugyan nem mindenütt a legtöbb releváns helyen elérhetők, azaz korlátozottan rendelkezésre állnak univerzális családi beavatkozások. Az ország többi területe – a szakértői percepciók alapján – ennél rosszabb helyzetben van: egy térségben a szakértők véleménye a korlátozott és a ritka hozzáférhetőség között ingadozik, másik két térségben a szakemberek úgy ítélik, hogy van, de csak néhány releváns helyen hozzáférhető, egy régióban pedig egyértelműen amellett foglaltak állást a megkérdezettek, hogy ez a beavatkozási típus nem elérhető.

Hozzáférhetőség	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Teljes mértékben	0	0	0	0	0	0
Kiterjedt	0	0	0	0	0	0
Korlátozott	3	1	5	0	1	10
Ritka	2	5	1	0	6	14
Nincs	0	0	0	8	1	9
Nincs információ	0	0	0	0	0	0

7. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az univerzális családi prevenció mennyire hozzáférhető<sup>10</sup> a térségben (fő)

A vélemények összesítése azt jelzi, hogy a legtöbben úgy érzékelik, hogy csak néhány releváns helyen hozzáférhetőek a családokat megcélzó általános prevenciók beavatkozások (lásd 7. táblázat utolsó oszlop)<sup>11</sup>, annak ellenére, hogy látják ezeknek a fontosságát:

<sup>10</sup> A megkérdezettek válaszaikat az alábbi skálán adták meg:

5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van

4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt

3 - Korlátozott: a releváns helyek többségében nincs, de több mint néhányban van

2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van

1 - Nincs: nem létezik

<sup>11</sup> Sokan még a 2-es értékeléssel kapcsolatban is megjegyezték, hogy „ezek optimista 2-esek” (pl. (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)

*„...a szakmaiság azt követeli meg szerintem, aki komolyan veszi a prevenciót, hogy a családokba bele kell mászni. Azt a területet nem szabad kihagyni. Egyre többen, és sokkal jobban érezzük, mint eddig bármikor..” (városi KEF, Közép-Mo)*

A területen lévő szembetűnő hiányok okait kisebb részben a szakmai kompetenciák hiányában (i), nagyobb részben a társadalmi támogatás deficitjeiben (ii) látják

(i)

*„...nincsenek eszközeink, illetve nincsen ilyenfajta tudásunk, vagy gyakorlatunk, módszertanunk, és nem merünk még belefogni.” (városi KEF, Közép-Mo)*

(ii)

*„...<társadalmi> támogatottsága sincs. Nagyon sok a félelem, csak gondoljunk az iskolákba berohanó szülőkre, akik elverik a tanárokat, hogyha valamit tesznek, vagy nem tesznek. És ezt nem támogatóan közvetíti a média.” (városi KEF, Közép-Mo)*

*„Én nem gondolom, hogy nincs a szakmának eszköze, családban dolgozni. Inkább azt gondolom, hogy a rosszabb konstelláció ahhoz, hogy egyáltalán kapcsolatba keveredjen.” (12 éve drogvencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„...védik a saját intimitásukat a családok.” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„... nagyon nehéz a családokat megszólítani .. ebben lenne a médiának óriási szerepe. Tehát ezt mi kicsiben nem tudjuk megoldani. A legkontrollálhatóbb szülők gyerekeit tartalmazó iskolákban sem jönnek el semmiféle ilyen típusú kezdeményezésre.” (11 éve szenvedélybeteg ellátást és prevenciót is végző szervezet, D-Dunántúl)*

*„Szerintem nem lehet megszólítani.... Ha érintett, akkor sem... Nem vállalja föl. ... Mert süketek a problémára. ... Ez egy tabutéma.” (több megszólaló, Közép-Ny-Dunántúl)*

*„... nagyon nagy az emberekben a szégyenérzet a témával kapcsolatban és a legfőbb oka, véleményem szerint, a távolmaradásnak vagy a közönynek a téma felé.” (szociális ellátással foglalkozó, de 12 éve drogvenciót is végző szervezet, Közép-Ny-Dunántúl)*

Az okokról való beszélgetés kapcsán az alacsony társadalmi támogatottságból, a családok háritásából fakadó problémák kezelésére javaslatok is megfogalmazódtak, melynek során előkerült a védőnői hálózat szerepe, illetve a prevenció keretinek tágítása:

*„...védik a saját intimitásukat a családok. Tehát, hogy azért oda bemenni csak azok a szakemberek tudnak, akik valamiért be tudnak menni a családba. És azért gondolom én a védőnők szerepét óriásinak. .. A védőnő azért prevenció*

*lehetőség, mert ott nincs baj, igazság szerint egy élethelyzethez kapcsolódóan van ott.” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„Én egyébként hibának tartom, hogy mindig a drog felől közelítjük meg, vagy közelítik. ... én magam is. Holott azt gondolom, hogy inkább az alkoholra kéne nagyobb hangsúlyt fektetni. ... mert mindenki ismer még a szűkebb környezetében is olyat, aki alkoholproblémával él. És akkor azt gondolom, talán előbb-utóbb jobban <megközelíthetővé válnának>” (szociális ellátással foglalkozó, de 12 éve drogprevenciót is végző szervezet, Közép-Ny-Dunántúl)*

A megkérdezettek meghatározó többsége nem lát különbséget a helyi, és az országos helyzet között. E tekintetben talán a közép-magyarországi térségben elhangzottakat érdemes megemlíteni, ahol jelentős számban fogalmazódtak meg olyan vélemények, melyek szerint a térségben az országosan jellemzőnél is kevésbé elérhetőek ezek a beavatkozások:

*„Lehet, hogy <a térségben> rosszabb, én azért gondolom most ezt, mert ... elkezdtek a leghátrányosabb helyzetű térségeket, a gyerekek felzárkóztatása címén, bizonyos programokkal megkeresni, amik ... akár beleférhetnek a drogprevenció körébe is .... Budapest és Pest megye nem tartozik a hátrányos helyzetű térségek közé, tehát lehet, hogy vannak olyan helyek az országban, ahol ennek a helyzete jobb” (5 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

Az EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 4.2-4.5. kérdései alapján vizsgált különböző univerzális családi prevenciók elemek/megközelítések hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes elemek esetében kapott térségi értékek – a családi prevenció elérhetőségét általában tárgyaló kérdéshez hasonlóan – az 5 fokozatú skála<sup>12</sup> alsó tartományában 1,4 és 2,8 között mozogtak, azaz gyakorlatilag minden vizsgált elem maximum a korlátozottan, de inkább csak ritkán hozzáférhető mindegyik régióban. Az országos elérhetőségre vonatkozó percepciók átlagai pedig egyértelműen azt jelzik, hogy a családokra irányuló általános prevenció ritka, csak néhány helyen elérhető. (8. táblázat)

---

<sup>12</sup> Az alkalmazott skála a fentivel megegyező volt.

Beavatkozási típusok	Térségek <sup>13</sup>					Orsz. átlag <sup>14</sup>
	I.	II.	III.	IV.	V	
Sorstárs megközelítések	2,2	2,1	2,4	1,5	2,1	2,3
Családi találkozó, szülői estek	2,8	2,0	2,3	1,3	2,3	2,0
Tréningek a családok számra	2,4	1,9	1,8	1,4	1,7	2,0

8. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye az univerzális családi prevenció különböző típusainak hozzáférhetőségéről (átlagok)

Az időbeli tendenciák tekintetében kicsit megosztottabb a kép, ugyan azok vannak többségben, akik nem érzékelték változásokat e területen az elmúlt 3-4 évben (jobb: 7 fő; változatlan: 12 fő; rosszabb: 10 fő), mindazonáltal egy régióban valamelyest javulást, egy másikban pedig inkább romlást percipiáltak a szakemberek.

## Univerzális közösségi prevenció

Közösségi alapú megközelítést – az EMCDDA értelmezésének megfelelően<sup>15</sup> – mint színteret értelmezzük, szemben a közösség tágabb - egyének aktív társadalmi hálózataként való – értelmezésével. Ebben a részben azokkal, a fiatalokat általában megcélzó, iskolán kívüli programok, az alternatív szabadidő eltöltést elősegítő, vagy a sport programok, illetve bármely olyan drog-prevenció, vagy egészségfejlesztési program, mely kizárólagosan a helyi közösséget célozza meg. Itt most nem foglalkozunk azokkal a programokkal, melyek a veszélyeztetett fiatalokra irányulnak, ártalomcsökkentő, vagy beilleszkedést elősegítő programok.

Az univerzális közösségi prevenció a szakértői vélemények alapján az ország különböző térségeiben általában meglehetősen alacsony elérhetőségű (9. táblázat). Két térségben valamelyest jobb a helyzet, ezekben dominánsan azzal a véleménnyel találkozunk, hogy ugyan a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen elérhetőek, azaz korlátozottan rendelkezésre állnak univerzális közösségi beavatkozások. Az ország többi területe – a szakértői percepciók alapján – ennél rosszabb helyzetben van: két térségben a szakértők véleménye a korlátozott és a ritka hozzáférhetőség között ingadozik, egy térségben pedig a szakemberek

<sup>13</sup> A cellákban szereplő értékek a térségre vonatkozó, szokásos hozzáférhetőségi skálán (1-nincs, nem létezik; 5-teljes mértékben hozzáférhető, minden releváns helyen van) adott értékelések egyszerű számtani átlagai.

<sup>14</sup> Az oszlopban szereplő értékek az egyes résztvevők által becsült országos hozzáférhetőség szokásos skáláján (1-nincs, nem létezik; 5-teljes mértékben hozzáférhető, minden releváns helyen van) kapott értékek egyszerű számtani átlagai.

<sup>15</sup> lásd. EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 3.1. pontját.

egyértelműen úgy ítélték meg, hogy ritka, csak néhány releváns helyen hozzáférhető valamilyen, az általános populációra irányuló közösségi beavatkozás.

Hozzáférhetőség	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Teljes mértékben	0	0	0	0	0	0
Kiterjedt	0	0	2	0	0	2
Korlátozott	2	4	4	0	3	13
Ritka	3	1	0	7	4	15
Nincs	0	0	0	0	0	0
Nincs információ	0	0	0	0	0	0

9. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az univerzális közösségi prevenció mennyire hozzáférhető<sup>16</sup> a térségben (fő)

A szakértők körében összességében leginkább az a vélemény volt jellemző, hogy csak néhány releváns helyen hozzáférhetőek az univerzális közösségi beavatkozások, de jelentős azoknak a száma is, aki úgy gondolták, hogy ugyan a releváns helyek többségén nem állnak rendelkezésre ilyen szolgáltatások, azonban több mint néhány helyen igen (lásd 9. táblázat utolsó oszlop).

Az EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 3.2-4.8. kérdései alapján vizsgált különböző univerzális közösségi prevenciók elemek hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes elemek esetében kapott térségi értékek a ritka, és a korlátozott hozzáférhetőség között helyezkednek el. A különböző beavatkozási típusok között nem találtunk jelentős különbséget, mindössze az alternatívákat nyújtó beavatkozások hozzáférhetősége tekintetében mutatkozik ennél valamelyest kedvezőbb helyzet, ennek a megoldásnak a hozzáférhetősége mindenütt eléri korlátozott szintet, és az egyik térségben (I.) pedig a legtöbb releváns helyen vannak ilyen típusú szolgáltatások. Az országos elérhetőségre vonatkozó percepciók átlagai – 5 fokozatú skála<sup>17</sup> – 3-as érték körül mozognak, azaz a vizsgált általános közösségi prevenciók megoldások általában korlátozottan, a releváns helyek többségén nem, de több mint néhány helyen hozzáférhetőek. (10. táblázat)

<sup>16</sup> A megkérdezettek válaszaikat ebben az esetben is az alábbi skálán adták meg:

5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van

4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt

3 - Korlátozott: a releváns helyek többségében nincs, de több mint néhányban van

2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van

1 - Nincs: nem létezik

<sup>17</sup> Az alkalmazott skála a fentivel megegyező volt.

Beavatkozási típusok	Térségek <sup>18</sup>					Orsz. átlag <sup>19</sup>
	I.	II.	III.	IV.	V	
Közösségi szinten összehangolt szolgáltatások	2,8	2,4	3,5	1,9	2,5	2,9
Közösségi támogatás, részvételen és felelősségvállaláson alapuló rendszerek	2,4	2,7	3,3	1,4	2,3	2,7
A közösségi csoportok számára szervezett képzések	2,0	2,7	3,5	2,0	2,1	3,0
Ifjúsági tanácsadó központok	2,6	3,2	3,5	2,3	3,4	3,1
Nem fix telephelyű programok a térségben/ közösségben élő fiatalok számára	2,0	3,2	3,2	1,6	2,9	3,0
Alternatívák nyújtása	4,2	3,2	3,2	2,8	3,4	3,2

10. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye az univerzális közösségi prevenció különböző típusainak hozzáférhetőségéről (átlagok)

Az univerzális közösségi prevenció tendenciáinak megítélése során azt tapasztaltuk, hogy ugyan összességében a résztvevők egyértelmű többsége a hozzáférhetőség változatlansága mellett foglalt állást (változatlan: 17 fő; javult: 4 fő; romlott: 7 fő), mindazonáltal két térségben inkább a helyzet rosszabbodásával, egyben pedig a javulásával kapcsolatos vélemények kerültek túlsúlyba. A helyzet romlását érzékelő vélemények mögött a csökkenő források fogalmazódtak meg magyarázatként.

*„Ami még meg tudott élni és meg tudott maradni, az még működőképes, sajnos egyre több bukik be, egyre többet lehetetlenítenek el. Az újaknak meg még nem látjuk a kereteit, az a nagy baj. Nagyon nagy baj. ... Régebben voltak, főleg a civil közösségek számára szervezett képzések ... Most egyre kevesebb pénz van rá és egyre kevésbé jelennek meg ezek a közösségi színtereken... Én is azt mondtam, hogy csökkent, tehát hogy rosszabb lett. Az országos meg még rosszabb. Merthogy ezeknek a jelentős része pályázati forrásokból működik ... És hát az utóbbi két évben nagyon sok akadályoztatása volt ennek a pénznek... A drogprevenciónak is, meg a közösséginek is.” (oktatással foglalkozó, 11 éve prevenciót is végző szervezet Dél-Alföld)*

<sup>18</sup> A cellákban szereplő értékek a térségre vonatkozó, szokásos hozzáférhetőségi skálán (1-nincs, nem létezik; 5-teljes mértékben hozzáférhető, minden releváns helyen van) adott értékelések egyszerű számtani átlagai.

<sup>19</sup> Az oszlopban szereplő értékek az egyes résztvevők által becsült országos hozzáférhetőség szokásos skáláján (1-nincs, nem létezik; 5-teljes mértékben hozzáférhető, minden releváns helyen van) kapott értékek egyszerű számtani átlagai.

A tendenciák bizonytalanságának háttérében az univerzális közösségi drogvenció határainak puhasága érezhető. Ezek a beavatkozások sokszor nehezen választhatók szét a közösségi rendezvények/megmozdulások területén általában érzékelt tendenciáktól, ugyanakkor céljaik és alkalmazott eszközeik tekintetében sokszor kérdéses a szinkronitás. Ez nem csak a tendenciákkal, de általában az univerzális közösségi drogvenció hozzáférhetőségének megítélésére vonatkozó adatokban is visz némi bizonytalanságot.

*Több közösségi rendezvény van. ... hogy jóval több ilyen rendezvény, jóval több ilyen esemény van. ... De most, hogy ez mennyire egészségfejlesztés, mennyire nem, vagy a szervezetek mennyire tudnák ezt a saját javukra fordítani, az szerintem itt a közösségek szempontjából egy érdekes kérdés.. (kulturális területen dolgozó, drogvencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„... én korlátozottan tartom, mert ... vannak ilyen megmozdulások, sok helyen, csak egyszerűen így a magyar kultúrában mintha így összemosódna egy kicsit... mindenhol ott a sörcsap. Egyszerűen, csinálnak egy ifjúsági megmozdulást, ahol sport lesz meg minden, de azért kiteszik az összes sörsátort, hogy azért igyanak is persze. ... Itt a ... fesztivál, kinn vannak a sátrak, és a sör a kezében, magyarázod neki, hogy milyen gáz a szenvedélybetegség. ... Szóval ez a kettősség .... mindig kioltja egy picit a célt a szervezés” (fő tevékenységként szenvedélybetegek rehabilitációjával foglalkozó intézet, Közép-Mo)*

*„Valahogy úgy érzem, hogy ez egy nagyon általános, és ebbe sok minden belefér. ... Vannak, úgy éreztem, de valahogy ezt egy nagy bugyornak tartom....” (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...megjelenik sokszor ez, hogy egészség, de nem az a fő cél, hogy az egészség megőrzés érdekében történjenek dolgok. Vagy hogyha az egészség, mint általános cél meg is jelent, a drogvenció, vagy ... szenvedélybetegség megelőzés <szerepe nem egyértelmű>” (kulturális területen dolgozó, drogvencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...az utóbbi néhány évben rengeteg pályázati forrás van ilyen integrált közösségi terek létrehozása, gyerekesély, egyéb, ilyen kistelepülési hátrányos helyzetű akármilyen fejlesztések, ahol közösségi tereket kell, lehet, ezeket fejlesztik, játszóterek, ilyen alternatív szórakozási /.../, kikapcsolódásra alkalmas. Most van egy ilyen szerencsés támogatás, ami a prevencióra annyira nem fókuszál, de ... ott azért benne van szerintem.” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*



## CÉLZOTT PREVENCIÓVAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK

Célzott prevenció (Selective prevention) kutatás során használt – az EMCDDA Q26-os kérdőívében is szereplő meghatározással összhangban lévő – fogalma szerint a teljes populáció csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozza meg, azokat a személyeket, vagy csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők.<sup>20</sup> Az ebbe a csoportba tartozó programoknak tartalmukban és felépítésükben olyannak kell lenniük, hogy a veszélyeztetett csoport valamennyi tagja, esetleges konkrét személyes veszélyeztetettség híján is, képes legyen profitálni ezekből.

### Veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi-alapú beavatkozások

A célzott közösségi prevenció a szakértők percepciói alapján az ország különböző térségeiben nem egyenletesen elérhető (11. táblázat). Két térségben (II. és V.) egyértelműen a korlátozott hozzáférés mellett foglaltak állást a szakértők, másik két térségben (I. és IV.) a vélemények a korlátozott és a ritka hozzáférhetőség között ingadoztak, egy térségben (III.) pedig a szakértői percepciók abba az irányába húztak, hogy bár nem mindenütt, de a legtöbb releváns helyen elérhetőek célzott közösségi beavatkozások.

Összességében a szakértők körében azonban markánsan az a vélemény volt jellemző, hogy korlátozottan, azaz néhány releváns helyen hozzáférhetőek az célzott közösségi beavatkozások, ami az univerzális közösségi prevenció hozzáféréséhez képest kedvezőbbnek mondható. (lásd 11. táblázat utolsó oszlop).

*„Valószínűleg azért is, mert egy kicsit körülhatároltabb terület, ezért a szolgáltatók jobban tudnak erre reagálni.” (9 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

---

<sup>20</sup> A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, vagy egyéb szempontok szem előtt tartása mellett, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma-viselkedés kialakulása között. Ilyen veszélyeztetett csoportok lehetnek: hajléktalanok, kisebbségek tagjai, problémás diákok, iskolából kimaradó fiatalok, intézetben élő fiatalok, fiatal bűnelkövetők, partizó fiatalok, rossz környéken élő fiatalok, bevándorlók, beilleszkedési problémákkal küzdők, hiperaktív fiatalok, veszélykeresők, kondi terembe járók (szteroidokat, teljesítménynövelő szereket fogyasztók).

Hozzáférhetőség	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Teljes mértékben	0	0	0	0	0	0
Kiterjedt	0	0	4	0	0	4
Korlátozott	2	5	2	3	7	19
Ritka	2	0	0	4	0	6
Nincs	0	0	0	0	0	0
Nincs információ	0	0	0	0	0	0

11. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az célzott közösségi prevenció mennyire hozzáférhető<sup>21</sup> a térségben (fő)

A különböző – az EMCDDA célzott prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ26) 2.2-2.10. kérdései alapján vizsgált – célcsoportokra irányuló célzott közösségi beavatkozások hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes térségekben kapott átlagértékek meglehetősen széles tartományban, – 5 fokozatú skálán<sup>22</sup> – 1 és 4 között, azaz a „nem létezik”, és a „kiterjedt” hozzáférhetőség között helyezkednek el. A különböző célcsoportok között nem találtunk olyat, melynek a hozzáférése más csoportokhoz képest jelentősen eltérő volna.<sup>23</sup> A különböző célcsoportokban viszonylag kiegyenlítettként észlelt rendelkezésre állás mögött esetleg feltételezhető a szolgáltatások valamiféle „behelyettesíthetősége”:

*„...nagyon sok esetben egy univerzális megközelítéssel, vagy módszertanában inkább univerzális megközelítéssel vannak jelen. Tehát, hogy például ugyanaz a program megy az állami gondozottaknak, meg az iskolai prevenció programban... tehát módszertanában nem különül el nagyrészt” (kulturális területen dolgozó, drogvencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...azért én még olyan módszertannal nem találkoztam, hogy hajléktalanoknak a drogvenciója, vagy ártalomcsökkentése. Vagyis ehhez úgy mindenki ért, mert persze, van szenvedélybeteg. Vagyis, hogy én úgy gondolom, hogy ez egy, módszertanában nincs, (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

<sup>21</sup> A megkérdezettek válaszaikat ebben az esetben is az alábbi skálán adták meg:

5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van

4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt

3 - Korlátozott: a releváns helyek többségében nincs, de több mint néhányban van

2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van

1 - Nincs: nem létezik

<sup>22</sup> Az alkalmazott skála a fentivel megegyező volt.

<sup>23</sup> A menekültek esetében több térségben kaptunk ugyan nagyon alacsony átlagokat, azonban ez annak a következménye, hogy az adott térségben nem jellemző ennek a célpopulációnak az előfordulása.

A szolgáltatásoknak ugyan nominálisan sok esetben eltérő a volumene a különböző célcsoportokban, azonban a célpopuláció nagyságának különbségei ezeket kiegyenlítik: pl. sok party-szerviz működik, de sok rendezvényen nem elérhető, akkor korlátozott a hozzáférés, vagy van viszonylag sok szociálisan hátrányos környéken élőkre irányuló program, de:

*„Lassan a fél országot lehetne preventálni ezen az alapon. Tehát most nagyon fontos ez a csoport, csak nincs annyi program, ami elég lenne. (12 éve drogprevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*A party, fesztivál látogatóknál, ... kevesen vagyunk, és több kéne. .. nem igazán van ez a szórakozóhelyeken megoldva, hogy valamiféle infót kapjanak, vagy segítséget. (12 éve drogprevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„... rengeteg roma program fut, ezek különféle céllal, de megtalálható benne a drogprevenció is, illetve a hajléktalanokra irányuló programok, hiszen ott is vannak speciális szakemberek, meg vannak olyan speciális otthonok is, ahol, ha nem is kifejezetten az illegális szerhasználókkal, de az alkohol fogyasztókkal foglalkoznak. ....Nagy mennyiség, de nem fedi le <a szükségleteket>.” (20 éve drogellátással, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„... a szociálisan hátrányos környéken élő fiatalok, ... minden városban van egy, ... viszont meg vagyok győződve, hogy azért nem ennyi hátrányos helyzetű, .... És én azt hiszem, a slamosodás miatt, meg a válság miatt, ez egyre több helyen kellene, csak így minden város így be tud dobni egy-egy helyet. (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

A térségek között azonban viszonylag jelentős különbségek rajzolódtak ki: találkoztunk olyan térséggel, ahol a helyi szakemberek szerint minden célcsoport számára több mint néhány, s egyes célcsoportok számára a legtöbb releváns helyen hozzáférhetőek a célzott beavatkozások (II.), míg van olyan térség (IV.) ahol minden célcsoport számára jellemzően csak néhány helyen áll rendelkezésre célzott közösségi intervenció.

Az országos elérhetőségre vonatkozó percepciók átlagai 3-as érték körül mozognak, azaz a vizsgált célcsoportok általában korlátozottan, a releváns helyek többségén nem, de több mint néhány helyen hozzáfér közösségi beavatkozásokhoz. (12. táblázat)

Célcsoportok	Térségek <sup>24</sup>					Orsz. átlag <sup>25</sup>
	I.	II.	III.	IV.	V	
Szociális, oktatási problémákkal küzdő tanulók	2,5	3,2	3,8	2,3	3,6	3,3
Menekültek	1,7	3,0	2,0	1,0	3,0	2,8
Különböző etnikai/kisebbségi csoportok	2,5	3,4	4,0	2,1	2,8	3,3
Hajléktalanok	2,7	3,6	3,0	1,6	3,2	2,9
Fiatal bűnelkövetők	2,3	4,0	3,2	2,1	3,6	3,2
Állami gondozottak	3,7	3,8	3,3	1,9	3,7	3,2
Szociálisan hátrányos környéken élő fiatalok	3,0	3,2	3,3	2,0	2,9	3,1
Party/fesztivál látogatók	3,0	3,3	3,3	2,5	3,1	3,2

12. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye a különböző célcsoportokra irányuló célzott közösségi prevenció hozzáférhetőségéről (átlagok)

A különféle veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi beavatkozások tekintetében a területi szakértők többnyire kedvező irányú változásokról, illetve a szolgáltatások változatlan elérhetőségéről számoltak be (javuló: 16 fő; változatlan: 10 fő). A relatíve kedvező tendenciák mögött többen említették a szakmai-integráció növekedését, ami segített szinten tartani a csökkenő források mellett is a közösségi ellátást a célzott prevenció területén:<sup>26</sup>

*„A szolgáltatók számában talán nem <történt változás>, az információáramlás, én is ezt érzékelem, hogy jobb lett, és az együttműködés. Tehát, hogy ezek a különböző információs kiadványok miatt én azt gondolom, meg akár az ilyen kutatások miatt, vagy bármi miatt, tehát, hogy az, hogy jobban tudunk egymásról, és jobban keressük, ez én azt gondolom, jobb lett.” (5 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„Én is azt hiszem, hogy a szakma, a szakemberek elkezdtek egymás fele jobban összekapaszkodni, és erősíteni egymást, azért, mert a lehetőségek nehezebbek, és egyszerűen rá vagyunk kényszerítve arra, hogy az energiáinkat összesítsük, és támogassuk egymást. Tehát ezért érezhető.”*

<sup>24</sup> A cellákban szereplő értékek a térségre vonatkozó, szokásos hozzáférhetőségi skálán (1-nincs, nem létezik; 5-teljes mértékben hozzáférhető, minden releváns helyen van) adott értékelések egyszerű számtani átlagai.

<sup>25</sup> Az oszlopban szereplő értékek az egyes résztvevők által becsült országos hozzáférhetőség szokásos skáláján (1-nincs, nem létezik; 5-teljes mértékben hozzáférhető, minden releváns helyen van) kapott értékek egyszerű számtani átlagai.

<sup>26</sup> Az általános prevenció területén ilyen kiegyenlítő mechanizmusokat nem tapasztaltunk. A megkérdezettek szerint ennek oka az, hogy „az általános prevencióban több szakmának (tanárok, védőnők, stb) kellene együttműködni, amelyek nagyon más szakmai elvek mentén működnek,

*(közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet”, Közép-Mo)*

*„A kompetenciahatárok nálunk legalábbis sokkal inkább kezdenek letisztulni ...és mindenki akkor a saját kompetenciahatárain belül tudja sokkal inkább az energiáit befektetni. ... célzott prevencióba ... jobban ismerjük egymást, meg egy kliens körre utazunk, .... És ezért van az, hogy itt jobban <sikerül a forráscsökkenés ellensúlyozása>” (városi KEF, Közép-Mo)*

Ugyanakkor a szinten tartással kapcsolatba is fogalmazódtak meg kételyek:

*Az együttműködés javulásával egyetértek, csak, hogy mennyire marad szinten, azt nem tudom teljesen megítélni. (12 éve drogprevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

## Veszélyeztetett csoportokra irányuló családi-alapú beavatkozások

A célzott családi prevenció a szakértők percepciói alapján az ország különböző térségeiben nem egyenletesen elérhető (13. táblázat). Három térségben (I. IV. és V.) ritka, csak néhány releváns helyen van, egy térségben (II.) a helyi szakértők egyértelműen amellet foglaltak állást, hogy ugyan a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van, s egy másik térségben (III.) pedig a szakértői percepciók az jelzik, hogy bár nem mindenütt, de a legtöbb releváns helyen elérhetők célzott családi beavatkozások.

Összességében a szakértők körében azonban leginkább az a vélemény volt jellemző, hogy a célzott családi-alapú prevenció leginkább csak néhány releváns helyen hozzáférhető, ami az univerzális családi prevenció hozzáféréséhez hasonló. Azonban eltérések is megfigyelhetők: míg az univerzális családi prevenció esetén előfordultak olyan vélemények, melyek a térségükben nem létezőnek ítélték a beavatkozást, és sehol nem talákoztunk kiterjedt hozzáféréssel, addig a célzott családi prevenció esetében a helyi szakemberek szerint mindenütt van valamilyen szintű szolgáltatás, és van olyan térség ahol a legtöbb releváns helyen elérhetők a családi-alapú beavatkozások. (lásd 11. táblázat utolsó oszlop). Az univerzális családi prevencióval kapcsolatos kérdések tárgyalásakor is az a tendencia volt érzékelhető, hogy a családi-alapú megközelítések inkább a célzott beavatkozások körében jellemzőek, bár sok kétely is megfogalmazódott ezen beavatkozások működőképességével kapcsolatban a veszélyeztetett családok nehéz megközelíthetősége miatt.

*„Énnekem egyébként nem azzal van bajom, segíteni annak lehet, aki kéri a segítséget. Szolgáltatás van, csak ez az a terület már, amikor az ő motivációján nagyon sok minden múlik.” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„a szervezők részéről az akarat megvan, hanem a motiváció, az érdeklődés az ő részükről nehezen felkelthető.” (felnőttképzéssel, de 5 éve drogvencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Ny-Dunántúl)*

Hozzáférhetőség	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Teljes mértékben	0	0	0	0	0	0
Kiterjedt	0	0	5	0	0	5
Korlátozott	1	4	0	2	2	9
Ritka	3	0	1	5	5	14
Nincs	0	0	0	0	0	0
Nincs információ	0	0	0	0	0	0

13. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az célzott családi prevenció mennyire hozzáférhető<sup>27</sup> a térségben (fő)

A különböző veszélyeztetett családokra irányuló beavatkozások összességében alacsony hozzáféréseinek okát a szakemberek egyrészt a problémás családok nehéz megközelíthetőségében látják (ami magában foglalja általában családok megszólíthatóságával kapcsolatos azon problémákat, amiket már az univerzális családi prevenciónál is jeleztünk), továbbá a problémás családok rejtőzködő magatartását) (i) illetve az elérést nehezítő intézményi struktúrák, tárgyi és személyi feltételek hiányát említik (ii):

(i)

*„Tudod, a szülői mivoltát, úgy érzi, azt kérdőjelezzük meg, hogy ő most jó szülő, vagy rossz szülő? Tehát rohadtul nem erről van szó már, vagy sose volt erről szó. Hanem a problémát kéne megoldani közösen. De ő nem akar ebben részt venni.” (fő tevékenységként szenvedélybeteg rehabilitációjával foglalkozó intézet, Közép-Mo)*

*„Nagyon sokszor azt gondolom, hogy nem annak szolgáltunk, akire azt mondanám, hanem, akit el tudok érni. ... ez is érdekes, hogy emiatt maradhatnak ki csoportok, mert a könnyebb irányába hajlik az ellátó rendszer is, akit könnyebb elérni. És nem a rászorultság alapján. (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

<sup>27</sup> A megkérdezettek válaszaikat ebben az esetben is az alábbi skálán adták meg:

5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van

4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt

3 - Korlátozott: a releváns helyek többségében nincs, de több mint néhányban van

2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van

1 - Nincs: nem létezik

(ii)

*„...még nagyon sok lépés kell hozzá. Tárgyi, szemléleti, személyi téren..”. (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*<milyen okai vannak....?> „Hát, az ellátási forma, a létszám. Tehát lenne rá igény, meg mostanában már ... kezdtek bejönni egyre jobban a hozzátartozók is, nemcsak a szenvedélybeteg. Viszont az anyagi és emiatt ugye a humánerőforrás nincs meg hozzá. (11 éve szenvedélybeteg ellátással, 9 éve drogvencióval is foglalkozó szervezet, Dél-Alföld)*

A különböző – az EMCDDA célzott prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ26) 3.2-3.7. kérdései alapján vizsgált – célcsoportokra irányuló célzott családi beavatkozások hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes térségekben kapott átlagértékek – 5 fokozatú skálán<sup>28</sup> – 1,5 és 3,7 között helyezkednek el. A különbségek inkább területi mintázódást takartnak, mintsem a különböző célcsoportok jelentősen eltérő hozzáférést, bár az egyes célcsoportok vonatkozásában megjelenő viszonylag homogén átlagok mögött is eltérő szakértői percepciók állnak. A mintázódást a szakértői vélemények szerint azt okozza, hogy bizonyos típusú a problémák intézményi struktúrához való kötöttsége jótékony hatással van ezen problémákkal rendelkező családok bevonhatóságára.

*„Hát, mert itt ez a közösségi pszichiátriai ellátás kapcsán, ez a két csoport átfed, vagyis, hogy a mentális, és úgy tűnik, hogy a mentális betegeket könnyebb megcélozni, és akkor így egyben meg lehet közelíteni. Vagyis, hogy a mentális problémás családok jobban kezelhetők, a család jobban érzi a felelősségét” (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„.... a mentális problémákkal küzdő családoknál, a kisebbségi marginalizálódott, szociálisan hátrányos környéken élők, hátrányos helyzetű család .... egyrészt a társadalmi elvárás, másrészt a lehetőség. Tehát, hogy megvan egy jól kiépült ellátó rendszer, ami a lehetőségét adja annak, hogy ezek az emberek bemenjenek az ellátó rendszerbe. (kulturális területen dolgozó, drogvencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...én úgy látom, hogy a mi környékünkön a mentális problémákkal küzdő családok problémái nincsenek megoldva. Mert, hogy bizonyára igényelnék a segítséget, mint ahogy ... mondja, csak nincs hová menniük, nincs hová fordulniuk segítségért” (20 éve drogvencióval, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

---

<sup>28</sup> Az alkalmazott skála a fentivel megegyező volt.

Célcsoportok	Térségek <sup>29</sup>					Orsz. átlag <sup>30</sup>
	I.	II.	III.	IV.	V	
Szerhasználattal küzdő családok	2,5	3,2	3,2	2,4	2,4	2,8
Szociálisan hátrányos helyzetű családok	2,8	3,4	3,7	2,4	2,8	3,0
Konfliktusos, elhanyagoló családok	2,3	3,0	2,8	1,9	2,4	2,6
A büntető igazságszolgáltatás látókörébe tartozó családok	1,8	2,5	3,0	1,5	2,0	2,4
Mentális problémákkal küzdő tartozó családok	2,5	3,2	2,7	1,6	2,4	2,6
Kissebsegi, marginalizálódott családok	2,3	3,0	3,0	1,8	2,0	2,8
Szociálisan hátrányos környéken élő családok	2,3	3,0	2,8	2,1	2,1	2,9

14. táblázat: A résztvevő szakértők véleménye a különböző célcsoportokra irányuló célzott családi prevenció hozzáférhetőségéről (átlagok)

A különféle veszélyeztetett csoportokra irányuló családi-alapú beavatkozások elérhetősége tekintetében összességében a területi szakértők többnyire kedvező irányú változásokról számoltak be (javuló: 17 fő; változatlan: 4 fő; rosszabb: 3 fő), de többen említettek kedvezőtlen jelenségeket is.

*„Szerintem tendenciában ... ez a fajta szemlélet terjed el, de még nagyon sok lépés kell hozzá. Tárgyi, szemléleti, személyi téren, vagyis, hogy a nullához képest már sokat haladtunk, de az össz család létszámhoz képest, vagyis, hogyha azt nézem, hogy mennyit érünk el, azért még nagyon távol áll. De ahhoz képest, ahol tartottunk, ahhoz képest meg igen.” (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„Nagyon sok területen átszervezés volt, finanszírozás, humánerőforrás változások vannak. Tehát, hogy átrendeződött az ellátó rendszer. Nekem azért van most egy ilyen lefele menő..” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„...az elmúlt években egyrészt volt egy felfelé ívelő, ez a közösségi típusú ellátások, normatíva lehvívás, fejlődő szolgáltatások, stb. Viszont a családsegítés és gyermekjólét kapcsán, a kistérségi kiszervezések, illetve a*

<sup>29</sup> A cellákban szereplő értékek a térségre vonatkozó, szokásos hozzáférhetőségi skálán (1-nincs, nem létezik; 5-teljes mértékben hozzáférhető, minden releváns helyen van) adott értékelések egyszerű számtani átlagai.

<sup>30</sup> Az oszlopban szereplő értékek az egyes résztvevők által becsült országos hozzáférhetőség szokásos skáláján (1-nincs, nem létezik; 5-teljes mértékben hozzáférhető, minden releváns helyen van) kapott értékek egyszerű számtani átlagai.



*nagyobb települési vagy megyeszékhelybeli átszervezések kapcsán szerintem kifejezetten romlott. Nőtt a kliens szám, és jóformán egy fajta ilyen papírtologatásba ment át a történet. Tehát, hogy iszonyatosan megnőtt a kliens szám, tehát az ügyszám ilyen módon, és ehhez nem alkalmazkodott az adott intézménynek a humánerőforrás fejlesztése. Tehát dupla olyan kliensszámot lát el ugyanolyan létszámmal egy családsegítő, vagy egy gyermekjóléti, mint mondjuk 3 évvel ezelőtt.” (kulturális területen dolgozó, drogvencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„Hát a figyelem az szerintem nagyobb” (rendvédelem, Közép-Ny-Dunántúl)*

## NÉHÁNY ÁLTALÁNOS KÉRDÉS A PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOKKAL KAPCSOLATBAN

### Szervezeti háttér, finanszírozás

A néhány évvel ezelőtti kutatási adatok (Paksi és Arnold, 2010) azt mutatták, hogy a prevenciót, azt mintegy 70%-ban civil szolgáltató végzik minden területen, általános, célzott prevenció területen egyaránt. A szakértők véleménye szerint az utóbbi időszakban egyrészt az állami/önkormányzati szerepvállalás további csökkenése észlelhető (i), ugyanakkor a forprofit szféra szerepvállalásának nem, vagy csak minimális mértékű, sokszor megkérdőjelezhető minőségű növekedése tapasztalható (ii):

(i)

*„...ha az ÁNTSZ-t nézzük, az ÁNTSZ-ben a struktúraváltást, .. forrás és humánerőforrás problémák miatt azt gondolom, hogy csak egy-egy ponton maradt benne. Tehát azok az állami szereplők, akik eddig fel voltak ruházva, de gondolhatnék itt az Egészségfejlesztési Intézetre, az ÁNTSZ teljes rendszerére. És szerintem az önkormányzat is, amennyire ki lehet vonulni, kivonul..” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„Állami, az szinte teljes egészében, illetve az önkormányzat, amiből lehet, abból kivonul. Sőt, még a nonprofitoknak a támogatását is megvonja.” (20 éve drogellátással, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„A keretek is csökkennek, tőle is vesznek el forrásokat ... Én azt látom, hogy <az önkormányzat> amiből tud, abból kihátrál, akár legyen az prevenció, akár pedig ellátás, kihátrál.” 14 éve szenvedésbeteg ellátást, 12 éve prevenciót is végző szervezet, D-Dunántúl)*

(ii)

*„Én nagyon kevésé látom a forprofitnak a megerősödését. Szerintem elhanyagolható.” (kulturális területen dolgozó, drogvencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„... néhány forprofit szervezet az, aki valóban úgy a pályázatok kapcsán belép a rendszerbe. Én inkább a felhígulást érzem..” (20 éve drogvencióval, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

Ugyanakkor felvetődött az is, hogy a Nemzeti Alaptanterv 2011-es változása kötelezővé tette a prevenció feladatok végzését az iskolák számára, s amennyiben ezt saját erőforrásból oldják meg, az az állami/önkormányzati szerepvállalás növekedését eredményezné, azonban a szakértők kételyeiknek adtak hangot azzal kapcsolatban, hogy az iskolákra ráterhelhetőek-e a prevenció feladatok, ezek a változások eredményeztek-e tényleges változásokat:

*„Prevenció tevékenységet az iskolának deklaráltnan végeznie kell... Nem tudom eldönteni, hogy milyen szintű. ... beírják, de hogy mit tesz, azt nem tudom”. (városi KEF, Közép-Mo)*

*„Ha államinak és önkormányzatinak tekintjük az iskolákat, akkor egyre inkább, és ugye, itt most általánosságban beszélünk, akkor nekem, mind kommunikációban, mind állami, önkormányzati iskolai, vagy köznevelési törvény kapcsán az a meglátásom, hogy túl akarják őket terhelni, és egyszerűen nem fogják tudni átvállalni. .... nem fogják tudni elbírní.” (kulturális területen dolgozó, drogvencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

A néhány évvel ezelőtti kutatási adatok azt is jelezték, hogy a prevenció programok finanszírozása elsősorban pályázati keretekben, állami forrásokból történik, a helyi forprofit vagy önkormányzati források jelenléte nem jellemző, mint ahogy a működés kiszámíthatóságát/fenntarthatóságát javító stabil, állandó költségkeretek jelenléte sem. A szakértők véleménye szerint helyi források bevonására továbbra is kevés lehetőség nyílik, sokszor jelképes mértékűek, ma is nagyon kis részt képviselnek egy-egy szervezet költségvetésében (i) a helyi források az évek óta folyamatosan csökkenő állami pályázati forrásokat nem tudják ellensúlyozni (ii), s a kieső forrásokat a szervezetek egyre több, sokszor erőn felüli önkéntes munkával próbálják pótolni (iii):

(i)

*„Pékségből kapok egy kiló kenyeret a programomra, ha kérek... ez volt, és van.” (5 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„Egy-két társadalmi felelősségvállalás program azért működött. Mondjuk kiírt bizonyos nagy cég pályázatokat, mondjuk nem feltétlenül drogvencióra,*

*hanem úgy egyéb prevencióra.” (7 éve gyermek és ifjúságvédelmi feladatokat, 3 éve drogprevenciót is végző, szervezet, D-Dunántúl)*

*„Az utóbbi három évben elindult egy folyamat, és most ott járunk, hogy az idei évben közel egy millió forintot kaptunk ... teljesen civilektől, személyektől kaptuk. 300-zal kezdtük az első évben, most 800. Megy ez fölfelé szépen, de ehhez az kellett, hogy nem csak így taposni, és bemutatni a programot, hanem a személyes kapcsolat kialakítása is nagyon fontos volt. A korrekt elszámolás is rengeteget nyom.... két kistéleplési önkormányzat hozzájárult úgy, hogy ők kerestek meg minket, és nem én őket.” (városi KEF, D-Dunántúl)*

*„A kistérségünkben annyira rossz helyzetben vannak az önkormányzatok, hogy ... erre abszolút, tehát a prevencióra abszolút csak a pályázatok. (egészségügyi alapellátással foglalkozó, de 11 éve prevenciót is végző intézmény, Dél-Alföld)*

*„Szerintem jellemzően maradtak az állami források azért. Tehát a helyi források azok vagy minimális programokra elegendőek, vagy pedig egy önrésznek mondjuk egy komplexebb programhoz egy állami támogatás mellett.” (közigazgatási szervezet, Dél-Alföld)*

(ii)

*„Csökkennek a pályázati források, de nincs utánpótlás. Tehát plusz forrás nincsen.” (20 éve drogellátással, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„Csökkent az önkormányzati egészségügyi bizottsági támogatás és inkább mondjuk csak a pályázatok.” (felnőttképzéssel, de 5 éve drogprevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Ny-Dunántúl)*

(iii)

*„Amit én látok, és többektől hallom, hogy ezt a forráshiányt önkéntes munkával próbálják meg áthidalni... forrás nem jelenik meg, az önkéntes munkának egy fajta, idézőjeles kikényszerítődése történik.” (kulturális területen dolgozó, drogprevencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...ha vannak olyan emberek a településen, ... akár egy családsegítő vagy egy védőnőnek marad még annyi energiája meg kompetens, meg mondjuk a családja elviseli azt, hogy ... hajnali 2-3-kor járunk haza, szombat vasárnap bent vagyunk. Így tudunk pályázni, pályázatot írni és megvalósítani meg elszámolni és a prevenciót végezni, de egyébként meg nem.” (egészségügyi alapellátással foglalkozó, de 11 éve prevenciót is végző intézmény, Dél-Alföld)*

Elhangzottak olyan, a terület fenntarthatóságával kapcsolatos aggodalmakat kifejező vélemények is, mely szerint a korábban is alacsony mértékű állami/önkormányzati szerepvállalás kedvezőtlen tendenciái, illetve a forprofit továbbra is minimális megjelenése mellett a nonprofit szervezetek is egyre kevésbé tudják ellátni a feladatokat:

*„... a nonprofit szervezetek gyakorlatilag, az én véleményem szerint gyengülnek, mert nem tudják magukat fenntartani.” (20 éve drogellátással, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

## Kutatások, minőségbiztosítás

Arra vonatkozóan, hogy helyi/regionális szinten megjelennek-e valamilyen standardok, teljesítménymutatók, értékelési, szabványok és iránymutatások, a prevenció munka területén, s ezek befolyásolják-e a programok támogatását, többnyire röviden az a választ kaptuk, hogy „nem tudok róla”, illetve hogy ritka, nem jellemző:

*„Nincsenek. Én tényleg ebben látom a legnagyobb hiányt. „...nincsenek megmérve az iskolák, nincsenek felmérve az igények, szükségletek ilyen módon, és nincsenek megmérve a programoknak a hasznossága. Még olyan szervezeti szinten sem, egyénileg, hogy most én megcsináltam egy 5 órás foglalkozást, legfeljebb csak egy ilyen tetszési indexet vegyek fel, még csak ennyire sem.” (kulturális területen dolgozó, drogvencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„Ez szakemberfüggő, szervezetfüggő, tehát hogy ... elkötelezett. ...Kinek milyen igénye van rá. ...Tehát ez a verseny szakmai igénye már.” (többen, K-Mo)*

*„Inkább ilyen bizalmi rendszer működik szerintem, legalábbis én úgy tapasztalom helyi szinten is.” (közigazgatási szervezet, Dél-Alföld)*

Mindazonáltal néhány program esetében beszámoltak a szakemberek saját használatra, illetve saját ambícióból végzett, nem publikált értékelő vizsgálatokról (i), előfordult a programot koordináló szervezet által előírt, kidolgozott módszertannal végzett monitorozás is (ii), s néhányan valamilyen, a szükségletek feltárását célzó vizsgálatokról tudósítottak (iii):

(i)

*„Minőségbiztosítás mentén dolgozunk mi, mindenről feljegyzés készül, számadataink vannak, az intézményen belül. ... az összes óráról, mindenről, hányan vettek részt, fiúk, lányok, osztályfőnök bent volt-e? Intézményen belül...mi ezt használjuk. Nem publikáljuk....egy éven keresztül, az iskolai védőnőkkel dolgoztuk, közösen tartottunk órákat, ennek a tapasztalatát felhasználva ... kidolgoztunk egy tematikát. ... szeptembertől már az új programfüzet eszerint megy” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„Saját programjaink esetében szoktunk a program végén egy ilyen rövid értékelést kérni.” (20 éve drogellátással, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„Mi például 2011-ben csináltunk ilyen előkérdőívet is, meg a végén még utókérdőívet is, amivel megpróbáltuk monitorozni, és a tapasztalatok alapján majd a későbbiekben formálni a programot. A pályázatot magát is így nyújtottuk be .... A mi programunk ilyen szempontból tekinthető modell programnak is, mi ilyen bábos, animációs technikával dolgoztunk, s kíváncsiak voltunk arra, hogy a gyerekeknek a program elemei közül melyik volt az, ami bejött és nem jött be. Egyértelműen láttuk, hogy a bábos részek, azok nagyon bejöttek, azok ilyen iszonyú magas értékeket kaptak, míg mondjuk a sima beszélgetős, ismeretátadás részek, azok kevésbé. Tehát, hogy mi ezért is csináltuk, programfejlesztéshez is kellett, meg az emberben benne van ez a szakmai kíváncsiság is, hogy most tud-e valamit, vagy nem tud a program? (kulturális területen dolgozó, drogpreevencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

(ii)

*„Mi csinálunk egy stresszkezelő tréninget... Annak van egy kidolgozott értékelő kérdőíve. Előkérdőív, utókérdőív, és utánkövetésnél. Az egy tudományosan megalapozott, viszonylag hosszú, ...nagyon sok kérdőívet feldolgoztunk, és nagyon érdekes egyébként. Van tudományos bizonyíték, hogy az ő ilyen-olyan készsége hogy változott. Egyedül ez a program az, amit így nagyon értékelünk, mert hogy a ... <a programok koordináló társaság> nyomást gyakorol ránk...” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

(iii)

*„Hát mi általában ... minden pályázat beadása előtt több száz kérdőívet szoktunk kitölteni vagy ... ahol csak egy bizonyos létszám, akkor kevesebbet és akkor az ő igényeikhez mérjük.” (egészségügyi alapellátással foglalkozó, de 11 éve prevenciót is végző intézmény, Dél-Alföld)*

*„Rendszeresen, évente vannak „házi” vizsgálatok. Teljesen általánosan a drogfogyasztástól kezdve, még az egészségfejlesztést is hozzávettük, tehát sok mindent. A drogfogyasztási szokások, amivel prevencióban találkozunk, most egy pályázat keretében is csináltunk egy ilyen kérdőívet és azt elég sokan kitöltötték. Zömében iskolákban igen, ott megcsinálták, illetve a különböző rendezvényeken ott részt vettek ezek is. (közigazgatási szervezet, Dél-Alföld)*

*+Nálunk volt egy kutatás 2011-ben ... a KEF csinálta és nyolcadikosokat és tizedikeseket kérdezték meg a szerhasználatról.” (11 éve szenvedélybeteg ellátással, 9 éve drogpreevencióval is foglalkozó szervezet, Dél-Alföld)*

Beszámoltak a résztvevők ugyanakkor félresiklott kutatási próbálkozásokról (i), illetve a kutatások kivitelezése területen jelentkező nehézségeikről, forrás- és kutatástechnikai hiányosságokról is (ii).

(i)

*„... van egy közösség egészségfejlesztő program, ami a kistérségben folyt, és egy ilyen rövidített kérdőívet használtunk, vettünk át elemeket ebből a hosszabb kérdőívből is, illetve, mennyit változott az egészsége, az életminősége, a boldogsága? Hogy tetszettek a programok? Mit szeretne, mit nem szeretne? Az a baj, ... hogy ugyanazokat az embereket nem sikerült lekérdezni, úgyhogy keményen támadható, így aztán nem nagyon lebegtetném. (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„És még .. csináltunk egy ilyen, az is egy életkészség program volt, amit szintén próbáltunk így kérdőívvel mérni. Nem igazán voltak eredmények. ... előtte, utána is volt... Végül is lekérdeztük az egész populációt is, meg azt a csoportot is, akivel mi dolgoztunk. Itt azért volt nehéz, mert számtalan program futott, ..., általános prevenció, életkészség, stressz, meg nem tudom, ... Viszont nem néztük meg, hogy speciálisan melyik hatott jobban, vagy kevésbé...” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

(ii)

*„Azt gondolom, hogy sokszor az értékelésnek a szakmai háttere hiányzik. Tehát ahhoz, hogy mi felkészülten tudjunk értékelni, én hiába tanultam az egyetemen, meg dolgozunk szociológusokkal együtt, ahhoz sok minden kell a lelkesedésen túl, némi forrás is pluszban, némi önkéntes munka pluszba... azt gondolom, hogy itt hasonlóképpen máshoz, kellene silabusz. Tehát hozzáértő azt mondja, ... ezt kell kitölteni ... segítünk feldogozni. Tehát így működhet, egyébként nem várható el egy prevenció szakembertől, hogy a kutatásnak ezen a szintjén naprakész legyen. „ (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„Mindenképpen kell külső szakember bevonása. Az viszont pénzbe kerül, azt meg kell fizetni. A felvett kérdőíveket be kell rögzíteni, még, ha én be is rögzítem, azt le kell futtatni, stb. Tehát, hogy azért ennek vannak terhei. És nagyon sokszor éppen ezért nem valósul meg egyrészt, hogy szakértelem hiánya, másrészt meg az, hogy azt mondja, hogy most kapok ezért a foglalkozásért 5000 forintot, hát most én ne fogom beáldozni annak érdekében, hogy mondjuk, 3500-at kapjak, mert 1500-at odaadok az értékelésre.” (kulturális területen dolgozó, drogvencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...annyira minimális maga a pályázatnak az igényelhető összege, hogy abba nagyon nehéz <azé értékelés költségigényét érvényesíteni>.” (20 éve drogvencióval, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

## FELHASZNÁLT IRODALOM

Gondi J., Magi A., Paksi B. (szerk.) (2010): „Függő(k) kapcsolatok” – TÁMOP – 2.5.1.-07-2008-0136 – Projekt - összefoglaló kiadvány. Budapest

Krueger, R.A. (1988). Focus groups. A practical guide for applied research. Newbury Park, CA. Sage Publications

Merton R.K., Fiske M., Kendall, P.L. (1990): The Focused Interview. American Journal of Sociology, 51, 541-557.

Nádas E., Paksi B. (2009): Megelőzés. In: Felvinczi K., Varga O. (szerk): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. SzMM, Budapest, 2009. (95-119)

Nádas E., Paksi B. (2011): Prevenció. In. 2010-es éves jelentés az EMCDDA számára - Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Nemzeti Fókuszpont, Budapest, (14-32)

Paksi Borbála, Arnold Petra (2010): Az ország három régiójában drog területen jelen lévő civil szervezetek jellemzői, az általuk végzett tevékenység tartalmi vonatkozásai és a projekttel szembeni igények. <http://www.madaszsz.hu/beszam.php>

Paksi B., Felvinczi K., Schmidt A. (2010): Az iskolák prevenció aktivitása. In. Paksi B., Demetrovics Zs. (szerk): Drogprevenció és egészségfejlesztés az iskolában. NDI. L'Harmattan, Budapest, (95-170)

Paksi B. (2010): A közoktatási intézmények prevenció kompetenciáinak és tevékenységének változásai az utóbbi 5 évben. Addiktológia, 2010.3. (185-215)

## MELLÉKLETEK



**DROGPREVENCIÓ MAGYARORSZÁGI HELYZETE  
FÓKUSZCSOPORT VEZÉRFONAL**

<b>Téma</b>	<b>Módszer</b>	<b>Idő</b>	<b>Kum</b>
<b>BEVEZETÉS</b>		<b>5</b>	<b>5</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– A moderátor és az asszisztens bemutatkozása</li> <li>– A beszélgetés célja, témája: A prevenció helyzetével kapcsolatos kérdésekről beszélgetünk. A kérdések megválaszolása során a 2011-es naptári évre gondoljanak, és elsősorban arra a térségre, melyben az önök szervezete tevékenykedik. Időnként az országos helyzetre vonatkozóan teszünk fel kérdéseket, de azt minden esetben jelezzük.</li> <li>– A beszélgetés jellemzői/szabályai <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tegeződés vagy magázódás</li> <li>▪ nincsenek rossz vagy jó válaszok,</li> <li>▪ mindenki elmondhatja a véleményét, lehet vitatkozni, de nem kell meggyőzni egymást</li> <li>▪ lehet egymástól kérdezni, de ne vágjunk egymás szavába</li> </ul> </li> <li>– Telefonokat kikapcsolni</li> <li>– Névtáblakészítés</li> <li>– Engedélykérés a felvételkészítéshez, felvételkészítés indoka, adatkezelés-anonimitás</li> </ul> <p>A beszélgetés tervezett időtartama: kb. 2 óra</p>			
<b>BEMUTATKOZÁS</b>		<b>10</b>	<b>15</b>
Először arra kérnék mindenkit, hogy töltsse ki ezt a rövid kérdőívet a szervezetéről.	1. Kérdőív	3	
<p>Kérem, szóban is mutatkozzanak be néhány mondatban. A bemutatkozás során a következőkre térjenek ki:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– melyik szervezettől jött</li> <li>– mióta foglalkozik a szervezet drogvencióval,</li> <li>– a szervezet fő tevékenységként végzi-e a drogvenciót?</li> </ul>	Körbe menni mindenkit kérdezni	7	
<b>ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ</b>		<b>78</b>	<b>96</b>
<p><b>Önök szerint mik azok a keretek, amelyekben</b> az általános prevenció az önök térségében megvalósul?  általános egészségfejlesztés; közegészségügyi megelőzés; a szenvedély magatartások megelőzése; drogokkal kapcsolatos információ átadás (legális drogokat is beleértve)</p>	A felmerülő kereteket felírni a táblára.	3	

Kérem, rangsorolják ezeket! Önök szerint melyik a leginkább jellemző ezek közül.	Rangsoroló szavazás		
Látnak-e különbséget a régióban, és országosan ezeknek a kereteknek fontossága tekintetében. Ha igen, mik ezek a különbségek:	Beszélgetés	3	
Először az általános prevenció beavatkozásokról egész Európában leginkább jelentékeny hányadát jelentő <b>iskolai prevencióról</b> beszéljünk!		29	50
Önök szerint mennyire hozzáférhető, mennyire áll rendelkezésre ez a beavatkozás ebben a térségben? Kérem, az alábbi skálán értékeljék az iskolai prevenció hozzáférhetőségét! Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van Ritka: csak néhány iskolában van Nincs: nem létezik Nincs információ	Táblára felírni, szavazás	5	
Milyen források alapján fogalmazták meg véleményüket?	beszélgetés	3	
Ha az elmúlt 3-4 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3	
Az Önök térsége jobb, vagy rosszabb helyzetben van az ország más területeihez képest az iskolai prevenció hozzáférhetősége tekintetében? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3	
A következő kérdéssorban az iskolai prevenció különböző aspektusait, lehetséges jellemzőit soroltuk fel. Mit gondolnak ezekről, mennyire jellemzőek az iskolákban?	2. kérdőív	5	
Melyek azok, amelyek szinte mindenütt jelen vannak a térségben (4-es vagy 5-ös válaszok)? Mit gondolnak, miért ezek jelenléte jellemző? Melyek azok, amelyek nincsenek a térségben, vagy csak ritkán (1-es vagy 2-es válaszok)? Mit gondolnak, ezek jelenléte miért nem jellemző?	beszélgetés	5	

<p>Önök szerint az aktuális drogpolitika prioritások az alábbi célok közül melyiket tekintik leginkább fontosnak?</p> <p>Információk a szociális / egészségügyi kockázatokról</p> <p>Védő iskolai környezet megteremtése</p> <p>Készségek fejlesztése</p> <p>A társadalmi kirekesztés csökkentése</p> <p>Az iskolai szerepének megerősítése</p> <p>Önértékelés fejlesztése</p> <p>Segítő szolgáltatásokkal kapcsolatos információk</p> <p>Egyéb, éspedig</p>	Felírni a táblára, rangsoroló szavazás	5	
<p>Most néhány kérdést tennék fel a <b>családi prevencióval</b> kapcsolatban.</p> <p>Általános (univerzális) családi prevenció körébe tartoznak azok a programok, melyek elsődlegesen a családokat/szülőket célozzák meg (ez történhet az iskolán keresztül is, de nem a diákokra irányuló iskolai programok keretében).</p>		23	73
<p>A következő kérdéssorban a családi prevenció fontosabb típusait/megközelítéseit soroltuk fel. Mit gondolnak ezekről, mennyire elérhetőek?</p>	3. kérdőív	3	
<p>Melyek azok, amelyek szinte mindenütt jelen vannak a térségben (4-es vagy 5-ös válaszok)? Mit gondolnak, miért ezek jelenléte jellemző?</p> <p>Melyek azok, amelyek nincsenek a térségben, vagy csak ritkán (1-es vagy 2-es válaszok)? Mit gondolnak, ezek jelenléte miért nem jellemző?</p>	beszélgetés	3	
<p>Összességében Önök szerint mennyire hozzáférhető, mennyire áll rendelkezésre a <b>családi prevenció</b> ebben a térségben? Kérem, az alábbi skálán értékeljék az iskolai prevenció hozzáférhetőségét!</p> <p>Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van</p> <p>Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt</p> <p>Korlátozott: releváns helyek többségében nincs, de több mint néhány helyen van</p> <p>Ritka: csak néhány releváns helyen van</p> <p>Nincs: nem létezik</p> <p>Nincs információ</p>	Táblára felírni, szavazás	5	
<p>Milyen források alapján fogalmazták meg véleményüket?</p>	beszélgetés	3	
<p>Ha az elmúlt 3-4 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak?</p> <p>jobb</p> <p>hasonló</p> <p>rosszabb</p>	szavazás	3	

Az Önök térsége jobb, vagy rosszabb helyzetben van az ország más területeihez képest a családi prevenció hozzáférhetősége tekintetében? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3	
Önök szerint a családi prevenció túlnyomórészt univerzális (általában a családokra irányuló), vagy célzott (a veszélyeztetett családokra irányuló) beavatkozások formájában valósul meg az Önök régiójában?	beszélgetés	3	
Most néhány kérdést tennék fel a <b>közösségi alapú megelőzéssel</b> kapcsolatban. <u>Közösségi alapú megközelítést</u> , mint színteret értelmezzük, szemben a közösség tágabb - egyének aktív társadalmi hálózataként való – értelmezésével. Ide tartoznak a fiatalokat megcélzó iskolán kívüli programok, az alternatív szabadidő eltöltést elősegítő, vagy a sport programok, illetve bármely olyan drog-prevenció, vagy egészségfejlesztési program, mely kizárólagosan a helyi közösséget célozza meg. A közösségi programok sok esetben a veszélyeztetett fiatalokkal foglalkoznak, vagy hagyományos ártalomcsökkentő, vagy beilleszkedést elősegítő programok, de ezekkel itt most nem foglalkozunk.		23	96
A következő kérdéssorban a közösségi megelőzés különböző lehetséges megközelítéseit soroltuk fel. Mit gondolnak ezekről, mennyire elérhetőek?	4. kérdőív	3	
Melyek azok, amelyek szinte mindenütt jelen vannak a térségben (4-es vagy 5-ös válaszok)? Mit gondolnak, miért ezek jelenléte jellemző? Melyek azok, amelyek nincsenek a térségben, vagy csak ritkán (1-es vagy 2-es válaszok)? Mit gondolnak, ezek jelenléte miért nem jellemző?	beszélgetés	3	
Összességében Önök szerint a <b>közösségi megközelítésű prevenció</b> mennyire jellemző ebben a térségben? Kérem, az alábbi skálán értékeljék a közösségi prevenció hozzáférhetőségét! Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt Korlátozott: releváns helyek többségében nincs, de több mint néhány helyen van Ritka: csak néhány releváns helyen van Nincs: nem létezik Nincs információ	Táblára felírni, szavazás	5	
Milyen források alapján fogalmazták meg véleményüket?	beszélgetés	3	

Ha az elmúlt 3-4 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3	
Az Önök térsége jobb, vagy rosszabb helyzetben van az ország más területeihez képest a családi prevenció hozzáférhetősége tekintetében? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3	
Önök szerint a közösségi prevenció túlnyomórészt univerzális, vagy célzott beavatkozások formájában valósul meg az Önök régiójában?	beszélgetés	3	
<b>CÉLZOTT PREVENCIÓ</b> Célzott prevenció (Selective prevention) a teljes populáció csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozza meg, azokat a személyeket, vagy csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők. Az ebbe a csoportba tartozó programoknak tartalmukban és felépítésükben olyannak kell lenniük, hogy a veszélyeztetett csoport valamennyi tagja, esetleges konkrét személyes veszélyeztetettség híján is, képes legyen profitálni ezekből. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, vagy egyéb szempontok szem előtt tartása mellett, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma-viselkedés kialakulása között. Ilyen veszélyeztetett csoportok lehetnek: hajléktalanok, kisebbségek tagjai, problémás diákok, iskolából kimaradó fiatalok, intézetben élő fiatalok, fiatal bűnelkövetők, partizó fiatalok, rossz környéken élő fiatalok, bevándorlók, beilleszkedési problémákkal küzdők, hiperaktív fiatalok, veszélykeresők, kondi terembe járók (szteroidokat, teljesítménynövelő szereket fogyasztók).		46	142
<b>Először beszéljünk a veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi beavatkozásokról.</b>		23	119
A következő kérdéssorban különböző veszélyeztetett csoportokra irányuló célzott közösségi beavatkozásokat soroltuk fel. Mit gondolnak ezekről, mennyire elérhetőek?	5. kérdőív	3	
Melyek azok, amelyek szinte mindenütt jelen vannak a térségben (4-es vagy 5-ös válaszok)? Mit gondolnak, miért ezek jelenléte jellemző? Melyek azok, amelyek nincsenek a térségben, vagy csak ritkán (1-es vagy 2-es válaszok)? Mit gondolnak, ezek jelenléte miért nem jellemző?	beszélgetés	3	

Össességében Önök szerint mennyire hozzáférhetőek a <b>veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi beavatkozások</b> az Önök térségében? Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt Korlátozott: releváns helyek többségében nincs, de több mint néhány helyen van Ritka: csak néhány releváns helyen van Nincs: nem létezik Nincs információ	Táblára felírni, szavazás	5	
Milyen források alapján fogalmazták meg véleményüket?	beszélgetés	3	
Általában hol valósulnak meg ezek a szolgáltatások? A célcsoporthoz megy a szolgáltatás, vagy a célcsoport megy a szolgáltatáshoz?	beszélgetés	3	
Ha az elmúlt 3-4 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3	
Az Önök térsége jobb, vagy rosszabb helyzetben van az ország más területeihez képest a családi prevenció hozzáférhetősége tekintetében? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3	
<b>A következő néhány kérdés a veszélyeztetett csoportokra irányuló családi-alapú beavatkozásokra vonatkozik.</b>		23	142
A következő kérdéssorban különböző veszélyeztetett csoportokra irányuló célzott családi beavatkozásokat soroltuk fel. Mit gondolnak ezekről, mennyire elérhetőek?	6. kérdőív	3	
Melyek azok, amelyek szinte mindenütt jelen vannak a térségben (4-es vagy 5-ös válaszok)? Mit gondolnak, miért ezek jelenléte jellemző? Melyek azok, amelyek nincsenek a térségben, vagy csak ritkán (1-es vagy 2-es válaszok)? Mit gondolnak, ezek jelenléte miért nem jellemző?	beszélgetés	3	

<p>Össességében Önök szerint mennyire hozzáférhetőek a <b>veszélyeztetett csoportokra irányuló családi alapú beavatkozások</b> az Önök térségében?</p> <p>Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van  Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt  Korlátozott: releváns helyek többségében nincs, de több mint néhány helyen van  Ritka: csak néhány releváns helyen van  Nincs: nem létezik  Nincs információ</p>	Táblára felírni, szavazás	5	
Milyen források alapján fogalmazták meg véleményüket?	beszélgetés	3	
Általában hol valósulnak meg ezek a szolgáltatások? A célcsoporthoz megy a szolgáltatás, vagy a célcsoport megy a szolgáltatáshoz?	beszélgetés	3	
Ha az elmúlt 3-4 évet végiggondolják, kedvező, vagy kedvezőtlen irányú változások zajlottak? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3	
Az Önök térsége jobb, vagy rosszabb helyzetben van az ország más területeihez képest a családi prevenció hozzáférhetősége tekintetében? jobb hasonló rosszabb	szavazás	3	
<b>VÉGÜL NÉHÁNY ÁLTALÁNOS KÉRDÉS AZ ÖNÖK TÉRSÉGÉBEN ZAJLÓ PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK-KAL KAPCSOLATBAN</b>		6	148
Néhány évvel ezelőtti kutatási adatok azt mutatták, hogy a prevenció beavatkozásokat nagyrészt (70%-ban) nonprofit szervezetek végzik. Önök hogyan látják, volt-e ebben elmozdulás az elmúlt években?	beszélgetés	2	
A néhány évvel ezelőtti kutatási adatok azt is jelezték, hogy a prevenció programok finanszírozása elsősorban pályázati keretekben, állami forrásokból történik. E tekintetben érzékelnek-e változásokat? Mennyire jellemzőek a helyi források bevonásával megvalósuló programok?	beszélgetés	2	
Helyi/regionális szinten megjelennek-e valamilyen standardok (teljesítménymutatók, értékelési, szabványok és	beszélgetés	2	

---

iránymutatások), amelyek befolyásolják a programok támogatását?			
<b>ZÁRÁS</b>		2	150
Egyéb, amit fontosnak tartanak elmondani, és eddig nem került elő. Zárás, elköszönés.			



**1. KÉRDŐÍV**

Az Önt delegáló szervezet adatai				
<b>A szervezet neve:</b>				
<b>A szervezet bejegyzett székhelye:</b>				
<b>A szervezet mely szektorhoz tartozik?</b>				
<input type="checkbox"/>	állami			
<input type="checkbox"/>	magán			
<input type="checkbox"/>	nem-kormányzati (NGO, egyházi)			
<b>Nem-kormányzati szektorba tartozó szervezet esetén a szervezet jogi formája:</b>				
<input type="checkbox"/>	magánalapítvány		<input type="checkbox"/>	közhasznú társaság (kht)
<input type="checkbox"/>	egyesület (kör, klub, társaság, szövetség...)		<input type="checkbox"/>	köztisztület
<input type="checkbox"/>	közalapítvány		<input type="checkbox"/>	nonprofit szervezet intézménye
<input type="checkbox"/>	egyház			
<b>A szervezet bejegyzésének éve:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> év
<b>Az szervezet tevékenységei:</b> Kérjük, nevezze meg az önt delegáló szervezet fő tevékenységét, és sorolja fel a szervezet minden tevékenységét. Adja meg, hogy az egyes tevékenységek jelenleg a kapacitásának hány százalékát foglalják le!				
A szervezet fő tevékenysége				%
Egyéb, nem főtevékenységként végzett tevékenységek				%
				%
				%
				%
				%
<b>A szervezet mióta foglalkozik drogvencióval:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> év
<b>A szervezet tevékenységének hatóköre:</b>				
<input type="checkbox"/>	egy település		<input type="checkbox"/>	több megyére kiterjedő
<input type="checkbox"/>	több település		<input type="checkbox"/>	regionális
<input type="checkbox"/>	egy megyére kiterjedő		<input type="checkbox"/>	országos

Az Ön adatai					
<b>Neve:</b>					
<b>Szervezetbeli tisztsége:</b>					
<b>Mióta dolgozik valamilyen szerhasználatot kezelő programban:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> év	
<b>Mióta dolgozik ennél a szervezetnél:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> év	
<b>Kér-e visszajelzést az eredményekről?</b>	<input type="checkbox"/>	igen		<input type="checkbox"/>	nem
<b>Ha igen, adja meg e-mail címét:</b>					

**2. KÉRDŐÍV**

**Az alább felsorolt szempontok, jellemzők jelenléte Ön szerint 2011-ben mennyire volt jellemző az iskolákban az Önök térségében, illetve országosan?** Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van
- 4 - Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt
- 3 - Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van
- 2 - Ritka: csak néhány iskolában van
- 1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további jellemzőket tart fontosnak, illetve elterjedtnak, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire jellemző	
	a térségben	országosan
Iskolai drogstratégia léte		
Teljes dohányzási tilalom az iskolákban		
Drog teszt a tanulók körében		
Több alkalomból álló, sztenderd nyomtatott drogvenció programok		
Információs napok		
Rendőrok által tartott drogvenció előadások		
Egyéb külsős oktatók által tartott programok (pl. ex-használók, orvosok, stb.)		
A különböző tantárgyakban szerepelnek kábítószerrel kapcsolatos információk		
Az iskolai tananyagba integrált, holisztikus drogvenció programok		
Készségfejlesztő programok		
Kortárssegítő programok		
Csak fiúknak vagy csak lányoknak szóló programok		
Tanórán kívüli kreatív tevékenységek, alternatív programok		
Szülők számára szervezett programok		
Korai felismerésre irányuló programok		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

**3. KÉRDŐÍV****A családi prevenció alább felsorolt típusainak/megközelítéseinek jelenléte Ön szerint mennyire volt jellemző 2011-ben az Önök térségében, illetve országosan?**

Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van
- 4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt
- 3 - Korlátozott: a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van
- 2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van
- 1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további jellemzőket tart fontosnak, illetve elterjedtnek, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire jellemző	
	a térségben	országosan
Sorstárs megközelítések		
Családi találkozók, szülői estek		
Tréningek a családok számára		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

**4. KÉRDŐÍV**

**A közösségi prevenció alább felsorolt típusainak/megközelítéseinek jelenléte Ön szerint mennyire volt jellemző 2011-ben az Önök térségében, illetve országosan?** Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van
- 4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt
- 3 - Korlátozott: a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van
- 2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van
- 1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további jellemzőket tart fontosnak, illetve elterjednek, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire jellemző	
	a térségben	országosan
Közösségi szinten összehangolt szolgáltatások		
Közösségi támogatás, részvételen és felelősségvállaláson alapuló rendszerek (a családok, tanárok, mentorok, sorstársa stb. bevonásával)		
A közösségi csoportok számára szervezett képzések		
Ifjúsági tanácsadó központok		
Nem fix telephelyű programok a térségben/közösségben élő fiatalok számára		
Alternatívák nyújtása (sport, szabadtéri, ill. kreatív tevékenységek)		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

**5. KÉRDŐÍV****Ön szerint 2011-ben a közösségi-alapú beavatkozások az alább felsorolt célcsoportok számára mennyire voltak elérhetőek az Önök térségében, illetve országosan?**

Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van
- 4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt
- 3 - Korlátozott: a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van
- 2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van
- 1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további jellemzőket tart fontosnak, illetve elterjedtnek, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire elérhető	
	a térségben	országosan
Szociális, oktatási problémákkal küzdő tanulókra fókuszáló beavatkozások		
Menekültekre irányuló beavatkozások		
Különböző etnikai/kisebbségi csoportokat megcélzó beavatkozások		
Hajléktalanokra irányuló beavatkozások		
Fiatal bűnelkövetőkre irányuló beavatkozások		
Állami gondozottakra irányuló beavatkozások		
Szociálisan hátrányos környéken élő fiatalokra irányuló beavatkozások		
Party/fesztivál látogatókra irányuló beavatkozások		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		

**6. KÉRDŐÍV****Ön szerint 2011-ben a családi-alapú beavatkozások az alább felsorolt célcsoportok számára mennyire voltak elérhetőek az Önök térségében, illetve országosan?**

Válaszait az alábbi skála segítségével adja meg:

- 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van
- 4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt
- 3 - Korlátozott: a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van
- 2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van
- 1 - Nincs: nem létezik

Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rubrikába.

Amennyiben a felsoroltakon kívül további jellemzőket tart fontosnak, illetve elterjedtnek, kérjük azt az „Egyéb, éspedig” sorokban tüntesse fel.

	Mennyire elérhető	
	a térségben	országosan
Szerhasználattal küzdő (beleértve az alkoholt is) családokat célzó beavatkozások		
Szociálisan hátrányos helyzetű családokat célzó beavatkozások		
Konfliktusos, elhanyagoló családokat célzó beavatkozások		
A büntető igazságszolgáltatás látókörébe tartozó családokat célzó beavatkozások		
Mentális problémákkal küzdő tartozó családokat célzó beavatkozások		
Kisebbségi, marginalizálódott családokat célzó beavatkozások		
Szociálisan hátrányos környéken élő családok		
Egyéb, éspedig:.....		
Egyéb, éspedig:.....		