

Paksi Borbála

**BUDAÖRSI KÁBÍTÓSZER PROBLÉMA KEZELÉSÉVEL
ÖSSZEFÜGGŐ SZOLGÁLTATÁS-FEJLESZTÉS
MEGALAPOZÁSÁRA IRÁNYULÓ
SZÜKSÉGLET-FELMÉRÉS EREDMÉNYEI**

2011

A kutatást készítette:
Viselkedéskutató Társadalomtudományi és Szolgáltató Kft.
Kutatásvezető: Paksi Borbála

A kutatást megrendelte és finanszírozta:
Budaörs Város Önkormányzata és a Budaörsi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék.....	3
Vezetői összefoglaló	5
Bevezetés	8
A meglévő adatok áttekintése - a budaörsi diákok drogérintettsége.....	11
A budaörsi diákok drogfogyasztása	11
A budaörsi diákok alkoholfogyasztása.....	16
A szenvedélyproblémákkal potenciálisan kapcsolatban álló intézmények/kulcsszemélyek véleménye, elgondolásai.....	18
A kulcsszemélyek körében történt információ gyűjtés célja	18
A kulcsszemélyek körében történt információ gyűjtés módszere.....	18
A kulcsszemélyek személyes problémaészlelése, tapasztalatai.....	19
Droghasználókkal kapcsolatos tapasztalatok.....	19
Egyéb addikciókkal kapcsolatos tapasztalatok.....	23
A kulcsszemélyek véleménye a drogtémában való jártasságukkal kapcsolatban...	25
A drogprobléma kezelésének különböző területein való tájékozottság	25
A megoldáskeresés bizonytalanságai.....	26
Képzési igények.....	28
A budaörsi drogprobléma ellátásának fejlesztésével kapcsolatos elképzelések.....	30
A kulcsszemélyek problémadefiniálása	30
A különböző területek fejlesztésének fontossága	31
A fejlesztések megvalósíthatósága	32
A kulcsszemélyek nyílt szerhasználó szcénákkal kapcsolatos tapasztalatai.....	39
A rejtőzködő szerhasználók körében végzett kérdőíves adatfelvétel eredményei.....	41
A rejtőzködő szerhasználók körében történt adatgyűjtés célja.....	41
A rejtőzködő szerhasználók körében történt adatgyűjtés módszere	42
Az interjúalanyok elérése és kiválasztása.....	42
Vizsgált kérdéskörök	43
Adatfeldolgozás, az eredmények bemutatásának módja	44
A nyílt szerhasználó szcénák elhelyezkedésével kapcsolatos információk pontosítása – a rejtőzködő szerhasználók körében történt adatgyűjtés tereptapasztalatai alapján.....	45
A kutatás során elért szerhasználók jellemzői.....	46
Az elért szerhasználók szocio-demográfiai jellemzői	46

Az elért szerhasználók szabadidő-eltöltési szokásai	52
A megkérdezettek szerhasználati szokásai	53
Az elért szerhasználók szerhasználattal kapcsolatos problémái, ellátási szükségei	59
Az elért szerhasználók kezeléstörténeti adatai	62
Az elért szerhasználók ellátással kapcsolatos ismeretei.....	63
Az ellátáshoz való viszony, a kezelésbe kerülés akadályai az elért szerhasználók körében	63
Felhasznált irodalom.....	66
Mellékletek.....	70
Fókuszcsoport vezérfonal.....	71
Kérdőív I. – a fókuszcsoport résztvevők számára	74
Kérdőív II. – a fókuszcsoport résztvevők számára	75
Szűrőkérdőív a rejtőzködő szerhasználók körében végzett kutatáshoz	76
Kérdőív a rejtőzködő szerhasználókról	77

Vezetői összefoglaló

Budaörs Város Önkormányzata és a Budaörsi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) felkérésére 2011 tavaszán egy kutatási folyamatot kezdtünk meg a drogproblémával kapcsolatos ellátás fejlesztésének megalapozása céljából. A helyi szükséglet-felmérés első lépéseként a rendelkezésre álló információk, tapasztalatok összegyűjtése, megvitatása történt. Áttekintettük a helyi drogepidemiológiai vizsgálatok alapján rendelkezésre álló adatokat, továbbá kvalitatív adatgyűjtést végeztünk a szenvedélyproblémákkal potenciálisan kapcsolatba kerülő intézmények/szakmák képviselői körében a szerhasználókkal, illetve ellátásukkal kapcsolatos tapasztalatok, valamint ellátás-fejlesztési elképzelések megismerése céljából.

A 2009-ben, a budaörsi iskolák 7-10. évfolyamos diákjai körében készített drogepidemiológiai vizsgálat (Paksi és Arnold, 2009) adatai szerint a vizsgált évfolyamokon tanulók körében átlagosan minden hatodik-hetedik (15,5%) használt már valamilyen szert biztosan droghasználati céllal, s körülbelül minden nyolcadik diák tiltott szert. A budaörsi diákok drogérintettségi adatait országos kontextusba helyezve kedvezőtlen, és kedvező jelenségekkel is találkozunk. Kedvezőtlen jelenség, hogy a Budaörsön tanuló diákok drogérintettsége valamelyest magasabb az országos átlagnál, valamint hogy a drogokkal kapcsolatba került diákok körében Budaörsön kisebb arányú a csak kipróbálásra korlátozódó droghasználat, s gyakoribb az ismételt használat előfordulása. Ugyanakkor kedvező jelenség, hogy a budaörsi diákok körében megfigyelhető nagyobb drogérintettség a nagyobb arányú kannabisz használat következménye, s az egyéb – többnyire veszélyesebb – tiltott drogok tekintetében a budaörsi diákok kevésbé érintettek.

Az egyéb pszichoaktív szerek vonatkozásában inkább kedvező jelenségeket tapasztaltunk: a visszaélészerű gyógyszerhasználat tekintetében a budaörsi diákok érintettsége, és használati gyakorisága elmarad az országosan jellemzőtől.

A budaörsi diákok körében az alkoholfogyasztás több mutatója is meghaladja az országos értékeket, azonban – a beavatkozások tervezése szempontjából inkább irányadó – szélsőségesebb ivási magatartásra utaló mutatók (lerészegedés, nagyivás) tekintetében többnyire nem tapasztaltunk az országos adatokhoz képest szignifikáns eltérést.

A szerhasználó magatartások elterjedtségéről rendelkezésre álló budaörsi adatok tehát azt jelzik, hogy a városban jelen vannak ezek a magatartások, s ugyan néhány dimenzióban az országos átlaghoz képest kedvezőbb jellemzőkkel, más dimenzióban – mint a biztosan droghasználati célú szerhasználat elterjedtsége, és gyakorisága – azonban az országos átlagnál veszélyeztetőbb mértékben, ami a problémára való fokozott odafigyelést, a problémával való foglalkozást, ellátást igényel.

A szenvedélyproblémákkal potenciálisan kapcsolatba kerülő különböző intézmények – egészségügyi-, szociális ellátás intézményei, rendvédelmi szervek, civil szervezetek – képviselői körében végzett adatgyűjtés során azonban azt tapasztaltuk, hogy a probléma jelenleg a városban nem, vagy csak kivételes esetekben, esetlegesen kerül a szakemberek, illetve az ellátórendszer látókörébe. A szakemberek inkább az – epidemiológiai adatok alapján az országos adatokhoz képest kevésbé kiugró – alkoholfogyasztás, illetve a túlzott/visszaélészerű gyógyszerhasználat tekintetében tudtak beszámolni személyes tapasztalatokról, s percepcióik inkább a legális szerhasználó magatartások esetében jeleznek jelentékeny előfordulási gyakoriságot.

Az intézményeknek, illetve a szakembereknek a droghasználókkal kapcsolatos szegényes tapasztalatai mögött felfedezhető a témával kapcsolatosan általánosan jellemző információs deficit, ami a probléma észlelését akadályozó tényező lehet. Az ellátórendszer és a droghasználók találkozását nehezítő tényezők sorában emellett meg kell említenünk a helyi társadalom drogproblémához való hozzáállását, a drogfogyasztók kirekesztésével, illetve felfokozott veszélyészleléssel, félelmekkel leírható lakossági attitűdállapotokkal kapcsolatos akadályokat.

A szenvedélyproblémákkal potenciálisan kapcsolatba kerülő különböző intézmények képviselőinek véleménye alapján kibontakozott a potenciális ellátás-fejlesztési célok egyfajta prioritás sorrendje. Ebben a sorrendben – az információs deficit, a megoldáskeresés bizonytalanságai, illetve a helyi társadalom viszonyulásai által meghatározott szakellátás-fejlesztési és igénybevételi lehetőségek ismeretében – fontosság és/vagy megvalósíthatóság tekintetében kiemelkedő szerepet kapott a „szakemberképzés”, a „közösségi programok”, valamint az „ellátásba-irányítás” fejlesztése. Mindemellett – talán az ellátás-fejlesztési elképzelések megvalósíthatóságát akadályozó lakossági attitűdállapotok miatt is – a szenvedélyproblémákkal potenciálisan kapcsolatba kerülő különböző intézmények/szakemberek körében megjelentek az ellátás-fejlesztési elképzelések között a célzott prevenció eszköztárába tartozó, nem csak a szerhasználókra, hanem a veszélyeztetett csoportokra fókuszáló beavatkozásokkal kapcsolatos fejlesztési javaslatok is.

A kutatás első fázisában – a fentiekén túlmenően – azonosításra kerültek a város azon területei, ahol nyílt szerhasználó csoportosulások jelenlétét vélelmezték a szenvedélyproblémákkal potenciálisan kapcsolatba kerülő különböző intézmények képviselői. A kutatás második fázisában ezeken a helyeken folytatódott a kutatómunka az ellátórendszer látókörén kívül rekedt budaörsi szerhasználók felkutatása, különböző szocio-demográfiai, illetve szerhasználati dimenziók mentén való jellemzése, látens, és megfogalmazott, kifejezett igényeik megismerése céljából.

A bejárt területeken összességében 50 fővel készült interjú. Tanulmányunk második részében e rejtőzködő szerhasználó csoport leírását adjuk, melyből itt csak néhány, az ellátásfejlesztés célterületeivel leginkább közvetlen kapcsolatban lévő gondolatot emelünk ki:

A problémás szerhasználat mérésére alkalmazott különböző skálák eredményei alapján azt mondhatjuk, hogy a Budaörsön elért szerhasználó populáció elsősorban alkoholfogyasztása alapján veszélyeztetett, azonban a populáció kétötödének droghasználata (elsősorban a kannabisz fogyasztáson túli szerhasználata) is kockázatos.

Egy fő kivétellel az elért szerhasználóknak saját megítélésük szerint a kérdezést megelőző fél évben volt valamilyen egészségügyi, pszichológiai/érzelmi, iskolai, munkahelyi vagy pénzügyi problémája, társas kapcsolati konfliktusa, szexuális problémája, vagy összeütközésbe került a büntető igazságszolgáltatással. A válaszadók megítélése szerint a problémák felében-egyharmadában áll alkohol vagy drogfogyasztás a háttérben, de a társas viszonyokat érintő területeken ennél nagyobb arányokat is tapasztaltunk.

Ugyanakkor a megkérdezettek jellemzően nem kerültek eddigi életük során ellátásba, problémáik megoldására csak ritkán vesznek igénybe professzionális segítséget.

Az addiktológiai szakellátások igénybevételének általunk vizsgált akadályai közül leginkább az ismeretek hiánya, a kezelőhelyek távolsága, továbbá a környezet szerhasználókkal kapcsolatos viszonyulásai mutatkoztak az ellátások igénybevételét gátló tényezőkként.

A szenvedélybeteg szakellátással kapcsolatban a megkérdezettek nem, illetve csak nagyon szórványosan rendelkeznek saját tapasztalattal, azaz az ellátással kapcsolatos véleményeiket, nyitottságukat, illetve az ellátásba jutás akadályaival kapcsolatos gondolkodásukat feltehetően közvetett tapasztalások, információk alakították. Ezen kedvezőtlen információk, illetve közvetett tapasztalatok alakítása – a megismert szerhasználó magatartások veszélyeztető volta, illetve a megkérdezettek körében észlelt problémák nagy száma alapján sürgető feladatként – az ellátásfejlesztés első lépése Budaörsön.

Bevezetés¹

Bármilyen humán szolgáltatás, ellátás tervezése során meghatározó jelentőségű a célközönség szükségleteinek azonosítása, különösen olyan magatartások estében, mint amilyen kábítószer-fogyasztás is, amikor a kialakítandó, továbbfejlesztendő szolgáltatások potenciális igénybevevői, társadalmi elítélés tárgyát képező viselkedést folytatnak, illetve amikor személyes motivációjuk a szolgáltatások igénybevétele irányában kicsiny, vagy legalábbis nem tudatos.

A szükséglet-meghatározás (Paksi, Felvinczi, 2010) kulcsfontosságú annak megállapításában, hogy a szolgáltatások spektruma és kapacitása a rendelkezésre áll-e, valamint, hogy ezek a droghasználók és hozzátartozóik részére hozzáférhetőek és elérhetőek-e egy adott földrajzi területen. Így a szükséglet-meghatározás:

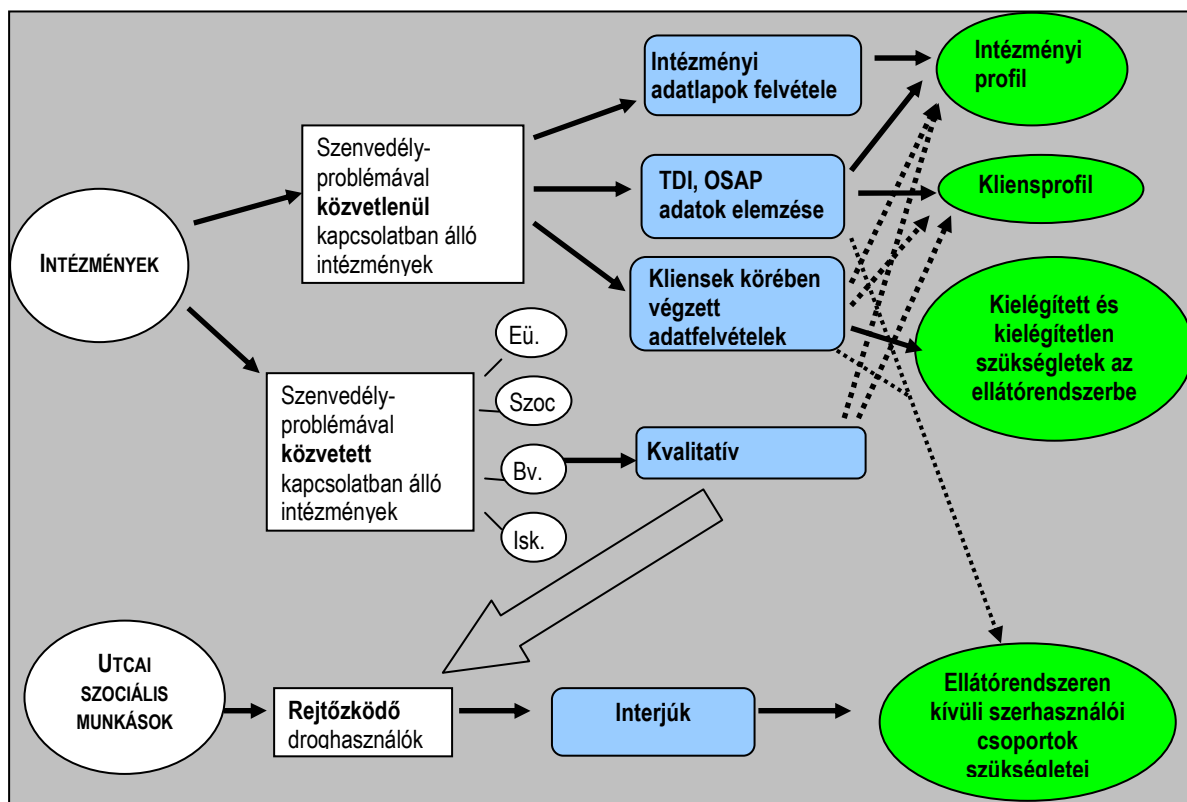
- azonosítja a célpopulációt és annak szükségleteit egy adott földrajzi területen;
- felállítja a szükségletek prioritását annak érdekében, hogy jobban lehessen a helyi szolgáltatásokat tervezni vagy a forrásokat hatékonyabban hozzárendelni a szolgáltatásokhoz;
- a szükséglet-felmérésből származó tapasztalatok alapján szolgáltatás-fejlesztési tervet készíthetünk, amely tartalmazza, hogy az azonosított szükségleteket milyen módon fedjük le szolgáltatásokkal;
- a szükséglet-meghatározás hosszú távú következménye lehet – feltéve, hogy a megtervezett és működtetett szolgáltatások valóban a szükséglet-felmérési tapasztalatokra reflektálnak –, hogy a droghasználók és hozzátartozóik ellátási szükségletei kielégülnek, vagy hatékonyabban elégülnek ki;
- a szükséglet-meghatározás nyomán megvalósuló szolgáltatásfejlesztés, illetve szolgáltatáskoordináció révén elérhetjük, hogy a droghasználókat célzó beavatkozások tekintetében megfelelő egyensúlyt teremtünk a prevenció, az ártalomcsökkentés, az egészségügyi kezelés és a szociális ellátások között.

A szükséglet-meghatározás tehát egy olyan szisztematikus eljárás, amely során (1) azonosítjuk és részletesen jellemezzük a célpopulációt, (2) a célpopuláció egészségi állapotával és tágabb értelemben életminőségével kapcsolatos kielégítetlen szükségleteit, (3) az egészségügyi és szociális ellátással kapcsolatos szükségleteit, (4) adott szempontrendszer mentén jellemezzük a rendelkezésre álló szolgáltatásokat; majd (5) javaslatokat fogalmazunk meg a kívánatos változtatások tekintetében annak érdekében, hogy az előbbieken említett szükségletek kielégíthetők, illetve lefedhetők legyenek.

¹ A bevezetőben leírtakkal kapcsolatban részletes információkkal szolgál a TÁMOP 5.4.1 projekt Kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztésével foglalkozó IV. pillérje. <http://84.206.8.166/index.php?id=10>

Fontos hangsúlyozni, hogy, „önmagában” álló, szabadon lebegő, végtelen skálájú szükségletek nincsenek, a szükségletek egy ellátórendszer vonatkozásában értelmezhetők. Ezért a szükséglet-meghatározás mindig egy célpopulációt és egy konkrét ellátórendszert feltételez, ezeken kívül nincsenek, pontosabban, az ellátás-tervezési és változtatási folyamaton kívül nem értelmezhetők a szükségletek. A WHO meghatározása is a programfejlesztés eszközeként tekint a szükséglet-meghatározásra (Marsden, Ogborne, Farrell, Rush, 2000; Rácz és mtsai, 2010).

A szükséglet-felmérés során különböző módszereket, illetve módszerkombinációkat alkalmazhatunk. Áttekinthetjük a szükségletfelmérés célterületére vonatkozóan rendelkezésre álló különböző kutatási, illetve statisztikai adatokat, megvizsgálhatjuk a jelenlévő, a szenvedély-problémával közvetlen kapcsolatban álló intézményekben regisztrált betegek TDI és OSAP adatait, felvázolhatjuk ezeknek az intézményeknek, illetve klienseiknek a profilját, célzott adatgyűjtést végezhetünk az ellátó intézmények kliensei körében a kielégítetlen szükségleteik azonosítása céljából. Ezek számszerűsíthető adatok. Más területekről elsősorban kvalitatív információkat szerezhetünk, ilyen a szenvedély-problémával közvetett kapcsolatban álló intézmények képviselői, illetve az intézményi kapcsolatokkal nem rendelkező, rejtőzködő droghasználók körében végzett vizsgálatok. Az alábbi ábra (Paksi, Felvinczi, 2010) szemantikusan mutatja a szükségletfeltárás során elvégzendő kutatómunka folyamatáról, az elérendő célcsoportok, módszerek, outputok kapcsolódásáról.



1. ábra: Az integrált addiktológiai ellátási modalitások kialakítását célzó helyi szükséglet-meghatározás folyamatábrája: célcsoportok, módszerek, outputok

A budaörsi szükséglet-meghatározás során bizonyos tekintetben kedvező, más tekintetben kedvezőtlen, alulinformált helyzetben vagyunk. Kedvező a helyzetünk azért, mert Budaörsön rendszeresen készülnek az iskolás populációban drogepidemiológiai vizsgálatok, melynek köszönhetően az átlagosnál jóval többet tudunk a drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából legnagyobb kitettségű korosztály szerhasználatáról. Ugyanakkor más szempontból alulinformáltak vagyunk, lévén, hogy a városban működő egyetlen szenvedélybeteg szakellátó, a klienseket mindössze heti 2 órában fogadó addiktológiai rendelő, melynek eddigi tevékenysége során drogproblémával küzdő kliense nem volt, így nem rendelkezünk kezelésbe vont budaörsi kliensekre vonatkozó információkkal². Éppen ezért a budaörsi szükséglet-meghatározás során potenciálisan alkalmazható módszerek közül az alábbiakat tudjuk alkalmazni:

- A helyi drogepidemiológiai vizsgálatok alapján rendelkezésre álló adatok áttekintése és célirányos elemzése.
- Kvalitatív adatgyűjtés, melynek során kiscsoportos megbeszéléseket (fókuszcsoportok) folytatunk, illetve egyéni interjúkat készítünk olyan személyekkel, akik tapasztalataik okán feltételezhetően információkkal rendelkeznek a budaörsi kábítószer-probléma nagyságrendje, mintázódása, és a lehetséges ellátás-fejlesztési kérdések tekintetében.
- Kérdőíves adatgyűjtés a célcsoport jellemzőinek, valamint látens, észlelt és kifejezett³ szükségleteinek azonosítása céljából.

Hangsúlyozni szeretnénk ugyanakkor, hogy az általunk most elvégzett szükséglet-meghatározás csak az első lépése egy folyamatnak, amelyet szükség szerint, optimális esetben évente javasolt elvégezni. (Rácz és mtsai, 2010.) A újból és újból elvégzett szükséglet-meghatározás során egyre több kiinduló információval fogunk rendelkezni, mivel a kiinduló adatok sorába a későbbiek során beépülnek a szolgáltatások „kimeneti” mutatói is. A szükséglet-meghatározás során így már „saját”, a folyamat során nyert adatokra is támaszkodhatunk, melyek révén könnyebben meg fogjuk tudni határozni az ellátásfejlesztés irányát, illetve a kutatáson és bizonyítékokon alapuló szolgáltatásfejlesztést.

² Mivel a kezelésbe került kliensekre vonatkozó minkét adatgyűjtő rendszer (TDI és OSAP) estében a területi statisztai adatgyűjtés a kezelő intézmények helyéhez kapcsolható, így a más településen kezelésbe vont budaörsi kliensek adatai a statisztikai adatgyűjtésekből nem megismerhetők.

³ Látens szükségletek: A kliensek/potenciális kliensek által nem észlelt, nem megfogalmazott normatív szükségletek.

Észlelt szükségletek: A „normális” egészségi állapottól eltérőnek észlelt egyéni variációk

Kifejezett szükségletek: Azon szükségletek, amelyekkel összefüggésben az egyén segítséget keres, hogy a „normális” egészségtől eltérő állapotát „helyreállítsa” (igény) (Bradshaw, 1972; Rácz és mtsai, 2010).

A meglévő adatok áttekintése - a budaörsi diákok drogérintettsége

A budaörsi szükségletfelmérés során – más városokhoz képest – kedvező helyzetben vagyunk, hiszen a budaörsi diákok körében a városi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum és az Önkormányzat felkérésére és finanszírozásával, két alkalommal is zajlott drogepidemiológiai kutatás, első alkalommal 2006-ban (Paksi, 2006), majd 2009-ben (Paksi, Arnold, 2009) készült önálló vizsgálat, mindkét esetben az ESPAD (Európai Iskolavizsgálat Alkohol- és Drogfogyasztásáról)⁴ protokollja szerint. Ezek a vizsgálatok lehetőséget adnak arra, hogy megismerjük a drogokkal való kapcsolatba kerülés szempontjából leginkább veszélyeztetett budaörsi fiatalok szenvedélyszer használatának főbb jellemzőit, és hogy ezeket a jellemzőket az országos (vagy akár az európai) adatok kontextusában értelmezzük.

A budaörsi diákok drogfogyasztása

A 2009-es vizsgálat (Paksi és Arnold, 2009) adatai szerint a budaörsi 7-10. évfolyamos diákok 20,8%-a fogyasztott már életében valamilyen visszaélésre alkalmas szert. Minden tizenegyedik diák használt orvosi rendelvény nélkül és/vagy alkohollal kombinálva valamilyen visszaélésre alkalmas gyógyszert (a válaszolók 5,3%-a „csak” azt). A válaszolók másik 15,5%-a – átlagosan minden hatodik-hetedik diák – fogyasztott már életében tiltott szert és/vagy legálisan hozzáférhető, de csak biztosan droghasználati céllal használható szert, ezen belül a válaszolók 12,8%-a tiltott szert.

⁴ Az ESPAD program célja összehasonlító adatok gyűjtése Európa 16 éves diákjainak dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztásáról. A program 1995-ben indult, és 4 évente rendszeresen megismétlésre kerül, melynek következtében lehetőséget ad a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások mérésére, az országoként eltérő trendek összehasonlítására. A kutatási program a Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN) szervezésében, az Európa Tanács Pompidou Csoportja támogatásával zajlik. Az 1995-ben készült első ESPAD kutatás 26 európai ország részvételével (Hibell és társai 1997) készült. 1999-ben 30 ország (Hibell és mtsai 2000), 2003-ban és 2007-ben pedig már 35 európai ország vett részt az adatfelvételben (Hibell és mtsai 2004; Hibell és mtsai 2009). Magyarország mind a négy adatfelvételben részt vett (Elekes, Paksi 1996, 2000, 2003; Elekes 2004, 2005, 2009; Paksi 2007a, 2007b, 2009).

	Életprevalencia
Biztosan droghasználati célú szerfogyasztás ⁵	15,5
Tiltott drog fogyasztás ⁶	12,8
Visszaélésszerű gyógyszerhasználat teljes értéke	9,1
Visszaélésszerű gyógyszerhasználat biztosan droghasználati célú fogyasztás nélkül	5,3
Tiltott vagy legális visszaélésszerű szerhasználat együttesen	20,8

1. táblázat: *A különböző fogyasztói magatartások életprevalencia-értékei (Budaörs, a 7-10. évfolyamos válaszolók százalékában, 2009-ben)*

A valaha valamilyen szert biztosan droghasználati céllal fogyasztók egyharmada életében mindössze 1-2 alkalommal használt valamilyen drogot, másik egyharmaduk azonban legalább tízszer, s közel minden tizedik fogyasztó pedig már több mint negyvenszer használta a tiltott vagy legális drogok valamelyikét, biztosan droghasználati céllal.

Más drogokhoz képest kimagasló a kannabisz-származékok elterjedtsége (életprevalencia: 12%; éves prevalencia: 8,9%, havi prevalencia: 4,2%). A következő, legtöbbször által kipróbált szerek az inhalánsok és a patron/lufi, amelyeket az amfetamin, a mágikus gomba, a kokain, más opiát és az ecstasy követnek 1-2% közötti prevalencia értékekkel.

Az első droghasználat életkorára vonatkozó adatok alapján azt mondhatjuk, hogy biztosan droghasználati célú szerfogyasztás kockázata már 11 évesen, vagy annál fiatalabb életkorban megjelenik a vizsgált diákok körében, de a legnagyobb kockázatú periódust az általános iskola utolsó éve, illetve középiskolás évek eleje, a 14-15 éves kor jelenti.

A biztosan droghasználati célú fogyasztás, illetve a tiltott drogok használata nagyobb arányban van jelen a budaörsi diákok körében, mint általában az országban: a 8-10 évfolyamos diákok körében a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke 2,5 a tiltott szerhasználaté 4,7 százalékponttal magasabb⁷ a budaörsi diákok körében az országos átlagnál. A visszaélésszerű gyógyszerhasználat életprevalencia értéke tekintetében ezzel ellentétes irányú, de szintén hibahatáron túli különbség figyelhető meg: a budaörsi érték 6 százalékponttal alacsonyabb az országosnál. A biztosan droghasználati célú szerhasználat és a visszaélésszerű gyógyszerhasználat elterjedtségében az országos adatokhoz képest mutatkozó

⁵ A „biztosan droghasználati célú szerfogyasztás” kategória a tiltott szereken túlmenően az inhaláns használatot, valamint a patronozást/lufizást tartalmazza.

⁶ Az ESPAD standardoknak megfelelően a tiltott szerek a következő szereket jelenti: marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin.

⁷ A különbségek 95,5%-os megbízhatósági szint mellett mindkét esetben meghaladják az országos adatokat terhelő standard hiba mértékét.

egymással ellentétes tendenciák következtében a legális és illegális szerhasználat összesített életprevalencia-értéke esetében nem figyelhető meg hibahatáron túli eltérés.

	ORSZÁGOS ÉRTÉKEK 2007	BUDAÖRSI ÉRTÉKEK 2009
Biztosan droghasználati célú szerfogyasztás ⁸	21,1	23,6
Tiltott drog fogyasztás ⁹	15,9	20,6
Visszaélésszerű gyógyszerhasználat teljes értéke ¹⁰	17,1	11,5
Tiltott vagy legális szerhasználat együttesen ¹¹	28,1	29,9

2. táblázat: *A különböző fogyasztói magatartások életprevalencia-értékei országosan és Budaörsön a 8-10. évfolyamos diákok körében (a válaszolók százalékában)*

Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a budaörsi diákok érintettsége a biztosan droghasználati célú illetve a tiltott szerhasználati magatartások tekintetében meghaladja az országos átlagot, a visszaélésszerű gyógyszerhasználat esetében pedig alatta marad annak.

A biztosan droghasználati céllal fogyasztott szerek népszerűségi sorrendje a budaörsi diákok körében némileg eltér az országban általában jellemző fogyasztási struktúrától. Míg országosan a diákok körében az első három legnépszerűbb szer a kannabisz, az inhalánsok és az ecstasy, addig a budaörsi diákok körében szintén első helyen a kannabisz szerepel, azonban második-harmadik helyre a patron, lufi illetve az inhalánsok kerültek, és az ecstasy csupán a hetedik helyen van a rangsorban.

Az országos adatokkal összehasonlítható budaörsi diákok körében a kannabisz és a patron/lufi, valamint a mágikus gomba életprevalencia-értéke – az országos adatok hibahatárát meghaladó mértékben – magasabb az országos átlagnál. Az egyéb opiátok kivételével azonban az összes többi tiltott drog esetében a budaörsi diákok prevalencia értékei alacsonyabbak.

⁸ Az országos adatok esetében a biztosan droghasználati célú fogyasztás életprevalencia értékének standard hibája 95,5%-os megbízhatósági szinten maximum $\pm 0,9\%$. A budaörsi adatokat – teljes körű megkérdezésről lévén szó – standard hiba nem terheli, tehát amennyiben az országos adatok legalább megadott a standard hiba mértékében eltérnek a budaörsi adatoktól, akkor 95%-os megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy a két adat ténylegesen is különbözik.

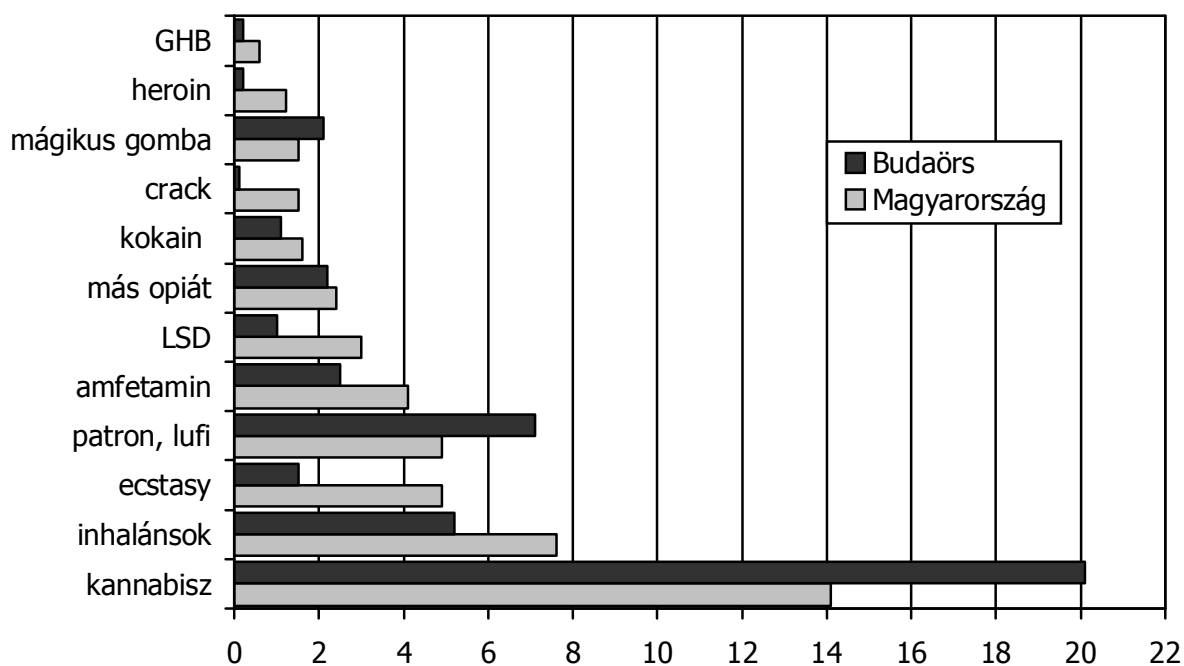
⁹ Az országos adatok esetében a tiltott drogok életprevalencia értékének standard hibája 95,5%-os megbízhatósági szinten maximum $\pm 0,8\%$.

¹⁰ Az országos adatok esetében a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia értékének standard hibája 95,5%-os megbízhatósági szinten maximum $\pm 0,8\%$.

¹¹ Az országos adatok esetében a legális és tiltott szerhasználat összesített életprevalencia értékének standard hibája 95,5%- megbízhatósági szinten maximum $\pm 1\%$.

szerek	Magyarország	sorrend	Budaörs	szerek
kannabisz	14,1	1.	20,1	kannabisz
inhalánsok	7,6	2.	6,8	patron, lufi
ecstasy	4,9	3.	5,2	inhalánsok
patron, lufi	4,9	4.	2,4	amfetamin
amfetamin	4,1	5.	2,3	más opiát
LSD	3,0	6.	2,2	mágikus gomba
más opiát	2,4	7.	1,4	ecstasy
kokain	1,6	8.	1,2	LSD
crack	1,5	9.	1,1	kokain
mágikus gomba	1,5	10.	0,6	heroin
heroin	1,2	11.	0,2	GHB
GHB	0,6	12.	0,1	crack

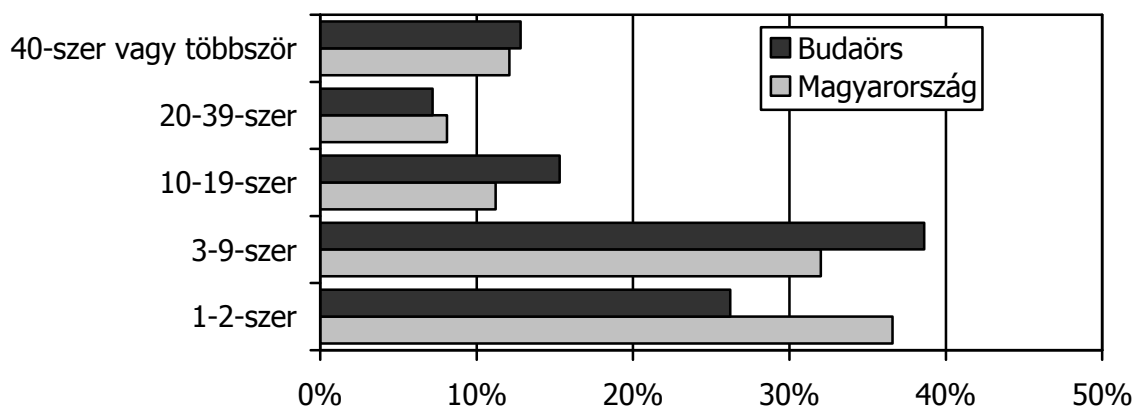
3. táblázat: A biztosan droghasználati célú szerek életprevalencia értékek alapján képzett rangsora országosan és Budaörsön a 8-10. évfolyamos diákok körében (a válaszolók százalékában)



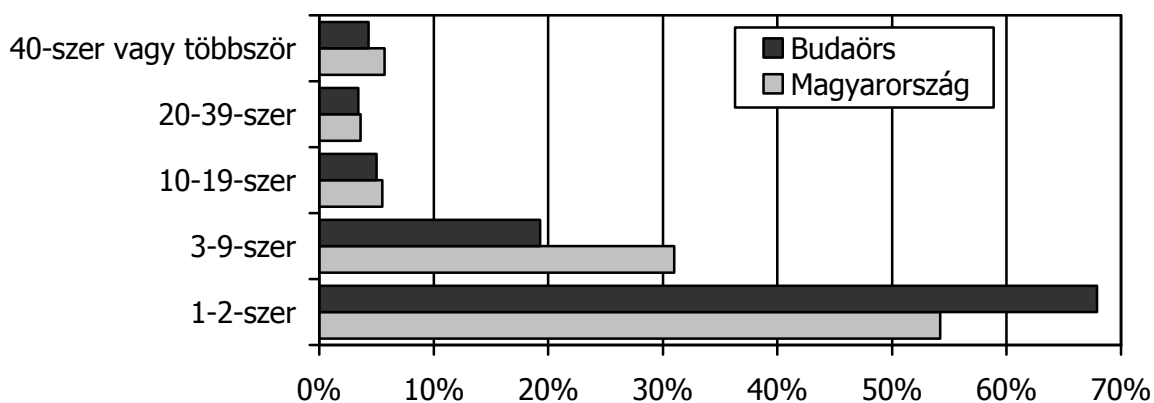
2. ábra: A biztosan droghasználati célú szerek életprevalencia-értékei országosan és Budaörsön a 8-10. évfolyamos diákok körében (a válaszolók százalékában)

A valaha valamilyen szert biztosan droghasználati céllal fogyasztó budaörsi diákok körében, az országos arányokhoz képest szignifikánsan alacsonyabb a csak kipróbálásra korlátozódó, és magasabb az alkalmi – 3-19 alkalomra terjedő – droghasználat aránya, ugyanakkor rendszeres használók aránya az országos átlaggal megegyezik (az eltérés hibahatáron belüli). A visszaélészerű gyógyszerhasználat

tekintetében azonban a budaörsi diákok körében egyértelműen az 1-2 alkalomra korlátozódó próbálkozás relatív dominanciája jellemző.



3. ábra: A biztosan droghasználati célú szerhasználat gyakorisága országosan és Budaörsön a 8-10. évfolyamos diákok körében (a valaha kipróbálók százalékában)



4. ábra: A visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás gyakorisága országosan és Budaörsön a 8-10. évfolyamos diákok körében (a valaha kipróbálók százalékában)

A budaörsi diákok drogfogyasztási szokásait országos kontextusba helyezve tehát kedvezőtlen, és kedvező jelenségekkel is találkozunk. Kedvezőtlen jelenség, hogy a Budaörsön tanuló diákok érintettsége a biztosan droghasználati célú, illetve tiltott drog fogyasztás tekintetében összességében valamelyest magasabb az országos átlagnál, valamint hogy a drogokkal kapcsolatba került diákok körében Budaörsön nagyobb arányban jellemző az alkalmi, és kisebb arányban a csak kipróbálás jellegű droghasználat.

Ugyanakkor kedvező jelenség egyrészt, hogy a budaörsi diákok körében megfigyelhető – az országos szinthez képest – magasabb tiltott drog fogyasztás a nagyobb arányú kannabisz használat következménye, és az egyéb tiltott drogok tekintetében viszont a budaörsi diákok kevésbé érintettek. Kedvező jelenség továbbá, hogy a visszaélésszerű gyógyszerhasználat esetében a budaörsi diákok érintettsége, és használat gyakorisága markánsan elmarad az országosan jellemzőtől.

A budaörsi diákok alkoholfogyasztása

A 7-10. évfolyamos budaörsi diákok túlnyomó többsége (86,3%) fogyasztott már életében alkoholt. Az elmúlt évben tízből hét, az elmúlt hónapban pedig, átlagosan közel minden második diák ivott alkoholt.

Az alkoholfogyasztás főbb prevalenciaértékei	Összes
Életprevalencia	86,3
Éves prevalencia	71,9
Havi prevalencia	46,6
Sört ivott	29,4
Bort ivott	43,7
Töményt ivott	35,4

4. táblázat: *Az alkoholfogyasztás főbb prevalenciaértékei (Budaörs, 7-10. évfolyamos válaszolók százalékában, 2009-ben)*

A szükségletfelmérés szempontjából lényegesebb, az alkoholfogyasztás szélsőségesebb formájának mérésére megkérdeztük az előző havi nagyivás¹² valamint lerészegedés gyakoriságát.

A diákok közel kétötöde legalább egyszer volt már részeg az életben. Az elmúlt évben átlagosan minden harmadik-negyedik, az elmúlt hónapban pedig átlagosan minden nyolcadik diák részegedett le. A lerészegedés tekintetében csak a rövidebb idejű prevalencia értékek tekintetében, és mindössze tendencia jelleggel mutatkozik meg a fiúk nagyobb érintettsége.

A lerészegedés főbb prevalenciaértékei	%
Életprevalencia	38,9
Éves prevalencia	30,4
Havi prevalencia	12,4

5. táblázat: *A lerészegedés főbb prevalenciaértékei (Budaörs, 7-10. évfolyamos válaszolók százalékában, 2009-ben)*

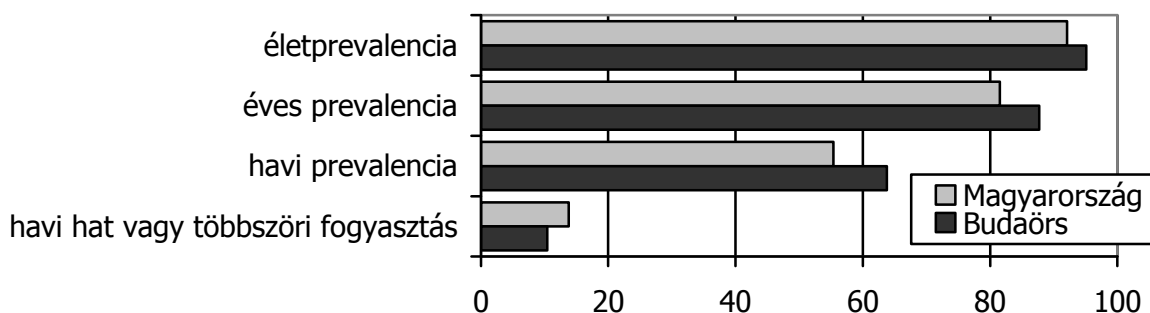
A nagyivás átlagosan minden ötödik diák esetében fordult elő a kérdezést megelőző hónapban, többségük 1-2 alkalommal ivott egyszerre öt vagy több italt.

¹² Nagyivásnak a szakirodalom alapján az öt vagy több ital egy alkalommal, egymás után történő elfogyasztását tekintjük, ahol „egy ital” lehet másfél dl bor, fél liter sör, vagy fél dl égetett szesz.

Nagyivás gyakorisága	%
Egyszer sem	81,1
1-2 alkalommal	15,0
3-5 alkalommal	3,2
6 vagy több alkalommal	0,7
Összesen	100,0

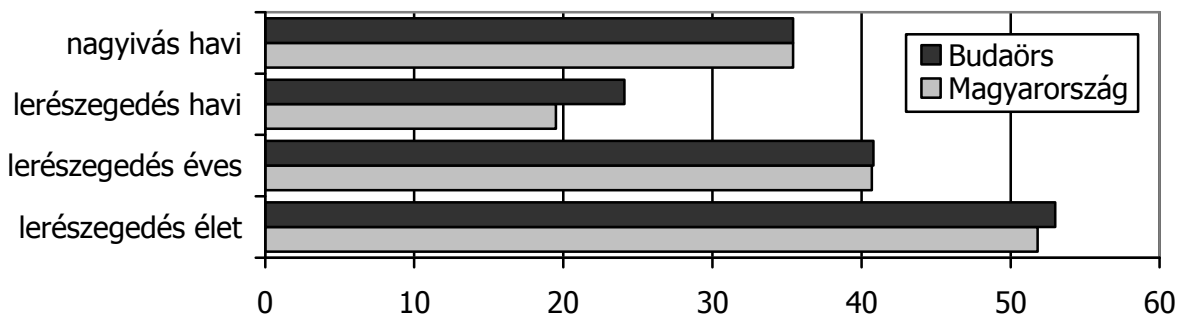
6. táblázat: *Nagyivás gyakorisága a kérdést megelőző hónapban (Budaörs, 7-10. évfolyamos válaszolók százalékában, 2009-ben)*

Az alkoholfogyasztás elterjedtsége tekintetében a budaörsi diákok körében kapott adatok – az élet- éves és havi prevalencia értéke egyaránt hibahatáron túl, és a rövidebb idejű prevalenciák felé haladva fokozódó mértékben – meghaladják az országos értékeket. Ugyanakkor a rendszeres fogyasztásra utaló, havi hat vagy több alkalommal történő fogyasztás vonatkozásában a budaörsi diákok körében mértünk valamelyest alacsonyabb értéket.



5. ábra: *Az alkoholfogyasztás főbb prevalenciaértékei országosan és Budaörsön a 8-10. évfolyamos diákok körében (a válaszolók százalékában)*

Az alkoholfogyasztás szélsőségesebb formáit kifejező mutatók (lerészegedés, nagyivás) tekintetében - kivéve a lerészegedés havi prevalencia értékét – az országos adatokhoz képest szignifikáns eltérést nem tapasztaltunk.



6. ábra: *Nagyivás és a lerészegedés prevalenciaértékei országosan és Budaörsön a 8-10. évfolyamos diákok körében (a válaszolók százalékában)*

A szenvedélyproblémákkal potenciálisan kapcsolatban álló intézmények/kulcsszemélyek véleménye, elgondolásai

A kulcsszemélyek körében történt információ gyűjtés célja

A szenvedélyproblémákkal potenciálisan kapcsolatba kerülő intézmények képviselői körében végzett adatgyűjtés célja egyrészt annak megismerése, hogy megszólított intézmények milyen szerhasználókval kapcsolatos tapasztalatokkal, információkkal rendelkeznek, milyen jellemzőkkel és szükségletekkel írhatók le az ezekben az intézményekben megjelenő szerhasználók, illetve kiinduló információk szerzése a rejtőzködő droghasználó populációval való kapcsolatfelvételhez. Emellett az adatgyűjtés közvetlenül is kitért az ellátás-fejlesztési kérdések tárgyalására.

A kulcsszemélyek körében történt információ gyűjtés módszere

A kulcsszemélyek véleményének, elgondolásainak megismerésére céljából vegyes technikájú – bizonyos témákban kérdőívvel megtámogatott – fókuszcsoportos beszélgetéseket folytattunk¹³. A beszélgetések – a kutatás céljait leképezve – a következő főbb témakörök¹⁴ mentén zajlottak:

- A résztvevők szerhasználókkal, és egyéb szenvedélybetegekkel kapcsolatos személyes tapasztalatai (milyen szenvedélyproblémákkal, milyen gyakran találkoznak)
- A résztvevők tájékozottsága, illetve ezzel kapcsolatos igényei
- A városban jelenlévő nyílt szerhasználó szcénák¹⁵ behatárolása (területi lokalizáció, demográfiai, szerhasználati sajátosságok)
- A résztvevők ellátás-fejlesztési elképzelései (fejlesztési területek fontossága, megvalósíthatósága).

A fókuszcsoportos beszélgetéseket három csoportban bonyolítottuk le. A csoportok létszáma 5 és 8 fő között mozgott.

- Az első csoportba elsősorban szociális és oktatási intézmények képviselőit hívtuk meg. Ez volt a legnagyobb létszámú csoport, 8 fő volt jelen, 2

¹³ A fókuszcsoportok lebonyolításában Arnold Petra volt segítségemre.

¹⁴ A vezérfonal megtalálható a tanulmány mellékletében.

¹⁵ A szcénák szerhasználati jellemzőinek definiálása is a fókuszcsoport feladata volt.

pedagógus, 4 fő szociális területről (a Gyermekjóléti Szolgálattól, a Nevelési Tanácsadóból, és a Családsegítő Szolgálattól), továbbá részt vett a Budaörsi Rendőrkapitányság, valamint a Református Egyház 1-1 képviselője.

- A második csoportba egészségügyi területen dolgozó kulcsszereplőket hívtunk. Ennek a csoportnak a munkájában 7-en vettek részt, 3 orvos, 2 gyógyszerész, egy ifjúságvédelemmel foglalkozó védőnő, valamint az Önkormányzat szociális és egészségügyi irodájának képviselője.
- A harmadik csoportban pedig dominánsan civil szervezetek képviselői voltak jelen. Ez volt a legkisebb létszámú csoport, mindössze 5-en voltak jelen, 1-1 fő a Budaörsi Polgárőr Egyesülettől, a KOLPING Egyesülettől, a Csoport-téka Egyesülettől, valamint a Római Katolikus Egyház, illetve a Baptista Egyház képviseletében.

Ezen kívül két meghatározó kulcsszeméllyel – a város gimnáziumának pszichológusával, valamint az egyetlen szakellátó, a Budaörsi Addiktológiai Rendelő addiktológus szakorvosával – akik időpont egyeztetési problémák miatt nem tudtak részt venni a fókuszcsoportos beszélgetésen, ún. mini fókuszcsoport keretében történt az adatgyűjtés.

Összesen 22 fő vett részt a fókuszcsoportos beszélgetéseken,¹⁶ melyek 2011 júniusában kerültek lebonyolításra.

A fókuszcsoportos beszélgetésekről hang- és videofelvételt, majd ezek alapján átiratokat készítettünk. Az átiratok feldolgozása során horizontális elemzést alkalmaztunk (Vicsek, 2006), azaz az interjúkivonatokat tematikusan, adatszolgáltatói és felhasználói vezérfonal témakörei szerint elemeztük, és az eredményeket ezen témakörök mentén mutatjuk be.

A kulcsszemélyek személyes problémaészlelése, tapasztalatai

Droghasználókkal kapcsolatos tapasztalatok

A beszélgetések során azt tapasztaltuk, hogy a résztvevők fele (11 fő) a munkája során nem került közvetlen kapcsolatba droghasználókkal. Ennek okát részben abban látják, hogy ilyen szempontból szelektált, azaz „védett”, vagy annak vélt populációval dolgoznak, kisiskolásokkal, hittanosokkal, vagy idősebb felnőtt népességgel. A személyes tapasztalatok nagyarányú hiányának egy másik, lehetséges - szintén a résztvevők által megfogalmazott – magyarázata lehet, hogy nem ismerik fel, ha droghasználóval találkoznak:

¹⁶ Ezúton is köszönetet szeretnénk mondani a mindazoknak a szakembereknek, akik idejüket áldozták a budaörsi droghasználatokról való együttgondolkodásra.

„Egyáltalán nem vagyok biztos benne, hogy felismerném. ... kábítószerrel nem jött jelzés, nem vagyok benne biztos, hogy felismernék, ha ilyen lenne, illetve azonosítanánk. (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„Nem tudom. Nem tudom igazából, ... az alkoholt rögtön észreveszem, az biztos.. nem tudom, igazából nem talákoztam még úgy drogossal, ... tanultam az iskolában, tudom, pupilla ez-az amit figyel az ember, de nem volt ilyen konkrét eset.” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

Azok közül, akik munkakörükben nem észlelték a droghasználat/droghasználók megjelenését, néhányan (2 fő) lakókörnyezetükben már találtak nyílt színi droghasználattal, vagy annak jeleivel:

Ilyen problémák nálunk nincsenek... de igazából az a tér, ahol az iskola van...azokon a kis padokon, az árnyékban, a zeg-zugokban tele van fiatalokkal és.. hát olyan 16 körüliek, van fiatalabb is, és hát ott a drogtól kezdve minden van, 2000%, mert tűt találnak, kiskanalat, látják a lakók, ahogy ott melegítik a kanalat, kanálban a cuccot (oktatási szférában dolgozó résztvevő)

„Elmúlt években nekem nem volt, legalábbis nem tudok senkiről, főleg idősebb korosztály tartozik hozzám... ahol lakom, itt Budaörsön ... van egy ilyen bozótos rész, és a gyerekek ott szípuztak. ... én egyszer odamentem a gyerekekhez, pont mentem haza ... ott találtunk technokolt meg nejlonokat, ott elég egyértelmű volt, hogy nagyban megy a játék.” (házi orvos)

Másoknak családtagok, kollegáik beszámolóí révén van közvetett tapasztalásuk a drogprobléma budaörsi létezéséről:

„egy esetben fordult elő, egy nagylány járt hozzánk, egy 17 éves nagylány, aki mondta, hogy az ő barátja, aki 19-20 éves, ők kérnek ez irányba segítséget, ajánljunk helyet, ennyi történt, közvetetten talákoztunk egy ilyen esettel” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„... két kamasz gyerekem van, ráadásul az egyik olyan, mindent elmond mindenkiről, ... úgyhogy képbem vagyok.” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„A KEF szervezésében tartottunk kortárs-segítő klubot 2 éven keresztül, és annak én voltam a házigazdája, ott nagyon megnyíltak a gyerekek, ... és elmondták, hogy a többiek milyen mértékben használják ezeket a szereket ...” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„...a feleségem (középszkolai tanár)... és három gyerekem ... nagyon sok dolgot mesélnek... és kérdeztem tőle, hogy ha azt mondanám – hogy

szükségem lenne kábítószerre, mennyi idő alatt tudnál nekem szerezni, akkor az volt a válasz, hogy 10 perc.” (oktatási szférában dolgozó résztvevő)

A résztvevők másik fele tudott említeni olyan esetet, amikor munkája során személyesen is találkozott droghasználókkal, azonban jelentős részük (5 fő) csak egy-egy ilyen alkalomra emlékezett.

„A szülők jöttek, 16 éves fiúgyermekről van szó, szülők jöttek, mert féltették a fiúcskát, nem is titkolta, nyíltan vállalta, hogy igen, nem marihuánát használt – de még nem heroint, valahol a kettő között volt, jó úton a heroin felé. ... évekkkel ezelőtt volt ez a fiú, most talán már van vagy 20 éves, talán még él, mert nem sikertörténet volt ez..”(szociális szférában dolgozó résztvevő)

„Volt egy hajléktalan, cigány, drogfüggő, gyógyszerfüggő, bűnöző profi zsebtolvaj ügyfelem, 7-szer volt öngyilkos, egészen odáig, amíg nem került el a rehabra, most 30 éves..” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„Nem sok volt a 25 év alatt, abban sem vagyok biztos, hogy úgy volt, ahogy a fiatalember elmondta.

Moderátor: Egy eseted volt?

Válasz: Egy eset volt – még meglévő eset, füves cigit szív, elmondása szerint heti kétszer-háromszor, nem vagyok benne biztos, hogy így van. .. Hogy talán kevesebbet, ... sokkal inkább figyelmet szeretne, próbálja kipiszkálni a felnőttek közösségéből a plusz figyelmet.” (védőnő)

„Nekem egy ilyen egyértelmű droggal kapcsolatos eseményem volt. Egy 17 éves lány jelent meg a rendelésen, betegem egyébként, de... már... olyan korosztályban lévő, aki ritkán jelenik meg a rendelésen, mert túl van a gyerekbetegségek időszakán. Kért tőlem beutalót, hogy adjak neki olyan labor beutalót – ahol csinálnak neki olyan vizsgálatot, ami igazolja, hogy nincsen benne drog. És akkor hanyatt estem. Mert ilyen eddig tőlem senki nem kért, ... így előben ez volt az első egyetlen.” (gyermekorvos)

Munkájuk során droghasználókkal való valamelyest rendszeres, ismétlődő – egy-egy egyedi esetet meghaladó – találkozásokról szintén 5 fő, a gyógyszerértári dolgozók, a rendőrség, a polgárőr egyesület, valamint egy korábban (2005-ben) elterelést végző civil szervezet jelenlévő munkatársai számoltak be.

„M:...Milyen gyakori, amikor ti tiltott szerhasználattal találkoztok?

V: Hát van..

M: Esetek mekkora hányada?

V: Inkább felnőtteknél, fiatal felnőtteknél van ez, amikor ez előfordul, nem sok – egy kolléganő van, aki foglalkozik több terület mellett ...– heti

szinten két eset..., tehát nem olyan nagy szám ... de nálunk 23 település van, mind a 23 településnek ide fut be az anyaga.

M: Budaörsre gondolva?

V: Minimális, statisztikát kell csinálni év végén mindenfajta bűncselekményekről, és elenyésző. Hát persze a látencia..."

„M: Ti látókörötökbe az utcai szerhasználat kerül?

V: Igen, rendszerint, vagy a bejelentéses problémák, kevésszer fordul elő, hogy szülő kér segítséget. Volt olyan nagymama, aki telefonált, hogy azt gondolja, probléma van az unokájával és azt gondolja, hogy szerfogyasztó, mit tud csinálni?" (rendőrségi dolgozó)

„... a Patikában, ... azok a fiatalok, akik pénteken 3–5 db egyszer használatos tűt vásárolnak, ... Feltételezhetjük <hogyan droghasználók, mert >.. Aki nem ért hozzá, annak .. meg kell mutatnom, ... el kell mondani, ... míg ezek a fiatalok, akiket én gondolom, hogy esetleg ilyen céllal, mondja, hogy a holtér nélküli 1 millis...de ránézésre általában ápolat, jól szituált, értelmes srácoknak – fiúk egyébként, lányra nem nagyon emlékszem..." (gyógyszerész)

„Hát ez nappal is előfordul azért, hogy bejönnek és... általában 3 darabot szoktak kérni, egyszer használatos fecskendő..."

...A másik ilyen ügyeleti tapasztalat – nem ilyen gyakorisággal – de egyenruhás rendőrök csengetnek be az ügyeletre és ilyen különböző poranyagot akarnak lemérni. Hát ez természetesen nem tudjuk vállalni, ... ritkán fordul elő, ... csak éppen most nem olyan régen volt, azért jutott eszembe," (gyógyszerész 2.)

„...február környékén kaptunk egy címet Budaörsön, ... kimentünk a helyszínre, hogy fiatalok fel akarják robbantani az épületet, ... hát kábítószer hatása alatt volt mind a három fiatal, ... sajnos olyan dolgot kellett csinálni, ami szerintem nem mindenkinek mindennapos, egy gázpalackkal – amiből ömlött a gáz – kivinni és a három illetőt meg kellett fogni, röviden-tömören, míg a mentők kiérkeznek, hogy személyi sérülés ne történjen, sajnos történt. Tehát ezek az emberek, akik be voltak drogozva, azok mindenre képesek voltak, ott abban a pillanatban ott ők mindenre, én ilyen még nem láttam, akkor szembesültem először azzal, hogy mi történik a drogtól. ... Hasis, az volt nálunk és volt egy zacskóban fehér por, azt viszont nem tudom megítélni, hogy abban mi volt, szakértőhöz tették..."

M: Milyen gyakran fordul elő a praxisodban, hogy droghasználóval találkozol?

V: Havi két alkalom, de nem ilyen súlyosak, olyan, hogy igazoltatok úton és látjuk, hogy ott van a zsebében, sodorják, parkolóban.

M: Általában kannabisz használókkal találkozol?

V: Igen, igen. Inkább lehet ezt mondani... Életkor szerint úgy 13 évesek, de pl. ezek az illetők olyan. 20-25 év körüliek lehettek, de inkább most

azt vettem észre, az elmúlt két hónapban, hogy 14-16 között, akiknél ez jobban előfordul.”(polgárőr)

„Nem is olyan régen – januárban történt meg, elmentem egy nagyon régi, kedves barátomhoz, itt lakik Budaörsön, és de olyan spontán jött ki az egész, leültünk náluk, beszélgettünk, bejött a lánya, ránéztem, köszönt, köszöntem, elfordította a fejét és bement a szobába. Mondom a barátomnak, te figyelj már, szerintem a lányod drogozik. Te ne hülyéskedj már velem.. mondom neki, hidd el drogozik. ... Biztos, hogy nem igaz, miért akarsz nekem rosszat. ... lementem a kocsimba, kivettem egy drogtesztet, felvittem és mondtam neki, hogy tessék, én elmentem, megmutattam mit kell vele csinálni, pisiltessétek meg és kimutatott 3 fajtát nála, 3 fajtát.” (polgárőr)

Droghasználókkal való rendszeres találkozásról számolt be a katolikus egyház képviselője is, bár ez jellegében némileg más típusú, nem foglalkozási körében létrejövő kapcsolat, ugyanis a templom előtti téren rendszeresen jelenlévő nyílt drogszénával való rendszeres találkozásról van szó.

„Templomtéren rendszeresen kannabiszt használó fiatalok, kannabisz és alkohol – alkohol és cigaretta természetes. 12 éves kortól, sajnos kora délutántól kezdve késő éjszakáig ... Ahogy jön a jó idő, vége az iskolának, szünet van, nap mint nap szembesülünk ezzel, míg iskola van, addig csak este ülnek oda – 8 órától, és akkor – éjfél, hajnal kettő, ... addig vannak ott, de nap, mint nap, nyáron minden nap ... kiülök közéjük néha esténként beszélgetni, miért teszik, hogy teszik.” (katolikus egyház képviselője)

Egyéb addikciókkal kapcsolatos tapasztalatok

A megkérdezett szakemberek körében a munkájuk során az egyéb szenvedélybetegségek közül egyértelműen leginkább az alkoholproblémákkal való találkozás a jellemző (22 résztvevő közül 14-en említették). Az alkoholfogyasztás után a legtöbben (7 fő) túlzott/visszaélészerű gyógyszerfogyasztással, illetve alkohol-gyógyszer kombinációk használatával találkoztak a munkájuk során. Ezeket a legális szerhasználó megatartásokat nem csak sokan említették a résztvevők közül, de többnyire viszonylag gyakori, s problémás jelenségként is írták le.

„Nekem az alkoholista szülőkkel van rengeteg dolgom, nagyon sok olyan szülő van, aki alkoholista, és gyógyszereket is használ, bejön – folyik a nyála, látom, hogy csupa lepedék – akkor egyértelmű – kérdezem a gyógyszerfogyasztást, á.. nem.. csak egy kis nyugtató. A Xanaxot meg ilyeneket folyamatosan, nagyon sokan használják. Ezeket úgy kapkodják, mint a vitamint.

M: Az hogy viszonylag gyakori, ez mit jelent?

V: Hát az én klienseim között biztos van 10 szülő, aki rendszeresen használja ezt.

M: Mekkora az aktuális kliensköröd?

V: 33-40 család." (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„Nagyon sokan vannak, akik ragaszkodnak a gyógyszereikhez, fiatalok, – azt hogy ez mikor válik toxikomániává, azt nem feltétlenül tudom megítélni. ... Volt egy fiatalember, akiről úgy derült ki igazából, hogy toxikomán, hogy TB-nél behívtak azzal, hogy hamisítják a receptjeimet. És – azért nem tűnt fel, hogy mennyi gyógyszert használ a srác, mert hozzám nem sokszor jött el, de kiderült, hogy azért, mert hogy... fénymásol – színes fénymásolón hamisította a xanaxot, rivotilt meg valamit még. Ezt a kettőt biztosan. És így derült ki, hogy egy sor receptet lekapcsoltak a TB-nél..t” (házi orvos)

„...Nálunk 100 kliensből 20-nál előfordul alkohol, az tuti, a gyógyszer ... az 1-1 esetben fordul elő ...” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„Alkohol, ami még van <a droghasználton kívül a téren>, az is probléma. 12 évesen már sörözik valaki – annak komoly hatása van” (katolikus egyház képviselője)

Néhányan a nagyivás (binge drinking) gyakori előfordulására is felhívták a figyelmet. Az egyik résztvevő a nagyivás jelenségét általánosabb kontextusban értelmezte:

„...most ez a fékevesztettség van, amit a Csányiék mondanak, nemcsak a zabálásban, nem tudom miben, az ivásban, droghasználásban is ez a mértéktelenség, és ez a.. eltapsolni százezret vagy nem tudom mennyit, ha elmennek a szülők, és akkor összetört lakások maradnak, ezek nagyon értelmes gyerekek és elvileg jól nevelt, jól szocializált gyerekek, és ott vannak.. lesznek majd.. de most van egy ilyen időszak.” (oktatási szférában dolgozó résztvevő)

A viselkedéses addikciók közül a játékfüggőség, illetve a problémás internethasználat került nagyobb számban – 5-6 esetben – említésre, s 1-1 résztvevő hozta szóba a társfüggőséget, az étkezési zavarokat, a sportaddikciót, illetve a televízió függőséget, de ezeket többnyire, mint egyedi eseteket, és nem mint, tömegesen előforduló jelenségeket említik.

„M: Nem szerhasználó szenvedélybetegségek?

V: Játékszenvedély. Kimondottan szerencsejáték gépekre gondolok. Hogy ott nagyon fiatal megfordulna? Van, de nagyon minimális.” (polgárőr)

„...két ilyen játékszenvedélyes kölyökről tudok, arról is csak azért, mert a hozzátartozók fordultak hozzám” (házi orvos)

„...a játék az <100 kliensből > egy esetben fordul elő” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„Van, amikor megkeresnek, vagy szenvedő családtagok játéggel kapcsolatban, vagy beszélgetésben előkerülnek az internetes játékfüggőségek.” (katolikus egyház képviselője)

„Nekem egy családom van, ahol 16 éves a fiú, TV függő és 12 éves kislány pedig számítógépfüggő. Szörnyű. Egyszerűen nem élnek. ... pszichiáter kezeli őket egy éve, de.. semmi siker.” (házi orvos)

„Olyan diák is volt, aki a sportba menekült. Olyan eszeveszett módon kezdett boksolni lány létére, hogy elég aggasztó volt” (védőnő)

A kulcsszemélyek véleménye a drogtémában való jártasságukkal kapcsolatban

A drogprobléma kezelésének különböző területein való tájékozottság

Már az előző, a droghasználókkal kapcsolatos személyes tapasztalatokkal foglalkozó részben is megfogalmazták a résztvevők, hogy a kevés tapasztalat mögött esetleg a jelenség észlelését akadályozó információs deficit húzódik meg.

Ennek a kérdéskörnek a megismeréséhez a fókuszcsoportok résztvevői körében egy rövid önkitöltős kérdéssort is felvettünk.¹⁷

A megkérdezett kulcsszemélyek leginkább a prevencióval kapcsolatban érezték tájékozottnak magukat, azonban az átlagérték itt is meglehetősen alacsony, közepes tájékozottságra utal. Ezen kívül még „a tiltott szerek hatása, tünetei” téma esetében haladja meg a résztvevők tájékozottsága a skála középértékét. Az összes többi terület esetében az átlagok a skála 3-as alatti tartományában vannak, azaz a kezelés-ellátás, az ártalomcsökkentés, illetve a tiltott szerhasználattal kapcsolatos jogi ismeretek vonatkozásában a résztvevők azt gondolják, hogy nem, vagy csak nagyon kis mértékben tájékozottak. Ezek közül az ártalomcsökkentés területen mutatkozott a résztvevők körében a legnagyobb információs deficit, itt nem volt olyan résztvevő, aki 3-asnál nagyobbra értékelte volna a tájékozottságát.

A legtöbb területen az egészségügyben dolgozók érezték legkevésbé tájékozottnak magukat.

¹⁷ A kérdéssort lásd a mellékletben: Kérdőív I. – a fókuszcsoport résztvevők számára

	N	átlag	szórás
Prevenció	19	3,37	,684
A tiltott szerek hatása, tünetei	19	3,16	,765
A tiltott szerhasználattal kapcsolatos jogi ismeretek	18	2,72	1,074
Kezelés-ellátás	19	2,58	,961
Ártalomcsökkentés	19	2,16	,834

7. táblázat: *A megkérdezett kulcsszemélyek tájékozottsága a drogprobléma kezelésével kapcsolatos különböző területeken*¹⁸

Az alacsony fokú tájékozottságot a fókuszcsoport résztvevők részben a droghasználat korosztályos jellegével magyarázzák, részben az ismeretek gyors elavulásával:

„Én is alacsonyra értékeltem a tájékozottságomat, amikor én középiskolás, egyetemista voltam, akkor ez még csak az amerikai filmekben volt ..., közvetlen élményem nem volt.” (gyermekorvos)

„... annyira változik a szerhasználat, a megjelenő új szerek, az új szereknél is különbözik akár a kezelés, ellátás..” (gyógyszerész)

A megoldáskeresés bizonytalanságai

A drogprobléma kezelésével kapcsolatos különböző területeken mutatkozó információs deficit miatt a résztvevők többsége csak tapogatózik a látókörükben ténylegesen, vagy potenciálisan felbukkanó szenvedélybetegek problémáihoz való viszonyulás, a kezelési módokat, illetve a továbbküldési utak megtalálása tekintetében. Ezt a tapogatózást – részben a helyi ellátó hálózat szinte teljes hiánya okán – sajnos intézményesen kiépült kapcsolatok sem segítik, a problémával találkozik – mint ahogy az alábbi esetleírásokból is látszik – többnyire informális úton próbálnak megoldást találni. Az ellátási rendszer hiányosságai és az információs deficitek halmozódása sok bizonytalanságot hordozó, beszűkült, korlátokkal terhelt probléma-megoldási módokat hoz létre.

M: Ha mégis találkoznátok, mit csinálnátok ezekben a helyzetekben?

V:én a magam részéről, biztos segítséget kérnék, illetve abba az irányba próbálnék puhatolózni, hogy merre irányítsam...

M: Jelen pillanatban megvannak azok a lehetőségeid, amerre tudnál nyúlni egy ilyen esetben?

¹⁸ A megkérdezettek válaszaikat 5 fokozatú skála segítségével fejezték ki, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem tájékozott”, az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben tájékozott”. A táblázatban a drogprobléma különböző területei vonatkozásában válaszolók száma (N), a válaszként kapott skálapontértékek átlagai, és szórásai szerepelnek.

V: Hát nyilván az eü-i ellátás, azt mondanám - eü-i központ felé vezetne az első utam. Hát akár.. vagy a felnőtt házi orvos, gyerek esetében védőnő lenne az első, akikhez elmennék segítséget kérni... Nyilván ők is ... tovább irányítanak.” (gyógyszerész)

„M: ... hová irányítod őket?

V: Attól függ, vagy pszichológushoz, ha gyerek, akkor gyermekpszichológushoz. ... Törökbálinton van, az egyik, oda, és Pesten is van egy gyermekpszichológus, akihez be szoktam küldeni, aki tanárom volt az egyetemen, a nevét meg nem mondom – telefonszámát tudom, azt szoktam odaadni ... vagy a budaörsi családsegítőről sok jót hallottam, oda sok családunk el szokott menni, akinek problémája van, oda is vannak irányítva, attól függ kinek-mekkora mozgástere van... De nagyon nehéz megtalálni ..

M: Hol keresgéled ezeket?

V: Orvosokon keresztül – vannak orvosok, akik templomba járnak – ők többségükben Pestiek, Pesten dolgoznak, ha van aktuális helyzet, megkérdezem, hogy most hová, saját szakállamra nem mondom, hogy ide menj, oda menj, mindig megkérdezek egy orvost, hogy na, most szerinted ezt hová kellene elküldeni, elmondom a paramétereiket, ... és úgy keresünk neki orvost.

M: Intézményes kapcsolat nincs?

V: Nem tudunk róla, nincs.

M: Addiktológiai gondozó?

V: Azt sem tudom, hol van, lehet, hogy az én hibám.” (katolikus egyház képviselője)

„...mi szociális munkások vagyunk, ha nem a mi kompetenciánk, akkor addiktológushoz szoktuk, .. van egy ismerősöm, aki pszichiáter és addiktológus is, ... hozzá szoktunk fordulni, ha valami olyan dolog van, hozzá szoktunk irányítani...

M: Itt Budaörsön tudtok valahová irányítani?

V: Főleg vele szoktunk, mert, hogy ő kijön helyszínre is...” (civil szervezet munkatársa)

„...ösztönszerűen haladtam, és ahány hibát el lehetett követni, azt mind elkövettem ezen munka során – semmit nem úgy, hogy biztosan tudtam, hogy ez bejön – elsőnél azt hittem, vége, ez megoldódik – meg amikor – már biztos volt, hogy vele minden rendben van, akkor nagy boldogan közöltem a kollégáimmal, és akkor kiment és a kapuban kirabolt valakit.. nem voltam elragadtatva, olyankor összeomlott minden, hülyét csinált belőlem, hazudik.. hát itt tartunk.” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„ ...mi is a Kék Pontot vagy valami ilyen helyet kerestünk, mert, hogy van addiktológusa Budaörsnek, de egy darab, heti egyszer két órában,

elmondhatom, hogy mekkora hatásfokkal tud dolgozni az a szegény doktornő, nagyon lelkes, jó kapcsolatunk van vele, tudunk vele együttműködni, de kevés ez az idő. Ha hatékonyak akarunk lenni, akkor mindenképpen mást kell keresni, egy más szakembert.” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„...Volt olyan nagymama, aki telefonált, hogy azt gondolja, probléma van az unokájával és azt gondolja, hogy szerfogyasztó, hogy mit tud csinálni. Mondtam, hogy – mivel névtelenül telefonált – a rendőrség nem segítő szervezet, mi nem azért vagyunk, hogy segítsünk valakit, ha tudomásunk van egy bűncselekményről – kábítószer-fogyasztás az bűncselekmény – én bűnpártolást követek el akkor, ha nem jelentem, ennyit nem ér az egész, ne minket keressen. Szoktam családsegítőbe irányítani, vagy megadom a drogsegély szolgálat telefonszámát, ők azok, akik tudnak segíteni. De volt olyan szülő, aki azt mondta, ez nem megoldás ... nincs betegség tudata, ... Mondtam, akkor egy megoldás van, jelentse fel a gyereket, ha feljelenti a gyereket, hogy ő fogyasztó, akkor mi elküldjük, azon <elterelésen> kötelező részt venni, az már nem önkéntes program...” (rendőrségi dolgozó)

Képzési igények

A kulcsszereplők ismereteivel foglalkozó rövid kérdőívünk nem csak a drogprobléma kezelésével kapcsolatos különböző területeken való tájékozottságot – vagy inkább tájékozatlanságot – vizsgálta, hanem azt is, hogy a résztvevők szerint, mennyire fontos, hogy az adott területen ismereteit bővítse.¹⁹

A résztvevők – mint azt az alábbi (8.) táblázatból láthatjuk – nagy nyitottságot mutattak a drogprobléma kezelésének különböző területein az ismereteik bővítésére. A megkérdezett kulcsszereplők körében mindegyik vizsgált területen az ismeretbővítés iránti nyitottságot kifejező skálatartományban szereplő válaszok voltak jellemzőek, részben a meglévő információs deficitre, részben a területre vonatkozó információk állandó változásra utaló indoklásokkal.

*„Ugye nem találkoztunk velük, de találkozhatunk bármikor, ezért gondolom, hogy sokkal többet kellene tudnunk ... minden területen”.
(szociális szférában dolgozó résztvevő)*

„Folyamatosan kell tájékozódni...” (addiktológus)

Az összes megkérdezett körében a legmagasabb átlagértékeket a legnagyobb információs deficittel jellemezhető területeken (ártalomcsökkentés, valamint jogi ismeretek) kaptunk.

¹⁹ A kérdéssort lásd a mellékletben: Kérdőív I. – a fókuszcsoporthoz tartozó résztvevők számára

	N	átlag	szórás
Ártalomcsökkentés	19	4,26	1,195
A tiltott szerhasználattal kapcsolatos jogi ismeretek	19	4,26	0,872
Prevenció	19	4,16	1,167
Kezelés-ellátás	19	4,05	1,026
A tiltott szerek hatása, tünetei	19	3,89	1,197
A vizsgált területek együttes átlaga	19	4,12	0,772

8. táblázat: *A megkérdezett kulcsszemélyek információ igénye a drogprobléma kezelésével kapcsolatos különböző területeken*²⁰

A különböző szakmák képviselőit tömörítő csoportok között azonban e tekintetben némi eltérések figyelhetők meg (szociális: 4,17; eü: 4,08; civil 4,12). Legkisebb nyitottság az ismeretszerzésre az egészségügyi fókuszcsoport résztvevői körében mutatkozott, bár az átlagérték itt is messze a nyitottságot tükröző tartományban szerepelt.

Az érdeklődésre leginkább számot tartó területek sorrendje is kicsit eltért a különböző csoportokban: A szociális szférában dolgozókat tömörítő csoport inkább a prevenció és a drogok hatásai/tünetei témában vár információkat, míg a civilek körében a kezelés/ellátás és az ártalomcsökkentés témáiban, az egészségügyben dolgozók esetében pedig inkább az ártalomcsökkentés és a drogfogyasztással kapcsolatos jogi ismeretek vonatkozásában mutatkozott információigény.

Az információs/képzési igény vonatkozásában a vizsgált területek kibontakozó erőssorrendje mellett – részben az előző részben leírtakkal, a probléma-kezelés, továbbirányítás bizonytalanságaival összefüggésben – megjelentek olyan vélemények, melyek nem a képzések tematikájára helyezték a hangsúlyt, hanem azok tapasztalatcserék formájában való megvalósítására, ami lehetővé teszi a különböző területen dolgozó (pl. egészségügyi és civil) szervezetek közötti kapcsolatok kiépítését, ezáltal az információs deficit csökkentése mellett ellátás-szervezési hozadékkal is járnak.

²⁰ A megkérdezettek a válaszokat ez esetben is egy 5 fokozatú skála segítségével adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem fontos, hogy ismereteit bővítse”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon fontos, hogy ismereteimet bővítsem”. A táblázatban a drogprobléma különböző területei vonatkozásában válaszolók száma (N), a válaszként kapott skálapontértékek átlagai, és szórásai szerepelnek.

A budaörsi drogprobléma ellátásának fejlesztésével kapcsolatos elképzelések

A kulcsszemélyek problémadefiniálása

A kulcsszemélyek körében megmutatkozó fejlesztési elképzelések felvázolása előtt fontosnak tartjuk, hogy szóljunk röviden a résztvevők probléma definíciójáról. Az ellátásra szoruló populációval kapcsolatos fogalmi kérdések tekintetében a többség az ellátás-fejlesztési tevékenység célpopulációjaként – a szokásos problémás szerhasználó értelmezéstől eltérően – általában a droghasználókat jelölte meg:

„Nekem az egyszeri kipróbáló is problémát jelent.” (védőnő)

„Mindenki előbb-utóbb problémás lesz..” (gyógyszerész)

„Mindenki, aki drogot használ... aki évente egyszer az is rendszeres, ... eltelik tíz év, és akkor felgyorsul a folyamat...” (katolikus egyház képviselője)

„Attól kezdve, hogy szert használ, nekem probléma, azért, mert az összes drogrehabon ... egyik sem úgy kezdte, hanem kis lightokkal kezdte és sodródott” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

Emellett azonban a célpopuláció definiálása során – ugyan meglehetősen bizonytalan tartalmakkal – esetenként megjelentek szerekek, szerhasználati gyakorisággal, függőséggel illetve a drogfogyasztással összefüggő egyéni és környezeti következményes károsodásokkal (ártalmakkal) kapcsolatos kritériumok is.

„Részben attól függ, hogy milyen szer, részben, hogy milyen gyakran használja... aki egyszer kipróbálja ... azt nem tekintem droghasználónak” (Önkormányzat szociális és egészségügyi osztályának képviselője)

„Meváltozik tőle a normál élete” (szociális szférában dolgozó résztvevő)

„Problémás az egyén, vagy a közege számára. Az egyén számára okozott problémák lehetnek egészségügyi problémák, kapcsolatokban, munkahelyen megjelenők. A közege számára problémás az, aki látványosan sérti a normákat, provokálja a környezetét” (iskolapszichológus)

A fogalmak sokszínűségének megfelelően az ellátandó populáció méretére vonatkozó becslések is igen széles határok között mozognak. A legkisebb becslések egy „maroknyi” csoportról, a legnagyobbak a fiatal populáció felére kiterjedő populációról szólnak. Ugyanakkor a résztvevők hangsúlyozták a becslések kevésbé megalapozott voltát.

A különböző területek fejlesztésének fontossága

A budaörsi drogprobléma ellátásának fejlesztésével kapcsolatos elképzelések megismerése céljából a fókuszcsoportos beszélgetéseken ismét alkalmaztunk egy rövid – a 2009. decemberében az országgyűlés által elfogadott Nemzeti Drogstratégia célrendszerében (is) megjelenő főbb ellátás-fejlesztési célkitűzések alapján összeállított – önkitöltős kérdéssort,²¹ melynek segítségével a kulcsszereplők egyrészt különböző ellátás-fejlesztési célkitűzések fontosságát, másrészt azok megvalósíthatóságát értékelték a budaörsi drogprobléma ellátásának fejlesztése szempontjából.

A vizsgált 12 fejlesztési terület közül 10-et magas prioritású, meghatározó fontosságú fejlesztési területnek minősítettek a résztvevők (lásd 9. táblázatban szereplő, rendre 4-es feletti átlagértékeket).

Fejlesztési területek	Fontosság ²²		
	N	átlag	szórás
Szakemberképzés fejlesztése	16	4,81	,403
Szakmai fejlesztések az ellátások minőségének javítása érdekében	15	4,60	,632
A kezelésbe-ellátásba irányítás fejlesztése	16	4,56	,892
Közösségi, önszegítő programok fejlesztése	16	4,56	,727
Egészségügyi és szociális ellátások együttműködésének fejlesztése	16	4,47	,743
Rehabilitációs programok fejlesztése	16	4,44	,892
Gyógyult szenvedélybetegek reszocializációs és szociális támogató rendszerének fejlesztése	16	4,44	,629
Fiatalokra irányuló kezelési/rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	15	4,38	,957
A szerfogyasztáshoz kapcsolódó kockázatok csökkentése	16	4,25	1,183
Járóbeteg ellátás fejlesztése	16	4,19	,834
Alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztése	14	3,86	1,099
Fekvőbeteg ellátás fejlesztése	15	3,00	1,773

9. táblázat: A különböző ellátás-fejlesztési területek fontosságára vonatkozó vélemények a megkérdezett kulcsszemélyek körében

²¹ A kérdéssort lásd a mellékletben: Kérdőív II. – a fókuszcsoport résztvevők számára

²² A megkérdezettek válaszaikat 5 fokozatú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy a „egyáltalán nem fontos”, 5-ös pedig azt, hogy „meghatározó fontosságú” a budaörsi ellátás fejlesztése során.

Az előző – a kulcsszereplők jártasságával, és az információk iránti nyitottságával foglalkozó – fejezetben leírtakkal összhangban a résztvevők körében a „szakemberképzés fejlesztése” mutatkozott a legnagyobb prioritású fejlesztési célként (itt a válaszok kizárólag 4-es és 5-ös válaszokat kaptunk). Részben a szakemberképzéssel összefüggésben, részben rendszerproblémaként a beszélgetések során többször előkerült az „ellátásba irányítás fejlesztése”:

„... ellátásba irányítás, ... hogy tudjam, kire gondolok, ne az legyen az első gondolat, hogy eü-i központ, orvos, védőnő ... ő is csak tovább tudná irányítani, ... ha azt mondom, hogy Budaörsön – akár a ... főúton van egy eü-i szociális központ, ott – tudnánk, hogy van szakember, aki kézzelfoghatóan tud ezzel foglalkozni...” (gyógyszerész)

4-es alatti átlagot két fejlesztési terület, az „Alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztése”, valamint a „Fekvőbeteg ellátás fejlesztése” esetében kaptunk.

„...nem adtam 5-öst, 4-est sem az alacsony küszöbű szolgáltatásra ... nem hiszek ebben, ennek nincs hagyománya” (házi orvos)

„Nem tudom, azt érzem, többet ártana, mint használna, itt, nem Bp-en a VIII. kerben hanem itt. Ott azt gondolom, hogy nagyon jó hogy van, itt ezt gondolom, annak fényében ahány ilyen gyerek van, ahogy erre reagálnak szülők meg ők is... (szociális szférában dolgozó résztvevő)

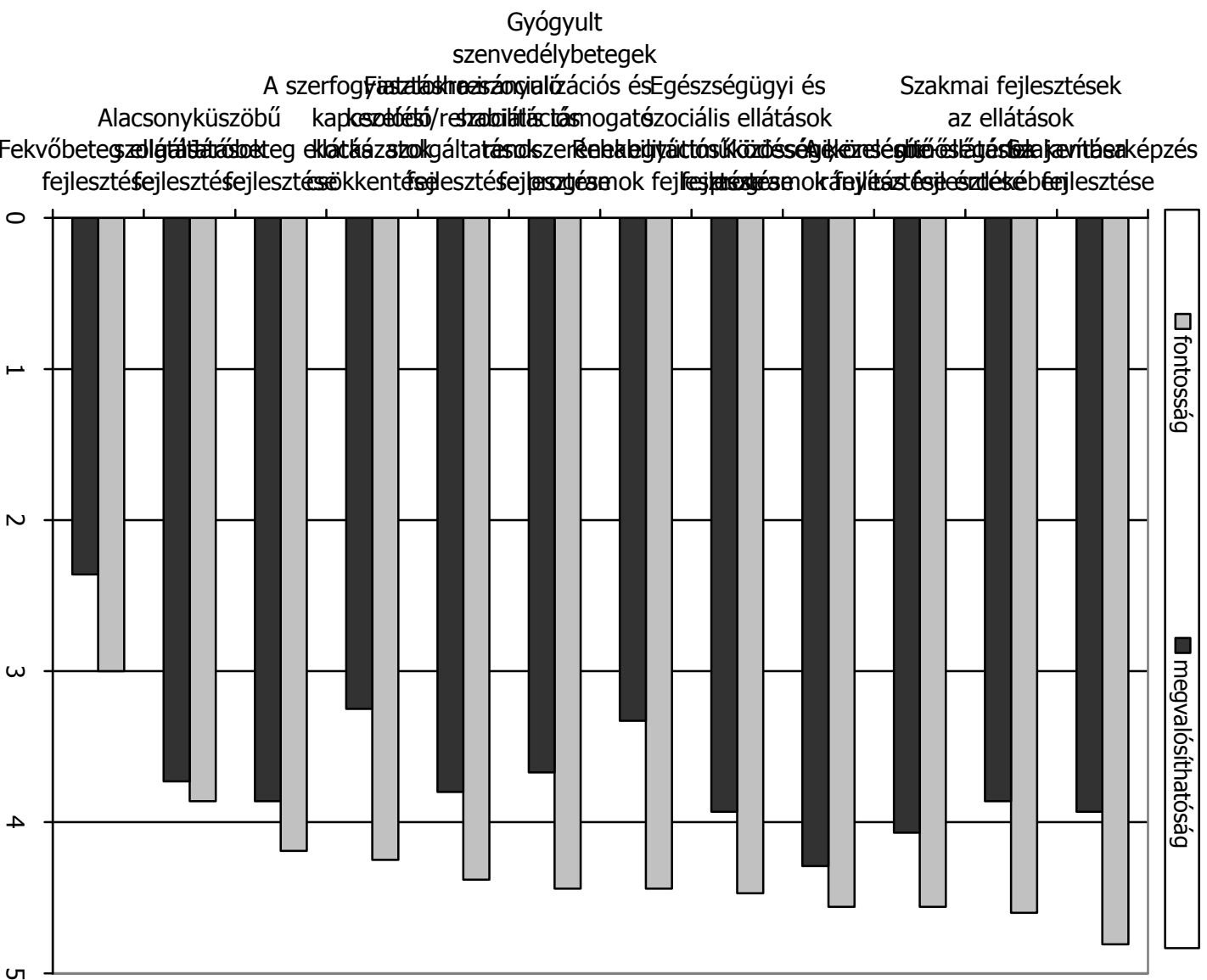
A skála elutasítási (3-as alatti) tartományába egyetlen vizsgált fejlesztési cél sem került, azaz a drogprobléma kezelésével/ellátásával potenciálisan valamilyen – többnyire közvetett – kapcsolatban álló kulcsszemélyek mindegyik vizsgált terület mentén relevánsnak érzik fejlesztési célok megfogalmazását. A szinte válogatás nélküli magas pontszámok indoklását az egyik résztvevő a következőképpen fogalmazta meg:

„Ahol nincs semmi, annál bármi jobb... Ha valami létrejön, az nem csak a budaörsi, hanem a kistérségi ellátás szempontjából is nagy hozadék... Budán gyakorlatilag nincs ellátás...” (addiktológus)

A fejlesztések megvalósíthatósága

A vizsgált fejlesztési célok megvalósíthatósága tekintetében kevésbé derülátóak a résztvevők. Míg a fontosság tekintetében az 5 fokozatú skálán adott válaszok átlagai döntően 4-es fölött voltak, addig az egyes célok megvalósíthatóságával kapcsolatos vélemények átlagértékei két terület kivételével 4-es alatt találhatóak. A fontosság és a megvalósíthatóság alapján a vizsgált fejlesztési területeknek némileg eltérő hierarchiája bontakozik ki (lásd 7. ábra). Néhány fontosnak ítélt fejlesztendő területen (ártalomcsökkentő szolgáltatások, rehabilitációs programok) a budaörsi megvalósíthatóságot alacsonyra értékelték: *„... nem elfogadott még az sem, hogy*

ezzel a problémával egyáltalán bánjanak a városban, nem hogy az ártalomcsökkentés...” (iskolapszichológus)



7. ábra: *A különböző ellátás-fejlesztési területeken a fejlesztések fontosságával és megvalósíthatóságával kapcsolatos vélemények a megkérdezett kulcsszemélyek körében*²³

²³ A megkérdezettek válaszokat mindkét kérdés esetében 5 fokozatú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy a „egyéltalán nem fontos” illetve, hogy „egyéltalán nem valósítható meg”, 5-ös

A megvalósíthatóság akadályaként egyrészt az elszánás, az „akarás” hiányát, a helyi társadalom drogproblémához való hozzáállását (erre a problémakörre a tanulmány során majd még visszatérünk), másrészt a pénz hiányát jelölték meg a résztvevők, valamint ellátás-szervezési hiányosságokat, azt, hogy az intézmények/szakemberek nincsenek kapcsolatban egymással:

„A megvalósíthatóság sorokhoz két darab 5-öst írtam, amikor az eü-i és szociális ellátások együttműködéséről kérdeztetek, másik a szakemberképzés fejlesztése. Összes többenél rettenetesen szkeptikus vagyok, voltam és leszek is... Az a baj, hogy hiába vagyunk mi itt szakemberek, hiába tudjuk, mi kell, mit szeretnénk, mivel segíthetnénk, ha van egy gát, amit önkormányzatnak, pénznek hatalomnak és... nem tudom, minek hívnak, van egy olyan gát, ami nem fogja segíteni ezt a munkát. Egyrészt azért, mert ciki azt mondani, Budaörsön mennyi drogos van, mert az nem illik, ... és az is probléma, hogy abban az esetben amikor a városban a felnőttek ellátása nem megoldott, pl. a szenvedélybetegek, pszichiátriai betegek nappali ellátása nincs kitalálva, itt bolyonganak bolondok, félbolondok, ... tényleg, bizonyos ellátások a felnőttek szintjén sincsenek meg, akkor a gyerekekre nem fognak gondolni, ezért voltam szkeptikus, ezért írtam egyeseket meg kilenceseket.” (szociális ellátásban dolgozó résztvevő)

„Folyamatosan - 2001 óta dolgozom Budaörsön – van róla szó, hogy valamit kell csinálni. Utcai szociális munka, kortárs csoport, beszélgetni, együttműködni, vagy valami. És valahogy ezek nem indultak be, ... nem történik semmi...” (iskolapszichológus)

„... azt gondolom, hogy minden... minden megvalósítható, csak tenni kellene érte valamit. ... mindent meg lehet valósítani, eszköz, ember, akarat, pénz” (az egyik civil szervezet munkatársa)

„... megvan az elhatározás, megvannak a szakemberek csak pénz kell hozzá. ... Ha megfelelő helyre tennék a pénzt..” (a katolikus egyház képviselője)

„... főleg az anyagi problémák miatt, ami az egész országot sújtja ...” (egy civil szervezet munkatársa)

„...nincs ... átgondolva, ésszerűsítve, és ameddig az nem történik meg, nem lesz semmi, mindenki a saját malmában őröl, és senki nem fogja eltalálni, hogy a másik éppen mit kezelt, hogy kezelt. Az intézmények egymás mellett élnek, de nem együtt. ... hosszú távú fejlesztésre van szükség.” (a katolikus egyház képviselője)

pedig azt, hogy „meghatározó fontosságú” illetve „megvalósítható” a budaörsi ellátás fejlesztése során.

Az általunk felsorolt fejlesztési lehetőségek közül leginkább megvalósíthatónak – viszonylag nagy egyetértésben – a „közösségi, önszolgálati programok”, valamint a „kezelésbe-ellátásba irányítás” fejlesztését tartják a kulcsszereplők (lásd 10. táblázat). A jó eséllyel megvalósítható (4-es közeli) célok közé sorolták emellett a résztvevők az „egészségügyi és szociális ellátások együttműködésének fejlesztését”, valamint a fontossági sorrend alapján legnagyobb prioritású „szakemberképzés fejlesztését” is. Fontosság és megvalósíthatóság tekintetében egyaránt a legutolsó helyre sorolták, egyértelműen nem megvalósíthatónak tekintik a kulcsszereplők a „fekvőbeteg ellátás” területén való fejlesztéseket.

Fejlesztési területek	Megvalósíthatóság ²⁴		
	N	átlag	szórás
Közösségi, önszolgálati programok fejlesztése	14	4,29	,611
A kezelésbe-ellátásba irányítás fejlesztése	14	4,07	,917
Egészségügyi és szociális ellátások együttműködésének fejlesztése	14	3,93	,829
Szakemberképzés fejlesztése	15	3,93	1,163
Járóbeteg ellátás fejlesztése	14	3,86	1,099
Szakmai fejlesztések az ellátások minőségének javítása érdekében	14	3,86	,949
Fiatalokra irányuló kezelési/rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	15	3,80	1,146
Alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztése	11	3,73	,786
Gyógyult szenvedélybetegek reszocializációs és szociális támogató rendszerének fejlesztése	15	3,67	1,345
Rehabilitációs programok fejlesztése	15	3,33	1,047
A szerfogyasztáshoz kapcsolódó kockázatok csökkentése	12	3,25	1,138
Fekvőbeteg ellátás fejlesztése	14	2,36	1,550

10. táblázat: *A különböző ellátás-fejlesztési területeken a fejlesztések megvalósíthatóságával kapcsolatos vélemények a megkérdezett kulcsszemélyek körében*

A megvalósíthatóság általános akadályai között – mint azt már említettük – többen megfogalmazták a drogfogyasztók kirekesztésével, illetve felfokozott veszélyészleléssel, félelmekkel leírható lakossági attitűdállapotokkal kapcsolatos

²⁴ A megkérdezettek válaszaikat 5 fokozatú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy a budaörsi ellátás fejlesztés során „egyáltalán nem valósítható meg”, 5-ös pedig azt, hogy „megvalósítható”.

akadályokat. Néhányan úgy látják, hogy a helyi társadalom viszonyulásai miatt a drog-specifikus ellátásfejlesztés is nehézségekbe ütközik, mások szerint ez az ellátások igénybevétele során jelenthet inkább ez akadályt.

„...amikor kiderül egy-egy ilyen eset, akkor felmerül az, hogy kellene valami helyi ellátó központ, ahová lehetne küldeni az ilyen típusú betegeket. ... a település nem biztos hogy akar ilyet, lévén hogy az országban nincs kellő számú ellátóhely,és akkor fél attól egy kisebb település, hogy a környékből idejön az összes drogos ... vegyes a fogadtatása egy ilyen jellegű intézménynek.” (az önkormányzat szociális és egészségügyi irodájának képviselője)

„M: Azt gondoljátok, ha helyben lenne szenvedélyszer használat ellátására célzottan kialakított intézmény ...

V1: Senki nem menne itt, mert az tiszta ciki.... Nevelési Tanácsadóba jönni is ciki.” (szociális ellátásban dolgozó résztvevő)

„... a szülőknek ciki, hogy megtudja a szomszéd, hogy az ő gyereke drogos, a szülőnek – nem a gyereknek magának...” (szociális ellátásban dolgozó résztvevő)

„...Nevelési Tanácsadóba ... kell, hogy a gyerek jöjjön, a szülő hiába jön, oda fogunk jutni, hogy oké beszélje rá a gyereket, hogy jöjjön le... itt bukik a dolog.” (ifjúságvédelemmel foglalkozó védőnő)

„...De az már jó dolog, ha a szülő elmegy, elismeri... Volt, hogy előállítottuk a gyereket, bejött a szülő és abszolút fel volt háborodva, hogy miért zaklatjuk az ő gyereket, amikor megmutattuk neki a gyors tesztet ..., hogy kettő anyagra is pozitív volt, akkor teljesen meg volt döbbenne. ... A szülők, azt gondolják, hogy az ő gyerekük semmit nem csinál... nem is értem. A másik, hogy nehogy megtudja a falu. Budaörs ugyan egy város, de mindenki ismer mindenkit, bármi történik, azt egy hét – nem kell egy hét – elmész a fodráshoz, zöldségeshez, orvosi rendelőbe – már tudod, hogy ki hol volt... ez egy falu... hiába város. Ez egy falu, ugyanez van, emberek azt mondják, nehogy már megtudják..., azt a szégyent, hogy megtudják a szomszédok, kollégák, hogy az én gyerekem drogfogyasztó. ...” (rendőr)

Talán ebben a tárgykörben, a drogfogyasztókkal kapcsolatos viszonyulások között leginkább helyénvaló megemlítenünk, hogy bár a beszélgetések a budaörsi kábítószer problémával összefüggő ellátás-fejlesztés megalapozására irányultak, több esetben elhangzottak érvek a kábítószer-fogyasztás visszaszorítására irányuló büntetőpolitikai eszközök erősítésével kapcsolatban is:

„Az a baj, hogy semminek nincs súlya. A 14 éves gyerektől ma maximum elveszik az úveget. Jó esetben. Legközelebb megint ott van a kezében az

üveg, de ha a társaságban tudják, hogy azért büntetés jár, ... lehet, hogy ennek lesz visszatartó ereje... és nem fogják egymást ebbe behúzni, mert ennek súlya van.” (katolikus egyház képviselője)

„Egy baj van Magyarországon, hogy a kényszerelvonókat megszüntették emberiségi jogra hivatkozva... azt gondolom, hogy a társadalomnak joga lehet, hogy az ő személyiségi jogai sérülnek attól, de hosszú távon az ő személyiségi jogai ebből fognak nyerni, igazából átverjük magunkat ezzel a dologgal, nem mert sérülnek a személyiségi jogai.. gondoljunk akkor a családjára, anyjára, apjára, gyerekeire – ha ezt végig gondoljuk – akkor rossz dolog, hogy ezeket megszüntették Talán az elvonóval is lehetne rádöbbsenteni őket arra. ... Temettem olyan gyereket, aki kábítószer túladagolásban halt meg, tavaly. Eljutottam addig, hogy a gyerek elment elvonóra...két hét múlva kapott időpontot és közben meghalt a srác. Ha lett volna kényszer elvonó, szülők be tudták volna tenni, ... rázárják amíg a tüneteket lekezelik, addig nem engedik ki, nagyon sokat. (katolikus egyház képviselője)

„Törvényekről akarok beszélni. Azt akartam ebből kihozni, hogy bezárnak egy elvonót, de ezekkel a dolgokra senki nem figyel oda, hogy ő megcsinálja másodszor ezt a balhét, távoltageást kap, ezzel nincs vége, közben milyen jó lenne az, amikor az ember be van italtozva, látjuk rajta, eléggé kapatos, azt mondjuk – jó, nem távoltageás a családjától, hanem 3 napra be kell vinni kényszer elvonóra, már megoldódnak a problémák.” (polgárőr)

„Megnyugtatóképpen annyit tudok mondani, hogy lesz ám csapás mérve, jött a nyári időszak – Templom és környékére, úgy fogjuk kezdeni, hogy oda megyünk első alkalomra, ha 14. életévét betöltötte, szülő feljelentés, aki betöltötte a 18. életévét, helyszínen 20 ezer forintos bírság csekket fog kapni és el fog menni a kedvük attól, hogy ők itt alkoholt fogyasztanak, így. ... Egyet kell megbüntetni csak egyet, nem az összeset...” (polgárőr)

„...volt amikor kértük a járőröket, ki is jöttek megnézni.. de nem győzik vagy nem tudom miért nem jönnek rendszeresen. ... Az volt, hogy igazoltatták őket és hogy.. közterületen alkoholt fogyasztanak és ez törvénytörtés, szabálysértés. Mivel fiatalok pénzbüntetés vagy ilyesmi nem nagyon lehet.. de jegyzőkönyvet vesznek fel és annyi. ... Ezt rendszeressé kellene tenni 6 óra után.” (egyházi iskola)

„...Nincs rá kapacitása a rendőrségnek – arra nincs kapacitás, hogy mondjuk a Mindszenthy téren – vagy valamelyik lakótelepen álljunk, egy pár rendőr és csak ott nézzen, – főleg oda megyünk, ahol sűrűn van bejelentés ... Kellene felszerelni kamerát sok helyre, de ez az Önkormányzat problémája, nem a miénk, mert ők szerelik fel...” (rendőrségi dolgozó)

Talán részben a helyi társadalom fentiekben bemutatott felfokozott, illetve kirekesztő reagálásai miatt is, mindegyik csoportban megjelentek az ellátás-fejlesztési elképzelések között a célzott prevenció eszköztárába tartozó, nem csak a szerhasználókra, hanem a veszélyeztetett csoportokra fókuszáló beavatkozásokkal kapcsolatos fejlesztési javaslatok:

„...Hozzánk bejönnek, de nagyon hosszú idő kellett ahhoz, hogy ... elfogadják. ... hiába vannak a ... szórólapjaink, ez-az-amaz, egymásnak ahogy mondják, úgy jönnek... egy olyan helyszín kellene, ... ahová ezek a gyerekek bemehetnek, és ott – megfelelő felnőtt személyzettel meg lehet őket támogatni.” (szociális területen dolgozó résztvevő)

„...Szerintem ahol lehetne tenni, hogy a fiatalság energiáit valahogy egy kicsit személyre szabottan, de jó irányba lekötni, ahol sikerélmény van, megvalósulnak. Nem biztos, hogy tanulás, inkább sport, kézügyesség, ahol a fölös energiái kicsit jobban leköttődnek... olyan jellegű szabadidős programok, ami vonzza a fiatalságot, régebben drogmentes diszkókat is szerveztünk. Ez úgy valósult meg, hogy – 7-8. osztályban – a szülők kaptak egy értesítést, hogy van ez a diszkó lehetőség, valaki felvállalta, hogy működtet zenét, nem kell belépő, pénz (pályáztunk ellátmányra, gyerek kapott italt, pogácsát, táncolhattak egymással a fiatalok) Ilyen jellegű szabadidős tevékenységek.. mert a szórakozóhelyen vannak a parti-drogok...” (az Önkormányzat szociális és egészségügyi irodájának képviselője)

„... a budaörsi alkohol és kábítószer-fogyasztás jelentősen visszaszorítható lenne, ha a fiatalokat bevonva, megkérdezve, tudnánk nekik biztosítani egy helyet, ahol zajonghat, üvöltözhet, kiabálhat, focizhat éppenséggel, gördeszkázhat, összejöhet, bandázhat, mert neki az a lényeg, hogy bandázhasson, nyilván keretek között, azt mondva, hogy gyerekek, ide alkoholt-cigarettát nem lehet bevinni. És azt ő maga alakíthatja ki, őt vonjuk be, gyere el, segíts, hogy legyen, milyen legyen, csak erre nincs pénz, mindenre van, de erre nincs (katolikus egyház képviselője)

„...Abszolút a prevencióra gondolok, néha sétálok a lakótelepen, sok gyereket ismerek, szoktam velük néha beszélgetni, egyszer gondolkodtam abban, hogy valamit kezdek velük, egy alapítvány keretében. Végigjártam a lakótelepet ... meg sok helyen ... a Templom téren is voltam .., hogy miért vannak kint az utcán, mondták, hogy hol lennének, mondjak egy helyet, ahová mehetnének Budaörsön, ahol együtt lehetnek. És akkor... mondtam, hogy milyen szeretnének, ahol mit lehet csinálni, mondták, hogy cigány táncot akarnak tanulni (ezek nem cigánygyerekek voltak), ... break-elni akartak ... ifjúsági szórakozóhely, célcsoportra fókuszált tevékenység, ahol célcsoportra specializált szakember, tehát egy olyan, aki konkrétan ezt, ezeket az utcagyerekeket

összeszedni, .. olyan tevékenységet csinálni, amit ők szeretnének, nem kitalálni valamit és rájuk nyomatni, hanem megkérdezni hogy mit akarnak, abban kell hogy legyen jó, és akkor valami olyat, amit ők választanak...,, (szociális területen dolgozó résztvevő)

„...mit csináljunk velük, nem tudunk velük mit csinálni, nem tudjuk azt mondani, ne itt. Hová menjenek? Ha bemennek a lakásba, akkor a szomszéd jelenti fel őket, hová menjenek, nem tudsz alternatívát mondani. ... Ha azt mondd valakinek, hogy ne csináld ezt, s tudsz neki felajánlani másik alternatívát, amivel hasznosan el tudná tölteni az idejét, azt mondom rendben, de most csak azt mondom, hogy ne – mert ne... nem tudom azt mondani, hogy hová menjen szórakozni, hogy hová menjen, ha nincs annyi pénze, hogy kifizesse a 2 ezer forintos belépőt meg kifizesse a 4 centesre a 700 forintot, de ez a fiatal felnőttekkel is így van, nemcsak a fiatalokkal, hová menjenek – hová mennek? Kimennek a parkba, ami ingyen van.” (rendőrségi dolgozó)

„Én ... az önsegítő programokban, közösség programokban gondolnám... mindig ugyanoda lyukadunk ki, ha találnának valami alternatív elfoglaltságot, akkor kevésbé fordulnának ezekhez a dolgokhoz. Én a prevencióban látom a lényegét, tehát ha lenne ilyen-olyan program, azoknak is, akik nem tudják megfizetni... Mert mi például:.. osztályfőnöki órát tartottunk 7-8. osztályosoknak, kiment két kolléga, nagyon-nagyon jól beszélgettek, ez volt 2-3 alkalom. Utána jöttek is a gyerekek.. érdeklődtek. Nem mumus voltunk utána...,, (szociális területen dolgozó résztvevő)

A kulcsszemélyek nyílt szerhasználó szcénákkal kapcsolatos tapasztalatai

A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés egyik fontos céljának tekintettük, hogy kiindulva az információkat gyűjtsünk a szükséglet-felmérés második fázisához, a rejtőzködő populációval való kapcsolatfelvételhez. Mint ahogy azt a korábbi – a résztvevők személyes tapasztalataival foglalkozó – részben láthattuk, a kulcsszemélyek, illetve az általuk képviselt intézmények jellemzően nem kerülnek kapcsolatba droghasználókkal, vagy ha igen, akkor ezek a találkozások nagyon esetlegesek, egy-egy alkalomra korlátozódó, többnyire nem aktuális kapcsolatokat jelentenek. Rendszeres, vagy legalább ismétlődő, aktuálisan is jellemző találkozásokról többnyire olyan foglalkozások/intézmények képviselői (gyógyszertári dolgozók, rendőrség, polgárúr egyesület képviselői) számoltak be, melyek a szerhasználóval nem építenek ki bizalmas, hosszú távú, a rejtőzködő populáció elérését lehetővé tevő kapcsolatot.

Ugyanakkor - mint azt a kulcsszemélyek droghasználókkal kapcsolatos tapasztalataival foglalkozó fejezetben már szintén bemutattuk – a fókuszcsoporthoz

részvevőinek többsége családtagok, kollégák beszámolóí, vagy lakókörnyezetében való találkozások révén rendelkezik valamilyen közvetlen vagy közvetett tapasztalattal, vagy „sejtéssel” a budaörsi drogproblémáról. Vannak vélt vagy valós percepcióik a nyílt szerhasználó szcénák területi elhelyezkedéséről. Ezen közvetlen vagy közvetett tapasztalatok alapján a résztvevők összesen 20 olyan területet írtak körül a városban, ahol kisebb nagyobb rendszerességgel tapasztalható nyílt színi szerhasználat. Az egyes szcénák szerhasználati szokásaira és egyéb sajátosságaira vonatkozóan a résztvevők sok esetben nem, vagy csak nagyon bizonytalan információval tudtak szolgálni (6 hely esetében kaptunk nem tudom választ, 9 hely esetében pedig vegyes szerhasználatúnak, azaz alkohol és droghasználattal egyaránt jellemezhetőnek vélték a megadott helyeket).

Pl.: „... annyit látok, este beáll egy autó, benne két-három fiatal sráccal, és aztán egyszer csak jönnek arra biciklivel, autóval – megállnak – két perc – már mennek tovább, az ember ilyenkor mire gondol...”
(házi orvos)

A kutatás második fázisában ezen helyeket járták végig a munkatársaink, s próbáltak kapcsolatba kerülni a ott lévőkkel, megismerni szerhasználati szokásaikat, ellátási igényeiket, illetve segítségükkel más, a kulcsszereplők számára ismeretlen, ellátórendszeren kívüli droghasználó populációk felé kapcsolatot találni.

A rejtőzködő szerhasználók körében végzett kérdőíves adatfelvétel eredményei

A rejtőzködő szerhasználók körében történt adatgyűjtés célja

A szükséglet-felmérés kulcskérdése annak feltárása, hogy hogyan jellemezhetők, milyen direkt, illetve indirekt szükségletekkel rendelkeznek a különböző – az ellátásban lévő, illetve az ellátórendszer sugarán kívül maradt – célcsoportok tagjai. Ezek a vizsgálatok mutatják meg, hogy a szerhasználók milyen szükségleteket érzelnek, melyek azok, amelyekkel kapcsolatban ellátási igényeket fogalmaznak meg, valamint esetlegesen azonosíthatók-e a kliensek körében különböző látens (általuk nem észlelt illetve nem kifejezett) normatív szükségletek.

Mint azt a kulcsszemélyek körében készült kutatás eredményeit leíró fejezetben láthattuk, Budaörsön gyakorlatilag nincs, illetve nagyon limitált az addiktológiai ellátás. A néhány hónapja – heti 2 napon 2-2 órában – működő addiktológiai szakrendelés klienskörében nincsenek, az egyéb ellátók (házi orvosok, gyermekjóléti szolgálat, családsegítő, civil szervezetek stb.) látókörébe pedig csak nagyon ritkán kerülnek droghasználók. Így a városban jelenlévő ellátási szükségletek az ellátásrendszerben nem jelennek meg, azonosításuk a rejtőzködő – az ellátórendszer sugarán kívül maradó – populáció szükségleteinek megismerésén keresztül lehetséges. Azonban éppen ennek a szükségleti szegmensnek a megtalálása, jellemzőinek leírása, és méretének becslése jelenti a szükséglet-meghatározás talán egyik legnagyobb kihívását.

A rejtőzködő populáció szükségleteinek leírása megállhat ott, hogy megpróbálja beazonosítani a rejtőzködő populációban megjelenő szükséglet típusokat, vagy lehet ennél nagyratörőbb céltételezése, és az ellátási volumen fejlesztéséhez is törekedhet információkat adni. Tekintettel arra, hogy a volumenbecslés során szükségünk van a problémás fogyasztók valamilyen regisztrált körére vonatkozó információkra, így – ennek hiányában – jelen esetben csak az előbbire, azaz a rejtőzködő populációban megjelenő szükséglet típusok azonosítására tudunk kísérletet tenni.

Kutatásunk második fázisában tehát a kulcsszemélyek által nyílt szerhasználó szcénákként azonosított helyszíneken illetve az ott jelenlévőkön keresztül elérhető szerhasználók körében végeztünk kérdőíves adatfelvételt,²⁵ a szerhasználati szokásaik, szerhasználattal összefüggő problémáik, valamint ellátási igényeik megismerése céljából. A kutatás célja tehát a budaörsi rejtőzködő szerhasználók

²⁵ Ezúton szeretnék köszönetet mondani a terepmunkában résztvevő kollegáknak, Arnold Petrának, Magi Annának, Csík Orsolyának, Sípos Zoltánnak, valamint Vadász Viktóriának.

felkutatása, különböző szocio-demográfiai, illetve szerhasználati dimenziók mentén való jellemzése, továbbá az egészségi állapotukkal és tágabb értelemben vett életminőségükkel kapcsolatos szükségleteik, az egészségügyi illetve szociális ellátással kapcsolatos ismereteik, megfogalmazott, kifejezett igényeik megismerése.

A rejtőzködő szerhasználók körében történt adatgyűjtés módszere

Az interjúalanyok elérése és kiválasztása

Abban az esetben, ha a rejtőzködő populáció körében előforduló szükségletek típusaira vonatkozóan szeretnénk feltáró vizsgálatot végezni, s a szükséglet volumenének becslése nem célunk, akkor a célpopuláció jellemzőinek definiálását követően gyakorlatilag bármilyen elérési technikát választhatunk. Itt a célcsoportra vonatkozó fogalmak pontos, és célravezető konceptualizálásán, illetve a célcsoport definiálást segítő szűrőkérdőív-kérdések érvényes operacionalizálásán van a hangsúly.

A rejtőzködő szerhasználók körében végzett kutatásunk során az interjúalanyok kiválasztása hólabda, illetve networking technikával történt.²⁶ Tekintettel arra, hogy – mint a fentiekben leírtuk – ellátásban lévő droghasználótól nem tudunk kiindulni, így – a megszokottól eltérően – a kiinduló pontokat is ellátórendszeren kívüli, ismeretlen szerhasználók között kellett megtalálnunk.

A terepmunka első lépéseként a kulcsszemélyek által körülírt helyszíneken tartottunk bejárásokat, az egyes helyszínek, illetve helyhasználati jellemzők beazonosítása céljából. Ezt követően az adatfelvételi időtartama alatt, az egyes helyszínek újra és újra történő felkeresése során az ott jelenlévők körében szűrőkérdőívet²⁷ vettünk fel a szükséglet-felmérés célpopulációjának, illetve a hólabda kiindulópontjainak azonosítása céljából.

²⁶ A rejtett, nem identifikálható, nehezen elérhető, és ismeretlen összetételű csoportok elérésére – mint amilyen a jelen kutatás célpopulációja is – a szakirodalom (pl. Babbie, 2003; Kemmesies, 2000) klasszikusan a hólabda módszert javasolja. Hazai szerhasználók körében végzett kutatások azonban azt mutatják (Rácz, 2006, 2007), hogy – a droghasználók nagy fokú társadalmi kirekesztettsége, illetve a droghasználat büntetőjogi következményei miatt – ezen csoportok elérése a klasszikus hólabda módszer helyett az ún. networking technika bizonyul célravezetőbbnek.

Mind a klasszikus hólabda, mind a networking technika egy véletlenhez közelítő, nem valószínűségi mintavételi eljárás, a különbség csupán a célcsoport elérésének módjában rejlik: az előbbi esetben a kérdező megkapja az interjúalany elérhetőségét, utóbbi esetben nem kapja meg.

²⁷ A kutatás során alkalmazott szűrőkérdőív megtalálható a tanulmány mellékletében.

Célcsoportba tartozónak tekintettük azokat, a Budaörsi lakosokat, akik²⁸:

- a kérdezést megelőző 30 napban legalább 3 alkalommal használtak valamilyen tiltott drogot és/vagy inhalánst, és/vagy fogyasztottak visszaélészerűen valamilyen gyógyszert

és/vagy

- akikkel az elmúlt évben legalább havonta háromszor előfordult, hogy megittak 6 vagy több italt, és/vagy hogy berúgtak.

Következő lépésként az egyes helyszíneken a szűrőkérdőív segítségével azonosított személyekkel face to face technikával kérdőíves adatfelvételt végeztünk, a szerhasználati szokásaik, valamint ellátási igényeik megismerése céljából (lásd részletesen a vizsgált kérdésköröknél), majd az általunk megnevezett, vagy rajta keresztül elért szerhasználóknál folytattuk a kérdezést, ugyanezzel a metódussal. Itt kell megjegyeznünk, hogy ugyan törekvéseink közé tartozott, a célhelyszíneken nem megjelenő droghasználó populációk felé is kapcsolatot találni, azonban az esetek többségében a minta továbbvitele úgy történt, hogy „egymást adták át a helyszínen” a kérdezettek, így csak néhány esetben sikerült olyan fiatalokkal kapcsolatba kerülnünk, akik nem tartoztak a vizsgált helyszínek nyílt szcénáihoz.

Az adatfelvétel 2011 augusztusában zajlott. Egy kérdőív felvételének ideje átlagosan 25 perc volt.²⁹

Vizsgált kérdéskörök

A kutatás kérdőívének összeállítása során törekedtünk arra, hogy rövid idő alatt felvehető legyen, s ugyanakkor megbízható információkat adjon. A rejtőzködő populációk körében készült adatfelvételek során ugyanis – a speciális adatfelvételi szituáció okán – egyértelműen prioritást kap a mérőeszköz megbízhatósága mellett annak könnyű, és gyors felvétele. A fenti célok szem előtt tartásával a kutatásunk során olyan rövid kérdéssorok/mérőeszközök kerültek alkalmazásra, melynek használata mögött kedvező hazai és/vagy nemzetközi tapasztalatok állnak (pl. Paksi, 2003, 2007a, b, 2008; Elekes és Paksi, 2003b Paksi és mtsai, 2009, EMCDDA, 1999, 2002; Decorte et al, 2009; Legleye és mtsai, 2007; Gossop és mtsai, 1995; Saunders, és mtsai, 1993; Allen, és mtsai, 1997; Gerevich, Bácskai és Rózsa, 2006).

²⁸ A célcsoportba tartozás kritériumai a szűrőkérdőív egyes kérdéseire adott válaszok szerint:

1. kérdés esetében 2-es vagy annál nagyobb érték, és/vagy
- a 2. kérdés esetében 4-es vagy annál nagyobb érték és/vagy
- a 3. kérdés esetében 4-es vagy annál nagyobb érték és
- a 3/b. kérdés esetében 1-es válasz.

²⁹ A leggyakrabban előforduló kérdezési idő 22 perc volt. A legrövidebb idő 15 perc, a leghosszabb idő pedig 105 perc.

A kutatás során vizsgált témakörök a következők:

- szocio-demográfiai adatok (életkor, nem, kulturális és gazdasági státus különböző indikátorai, családösszetétel, társas kapcsolatok)
- szabadidő-eltöltési szokások
- környezetben észlelt szerhasználat
- saját szerhasználati szokások,
 - i. prevalencia adatok
 - ii. első használat
 - iii. fogyasztási gyakoriság
 - iv. a kannabisz-használat mérésére összeállított Kannabisz Használat Szűrőkérdőív (CAST: Cannabis Abuse Screening Test; Legleye és mtsai, 2007)
 - v. Droghasználat Súlyossági Skála (SDS: Severity of Dependence Scale; Gossop és mtsai, 1995)
 - vi. Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; Saunders, Aasland, Babor, De La Funete és Grant, 1993; Allen, Litten, Fertig és Babor, 1997; Gerevich, Bácskai és Rózsa, 2006)
 - vii. szerhasználattal összefüggő problémák
- kezeléstörténeti adatok
- ellátással kapcsolatos ismeretek
- észlelt ellátási szükségletek
- kezelésbe kerülés akadályai

Adatfeldolgozás, az eredmények bemutatásának módja

Elemzéseink leíró jellegűek. Az adatok bemutatása során az elért populációra általában jellemző tendenciák bemutatása mellett – a különböző fogyasztói magatartásokra, illetve helyszínekre irányuló differenciált ellátástervezés kiszolgálása okán – törekszünk az egyes helyszínek és fogyasztói csoportok jellemzésére is. Az elért populáción belül – a célcsoport azonosítására szolgáló ismérvek alapján – a következő főbb fogyasztói csoportokat különítjük el:

- i. droghasználók: akik a kérdezést megelőző 30 napban legalább 3 alkalommal használtak valamilyen tiltott drogot és/vagy inhalánst, és/vagy fogyasztottak visszaélészerűen valamilyen gyógyszert, de havonta kevesebb, mint háromszor isznak meg 6 vagy több italt, és/vagy annyit hogy berúgnak.
- ii. nagyivók: akikkel legalább havonta háromszor előfordul, hogy megisznak 6 vagy több italt, és/vagy berúgnak, de az elmúlt 30 napban kevesebb, mint 3 alkalommal használtak valamilyen tiltott drogot, inhalánst, vagy visszaélészerűen valamilyen gyógyszert

- iii. többszörös használók³⁰: akik a kérdezést megelőző 30 napban legalább 3 alkalommal használtak valamilyen tiltott drogot és/vagy inhalánst, és/vagy fogyasztottak visszaélészerűen valamilyen gyógyszert és akikkel legalább havonta háromszor előfordul, hogy megisznak 6 vagy több italt, és/vagy az, hogy berúgnak.

Az eredmények bemutatása során az alacsony elemszám miatt nem közlünk százalékos eloszlásokat csak esetszámokat. Azokban az esetekben, amikor különböző csoportok közötti eltéréseket vizsgálunk, csak tendenciákat állapítunk meg, nem végzünk a szignifikancia vizsgálatot mivel adataink nem reprezentatív mintából vagy teljes körű adatfelvételtől származnak. Megállapításaink minden esetben csak a megkérdezettekre, azaz az elért populációra vonatkoznak, nem általánosíthatók a budaörsi szerhasználókra.

Esetenként – ha az adatok lehetővé teszik – a szerhasználók körében megfigyelt tendenciákat összehasonlítjuk a budaörsi 7-10. évfolyamos diákok körében általában jellemző értékekkel. Ilyenkor a 2009-ben készült Budaörsi ESPAD vizsgálat (Paksi és Arnold, 2009) eredményeit használjuk.

A kérdőíves adatok feldolgozása SPSS for Windows programmal történt.

A nyílt szerhasználó szcénák elhelyezkedésével kapcsolatos információk pontosítása – a rejtőzködő szerhasználók körében történt adatgyűjtés tereptapasztalatai alapján

A fókuszcsoportos vizsgálatban résztvevő kulcsszemélyek által – jelentős részben csak közvetett, családtagok, kollégák beszámolóin alapuló tapasztalatok alapján – nyílt szerhasználó szcénaként megjelölt 20 helyszín közül a terepmunka során szerzett tapasztalatok csak 7 helyszín esetében erősítették meg azt, hogy ott droghasználó, vagy alkoholfogyasztó csoport/csoportok fordulnak elő. Ugyanakkor az előzetes információkhoz képest további két helyet sikerült azonosítani.

A terepmunka során 127 személlyel kerültünk kapcsolatba, és vettünk fel szűrőkérdőívet. A szűrőkérdőívet kitöltők közel kétharmada, 81 fő tett eleget szerhasználati jellemzői alapján a célcsoportba kerülés feltételeinek, tehát az adatfelvételi periódusban 81 fő aktuális droghasználóval, és/vagy rendszeres nagyivóval találkoztunk a bejárt területeken. Közülük 19-en azonban nem budaörsi lakosok voltak, 12 fő pedig nem vállalta a kutatásban való további részvételt (vagy csak a nagyivási kritériumnak tett eleget, így a minta arányosságának tartása okán nem készült vele kérdőív).

³⁰ A szakirodalom polydrug használattal szemben nem soroljuk ide azokat, akik többféle tiltott drogot használnak. Őket a „droghasználók” között szerepeltjük.

A részletes kérdőívvel lekérdezett mintánk összességében 50 főt tartalmaz. A megkérdezettek mintegy kétharmada (35 fő) az adatfelvételt megelőző hónapban legalább 3 alkalommal használt valamilyen drogot (tiltott szert, inhalánst, vagy fogyasztott visszaélészerűen gyógyszert). A nagyívás szintén hasonló arányban elterjed a mintába került személyek körében, 34 fő tett eleget a legalább havi három alkalommal való nagyívás/berúgás kritériumának. 19 fő azonban többes használó, tehát 16 fő tartozik a tisztán droghasználó csoportba, s másik 15 fő (a megkérdezettek közel egyharmada) az, akik csak a nagyívás/berúgás gyakorisága alapján kerültek be a mintánkba.

minta			Lakhely				összesen
			Budaörs	BP	környező település	egyéb	
Mintába került	Szerhasználat jellemzői	drogfogyasztó	16	-	-	-	16
		nagyívó	15	-	-	-	15
		többes használó	19	-	-	-	19
		összesen	50	-	-	-	50
Nem került a mintába	Szerhasználat jellemzői	drogfogyasztó	1	2	0	0	3
		nagyívó	9	4	6	2	21
		többes használó	2	4	1	0	7
		összesen	12	10	7	2	31
mindösszesen			62	10	7	2	81

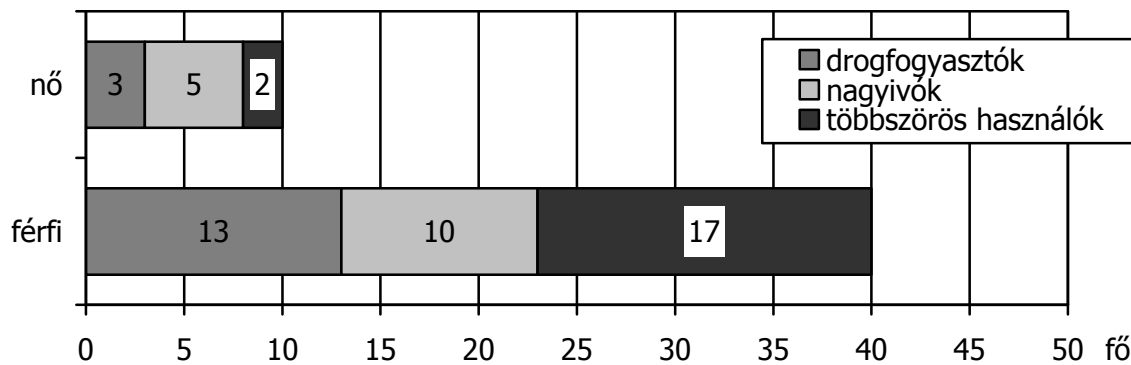
11. táblázat: Az vizsgált területeken elért szerhasználók eloszlása a főbb mintába kerülési kritériumok mentén.

A kutatás során elért szerhasználók jellemzői

Az elért szerhasználók szocio-demográfiai jellemzői

Nem

Az elért szerhasználók négyötöde fiú, mindössze 10 lánnyal sikerült kérdőívet felvennünk a vizsgált helyszíneken. Ez a fiú dominancia a megkérdezettek minden szerhasználói csoportjában jelen van, bár a „nagyívók” között inkább vannak lányok (köztük az egyharmad lány).



8. ábra: A megkérdezett szerhasználó nők és férfiak száma szerhasználó csoportonként (N=50 fő)

Az egyes helyeket vizsgálva azt tapasztaltunk, hogy helyszínenként 1-2 lány van az elért csoportosulásokban, de néhány helyen csak fiúkkal kerültünk kapcsolatba.

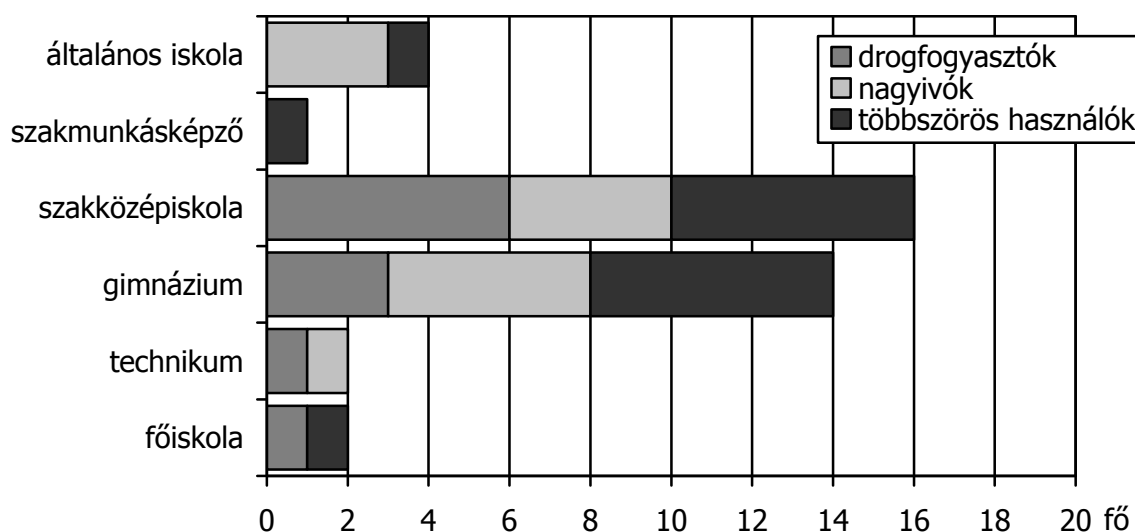
Életkor

A kutatás során elért szerhasználók átlagéletkora 18,5 év, a legfiatalabb szerhasználó 12 éves (ő csak alkoholt fogyaszt, az elmúlt hónapban 3 alkalommal ivott meg 6 vagy több ital, és ugyan ennyiszor berúgott), a legidősebb pedig 35 éves volt (ő egy, az ellátásban elért, rendszeres droghasználó és nagyivó). A megkérdezettek között legtöbben (10 fő) 16 évesek voltak.

A különböző fogyasztói típusok között nem tapasztaltunk jelentős eltéréseket az átlagéletkor vonatkozásában, azonban a különböző helyszínek inkább eltértek e tekintetben.

Iskola

Az elért rejtőzködő szerhasználók nagy része jelenleg is tanulmányokat folytat. Összességében a megkérdezettek négyötöde (39 fő) jár aktuálisan valamilyen iskolába, döntő többségük – minden szerhasználati típusban, és a legtöbb helyszínen – szakközépiskolába vagy gimnáziumba, nappali tagozaton. A jelenleg nem tanulók (11 fő) mintegy felének (6 fő) van szakmája vagy érettségije.



9. ábra: A megkérdezett szerhasználók száma a jelenleg végzett iskola típusa, és szerhasználó csoportok szerint (N=39 fő)

A megkérdezettek iskolai teljesítményére – saját értékelésük alapján³¹ – a jó közepes teljesítmény a leginkább jellemző (3-as osztályzatot adott 15 fő, 4-est 10 fő), bár közel egyharmaduk 5 fokozatú skálán kettést vagy annál rosszabb osztályzatot adott magának. Kiemelkedően jó – vagy jónak ítélt – iskolai teljesítmény nem jellemző az elért populációban, de 2 esetben azért előfordult.³² A „többszörös használók” a másik két csoporthoz képest rosszabbra értékelték saját iskolai teljesítményüket (átlagok: droghasználók: 3,18; nagyivók: 3,23; többszörös használók: 2,47).

A megkérdezettek körében a budaörsi diákokra általában jellemző lógáshoz képest gyakrabban fordul elő, hogy nem mennek be órára: az elért rejtőzködők döntő többségével előfordult ez elmúlt évben, hogy „lógott” az iskolából, de a többség nem rendszeresen (kevesebb, mint 10 alkalommal egész évben).

Munka

Mint említettük az elért szerhasználók többsége jelenleg is tanulmányokat folytat, többségük nappalin. Mindössze 15-en vannak a megkérdezettek között, akik valamennyit dolgoznak, a többségük legalább 20 órában (6-an tanulás mellett, 5-en

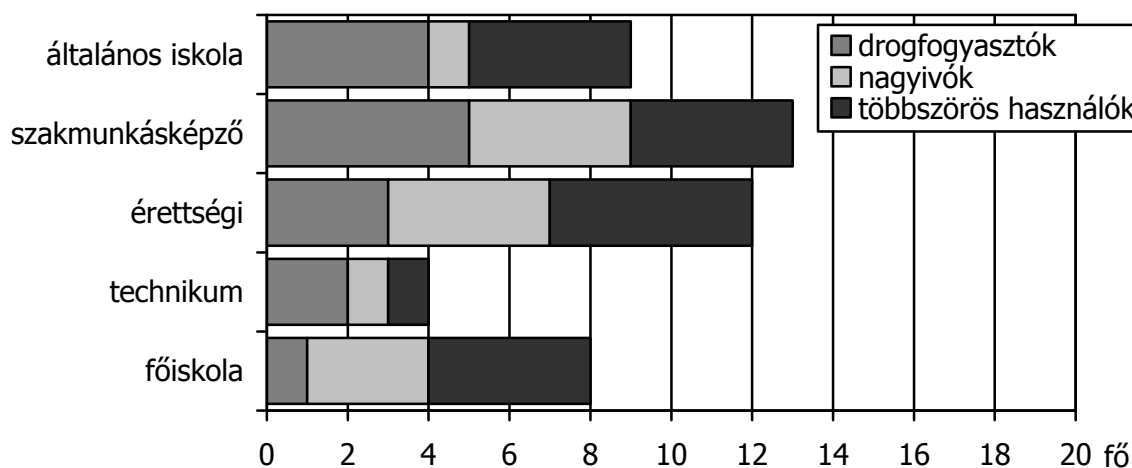
³¹ Az iskolai teljesítményt egy szubjektív skálán mértük, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „a legrosszabbak között van” az 5-ös pedig azt, hogy „a legjobbak között van”.

³² Amennyiben az elért rejtőzködő szerhasználók átlagos iskolai teljesítményét összehasonlítjuk a budaörsi diákok körében kapott átlaggal, akkor – a drogérintettség és az iskolai teljesítmény összefüggéséről rendelkezésre álló szakirodalmi tapasztalatokkal szemben (pl. Paksi és Arnold, 2009; Elekes, 2009) – a rejtőzködő szerhasználók körében összességében kedvezőbb értéket kapunk. A 2009-ben készült budaörsi ESPAD vizsgálatban (Paksi és Arnold, 2009) és a jelenlegi kutatásban mért átlagértékeket skálatranszformációval összehasonlíthatóvá téve az ESPAD vizsgálatban kapott átlag 2,3, míg a rejtőzködő szerhasználók körében kapott átlag 2,9. Azonban tekintettel arra, hogy a teljesítményüket a megkérdezettek mindkét vizsgálatban másokhoz képest fejezték ki, valószínűleg a jelenlegi vizsgálatban mért magas érték oka az, hogy valószínűleg eltérő a referencia csoport a két populációban.

állandó munkaviszonyban, alkalmazottként, és 4-en alkalmi megbízásokkal). A jelenleg dolgozók egyharmadával fordult elő az elmúlt fél évben, hogy lógott a munkából. Életkori sajátosságaik okán érthető módon a jelenleg dolgozóknál nem sokkal többen vannak (18 fő), akik rendelkeznek valamilyen munkatapasztalattal.

Származási család kulturális státusa

A szülők iskolai végzettsége alapján az elért rejtőzködő szerhasználók származási státusa a budaörsi 7-10 évfolyamos diákokhoz képest (Paksi és Arnold, 2009) az alacsonyabb státus irányába tolódik. Míg általában a budaörsi diákok körében az apák négyötödének, az anyák közel 90%-ának van legalább érettségije, és több mint fele diplomás, addig az elért rejtőzködő szerhasználók szüleinek közel fele 8 általános vagy szakmunkás végzettséggel rendelkezik, s a diákok átlagához képest jóval kisebb részüket, mindössze minden hatodik diplomás. A „drogfogyasztó” fiatalok körében fokozott mértékben tapasztaltuk – az elér populációban egyébként is jellemző – státusdeficit jelenlétét (16-ból mindössze 1 droghasználó esetében fordult elő diplomás apa, s jóval nagyobb arányú az anyák között az általános iskolai végzettség). Ugyanakkor 8 általánosnál alacsonyabb iskolai végzettségű szülői háttérrel rendelkező rejtőzködő szerhasználóval nem találkoztunk.

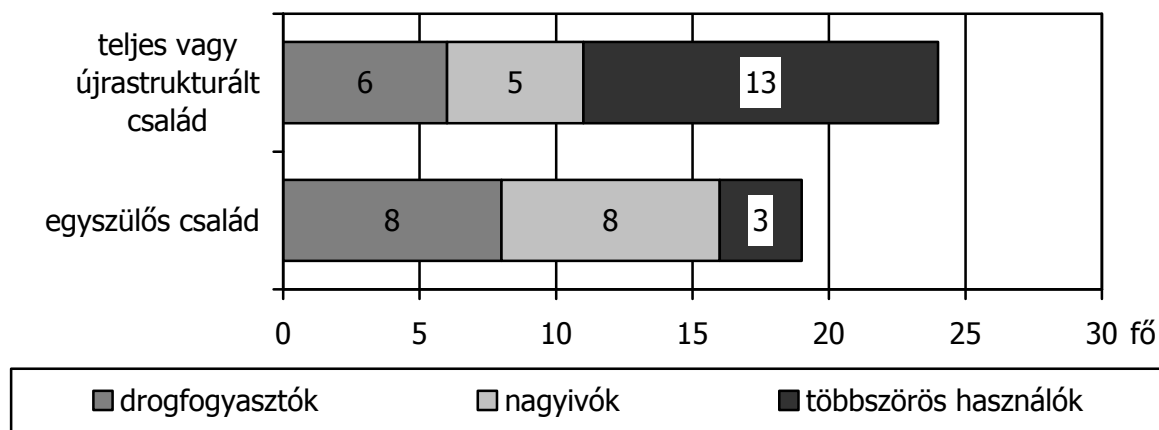


10. ábra: A megkérdezett szerhasználók száma az apa iskolai végzettsége, és szerhasználó csoportok szerint (N=41 fő)

Családösszetétel

Az általunk elért szerhasználók döntő többsége (43 fő) jelenleg is a szülői háztartásban él, 24-en „teljes vagy újrastrukturált”, 19-en pedig „egyszülős” családban, átlagosan 3-4 fős háztartásokban. A különböző szerhasználó csoportok esetében eltérő családstruktúrát tapasztaltunk: a kutatás során elért „droghasználók” és a „nagyivók” körében az egyszülős családtípus valamelyest gyakoribb, míg a „többszörös használók” jellemzően teljes vagy újrastrukturált családban élnek. Érdekes módon éppen ezen utóbbi csoportban megfigyelt családösszetétel áll leginkább közel a budaörsi diákok körében általában jellemzőhöz. Hangsúlyozni szeretnénk azonban

ezúttal is, hogy a mintánk reprezentatív, a megjelenő tendenciák csak az általunk elért szerhasználókra érvényesek.



11. ábra: A megkérdezett szerhasználók száma családszerkezet és szerhasználó csoportok szerint (N= 43 fő)

Anyagi helyzet

Az általunk elért szerhasználók fele saját, illetve családjá anyagi helyzetét átlagosnak, másokhoz hasonlóknak tartja³³. Tízből 4-en pedig az átlagosnál jobbnak, vagy a legjobbak között lévőknek ítéli az anyagi körülményeit. Mindössze 3 megkérdezett ítélte saját, vagy családjá anyagi helyzetét az átlagosnál rosszabbnak, 2-en pedig nagyon rossznak. Rendetlen lakáskörülményekkel csak néhány (3) esetben találkoztunk. A különböző szerhasználói csoportok között e tekintetben nem mutatkoztak jelentős eltérések, a helyszínek között azonban igen.

Amennyiben a vizsgálatunk adatait összehasonlítjuk Budaörsi ESPAD vizsgálat eredményivel (Paksi és Arnold, 2009), azt tapasztaltuk, hogy a jelen kutatásban megkérdezett és az átlagos budaörsi diákok percipiált anyagi helyzete nagyon hasonló.³⁴

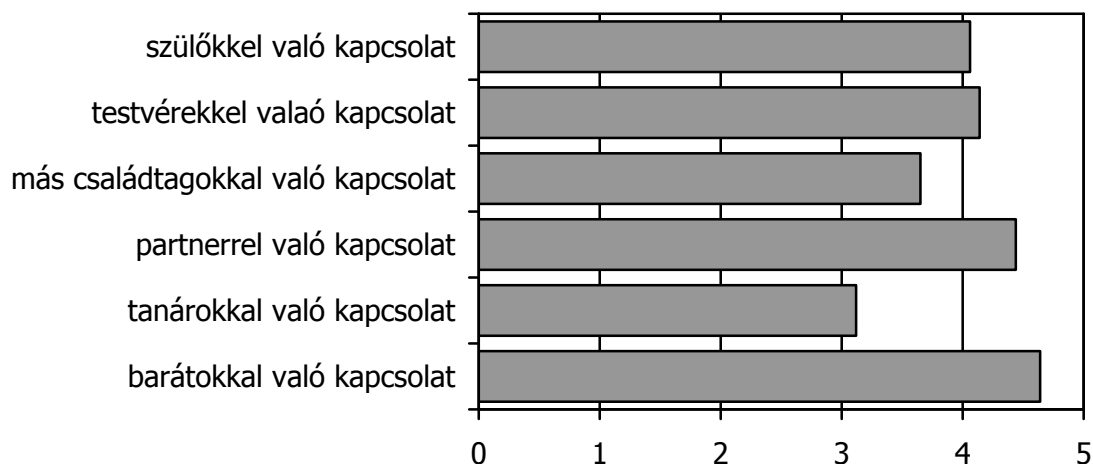
Társas kapcsolatok

A megkérdezetteknek a különböző kapcsolataikkal való elégedettsége alapján a társas kapcsolatokban bizonyos sorrendiség bontakozott ki. Az elért szerhasználók leginkább baráti kapcsolataikkal elégedettek, melyeket nem csak más kapcsolatokhoz képest értékelték nagyon kedvezően, hanem abszolút értelemben is (a válaszolók kétharmada 5-ösre értékelt). Ezt követi sorrendben a partner kapcsolattal, illetve a tetvér(ek)hez fűződő viszonyal való elégedettség. Nem sokkal marad el a kortárs

³³ Az anyagi helyzetet egy szubjektív, 5 fokozatú skálán mértük, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „másokhoz képest nagyon rossz” az 5-ös pedig azt, hogy „a legjobbak között van”

³⁴ A 2009-ben készült budaörsi ESPAD vizsgálatban (Paksi és Arnold, 2009) és a jelenlegi kutatásban mért átlagértékeket skálatranszformációval összehasonlíthatóvá téve az ESPAD vizsgálatban kapott átlag 3,68 míg a rejtőzködő szerhasználók körében kapott átlag 3,44

kapcsolatoktól a szülőkhöz való viszony értékelése. Azonban a tanáraikkal való kapcsolatát 10 megkérdezettből 7 fő maximum közepesre értékelte.



12. ábra: A megkérdezett szerhasználók különböző kapcsolataikkal való elégedettsége (N sorrendben: 50; 42; 49; 27; 42; 50fő)³⁵

A különböző szerhasználó csoportok között a kapcsolatokkal való elégedettség tekintetében nem mutatkoztak jelentős eltérések, mindössze a „többes szerhasználók” körében tapasztaltunk a nem kortárs (szülők, tanárok) kapcsolatok tekintetében alacsonyabb elégedettséget (a tanárokkal való kapcsolat vonatkozásában kapott átlagérték ebben a csoportban a skála elégedetlenséget kifejező tartományában található).

A kutatás során elért szerhasználók társas kapcsolataikkal való elégedettségének budaörsi normálpopulációs kontextuálására a szülőkkel, és barátokkal való kapcsolatok vonatkozásában nyílik lehetőségünk. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy a társas mezőben nem rendelkeznek az átlaghoz képest deficittel a megkérdezett szerhasználók.³⁶

A megkérdezettek társas kapcsolatainak szerhasználatban való érintettségét vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy az általunk elért szerhasználók társas közegében, azon belül is elsősorban a baráti körökben a Budaörsön tanuló fiatalokra általában jellemzőhöz képest (Paksi és Arnold, 2009) – a szipuzás, és a nyugtató használat kivételével – minden szerhasználó magatartás esetében többszörös az érintett barátokkal rendelkező megkérdezettek aránya (lerészegedés 2,5-szörös, kannabisz használat esetében közel ötszörös).

³⁵ A kapcsolatokkal való elégedettséget 5 fokozatú skálán mértük, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nincs megelégedve” az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon elégedett”.

³⁶ A szerhasználók körében kapott értékek nem különböznek számottevően a 7-10 évfolyamos budaörsi diákok esetében mérttől (Budaörsi ESPAD átlagok: anya: 4,3; apa: 4,07; barátok:4,4)

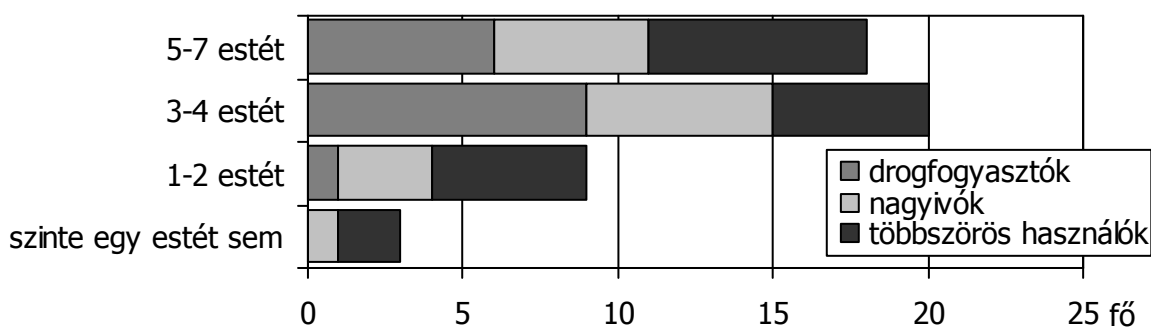
Szerhasználó magatartások	családban				barátok közt		
	nincs	szülő	testvér	más	nincs	néhány	többség
Rendszeresen fogyaszt/fogyasztott alkoholt	27	11	4	1	2	12	36
Rendszeresen lerészegedik	38	4	3	3	10	17	23
Orvosi javaslat nélkül nyugtatót vagy altatót szed/szedett	44	5	0	0	34	12	0
Kábítószer használ/használt							
Marihuánát (hasist)	37	1	9	3	8	17	24
Más kábítószer					17	24	8
Szipuzik vagy szipuzott	na ³⁷	na	na	na	36	12	1

12. táblázat: A megkérdezettek száma a családban illetve a baráti körben észlelt szerhasználat szerint (fő)

Az elért szerhasználók szabadidő-eltöltési szokásai

Az elért szerhasználók egynegyede majdnem minden estjét (legfeljebb 1-2 este kivételével) házon kívül tölti. Ez az átlag budaörsi diákokhoz képest meglehetősen fokozott eljárás aktivitás jelent (a budaörsi 7-10 osztályos tanulóknak 3%-a jár el majdnem minden este, s 10. évfolyamosoknak 4%-a, a drogokkal kapcsolatba került diákoknak pedig 11%-a). Mindazonáltal – a megkérdezettek közötti eljárás aktivitás nagy aránya mellett is – az elért szerhasználók nagyobb része (háromnegyede) az estéinek legalább a felét otthon tölti.

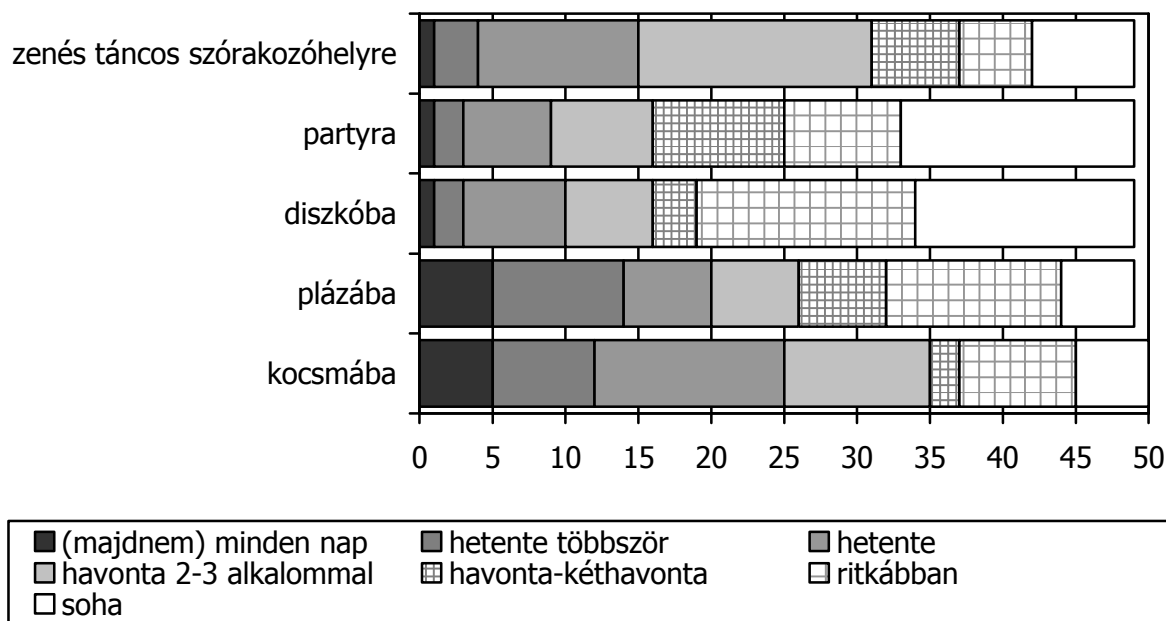
Az eljárás aktivitások gyakorisága tekintetében az egyes szerhasználó csoportokban, illetve a különböző helyszíneken elért megkérdezettek között jelentős eltéréseket figyeltünk meg. A „drogfogyasztók” döntő többsége egy átlagos hét estéinek legalább a felét otthon tölti, míg a „többszörös szerhasználók” közel négyötöde legfeljebb 1-2 estét marad otthon.



13. ábra: A megkérdezett szerhasználók száma az otthon töltött esték száma és szerhasználó csoportok szerint (N=50 fő)

³⁷ Nincs adat

A megkérdezettek legnagyobb része (kétharmada) legalább havonta 2-3 alkalommal előfordul kocsmákban, fele hetente, vagy annál gyakrabban is, egynegyedük pedig kifejezetten intenzíven használja ezt a színteret. Hasonló mértékben népszerű a zenés-táncos szórakozóhelyek (kb. azonos arányban partyk, vagy diszkók) látogatása, de ezekre a helyekre heti rendszerességgel már jóval kevesebben járnak. A pláza szintén egy olyan színtér, ahol a megkérdezettek viszonylag nagy része (tízből négyen) érhető el legalább heti rendszerességgel.



14. ábra: A megkérdezett szerhasználók száma az otthon töltött esték száma és szerhasználó csoportok szerint (N=50 fő)

A megkérdezettek szerhasználati szokásai

Az általunk elér szerhasználók közül 47-en használtak valamilyen visszaélésre alkalmas szert életük során, közülük 38 fő aktuálisan, azaz a kérdezést megelőző 30 napban is. A használók többsége (életében 46 fő, aktuálisan 36 fő) tiltott drogot (is) fogyasztott.

Alkoholt mindegyik megkérdezett fogyasztott már életében, s 6 fő kivételével a kérdezést megelőző 30 napban is (ők általában is ritkábban isznak, mint havonta). Egy ember kivételével az elért szerhasználók mindegyikével előfordult az elmúlt év során, hogy annyit ivott, hogy berúgott és/vagy 6 vagy több italt megivott egy alkalommal.

Szerstruktúra

Az elért szerhasználók között a legtöbbször által valaha használt visszaélésre alkalmas szer a marihuána: 6 fő kivételével mindenki használt már életében marihuánát vagy hasist. A megkérdezettek körében az ezt követő legnépszerűbb szerek az amfetamin,

és a herbál drogok, az ecstasy, a mefedron, illetve az alkohol-gyógyszer kombinációk. Ez ezeket a szereket kipróbálók száma azonban messze elmarad a marihuána kipróbálók számától. A megkérdezettek legalább egyötöde használt már rush-t, kokaint, illetve nyugtatókat/altatókat orvosi rendelvény nélkül. A többi vizsgált szert kevesebb, mint 10-en fogyasztották valaha az elért szerhasználók közül, a legkevesebben heroint vagy más opiátokat valamint inhalánsokat használtak.

Az aktuális (előző havi szerhasználat) alapján kibontakozó szersorrend első három tagja fentivel megegyező, azonban nagyobb jelentőséget kap az aktuális használtban az alkohol-gyógyszer együttes fogyasztása, az ecstasy viszont hátrébb kerül, a mefedron mögé. Az életük során, és az elmúlt hónapban használt szerek egymáshoz viszonyított sorrendje alapján úgy tűnik, hogy a mágikus gomba, az angyalpor, valamint a szteroidok is veszítettek népszerűségükből és vagy ritkábban mint havonta használják. Az elmúlt hónapban senki nem szipuzott.

Szerek, szercsoportok	Életében használta	Előző hónapban használta
Marihuána/hasis	44	34
Amfetamin	20	13
Herbál drogok	20	10
Ecstasy	19	5
Mefedron	18	7
Alkohol és gyógyszer együttfogyasztás	17	8
Rush	14	2
Kokain/crack	12	3
Nyugtatók/altatók orvosi rendelvény nélkül	10	5
Mágikus gomba	9	1
LSD	8	4
GHB	7	4
I-por, ketamin	7	4
Szteroidok, doppingszerek	7	2
Angyalpor	5	1
Bármilyen drog intravénásan	4	1
Heroin vagy egyéb opiát	3	1
Inhalánsok	3	0
Egyéb drogok	1	1

13. táblázat: *Az egyes szereket az éltük során, illetve az előző hónapban használók száma (fő)*

Az elért szerhasználók körében megfigyelhető szerstruktúrát összehasonlítva a 2009-es budaörsi vizsgálatban (Paksi és Arnold, 2009) kirajzolódó szersorrenddel,

meglepő, hogy míg a diákok körében a marihuána után a legnépszerűbb szerek az inhalánsok, a jelenlegi vizsgálat során megkérdezettek körében ennyire alacsony prioritású a szipuzás.

Átlagosan a megkérdezettek életük során összességében 4-5 féle (átlag: 4,4) visszaélésre alkalmas szert, többségében tiltott drogot használtak (az életük során használt tiltott drogfajták átlaga 3,7). A legtöbben 2 féle drogot használtak, de előfordult olyan általunk elért szerhasználó is, aki életében 12 féle visszaélésre alkalmas szert (9 féle tiltott drogot) használt.

Aktuálisan a kutatás során elért szerhasználók közül legtöbben csak 1 féle szert használnak, de volt olyan megkérdezett, aki az elmúlt hónap során 6 féle tiltott, illetve összességében 9 féle szert is fogyasztott. Az elért populációban az aktuálisan használt szerek száma átlagosan 2-3 (átlag: tiltott drogok 2,5; összes visszaélésre alkalmas szer 2,9).

Első szerhasználat életkora

A kutatás során elért szerhasználók életében általában az elsőként megjelenő szer az alkohol volt. Átlagosan 12,7 évesen, leggyakrabban 13 évesen ittak először alkoholt, a legkorábbi alkoholfogyasztás pedig 6 évesen történt.

A különböző visszaélésre alkalmas szerek közül az általunk elért szerhasználók általában marihuánával/hasissal kerülnek kapcsolatba legkorábban, átlagosan 14,4 évesen, a legfiatalabb szerhasználó pedig mindössze 7 éves volt az első marihuána használat idején. Emellett talákoztunk 10 éves korban herbál drog kipróbálással, valamint olyan szerhasználókkal, akik 11 évesen már próbálkoztak az angyalporral, ecstasyval, vagy alkohol-gyógyszer kombinációkkal.

Általában azonban azt tapasztaltuk, hogy a kannabiszt követően a megkérdezettek életében megjelenő szerek esetében az első használat átlagosan 16 éves kor környékére tehető. A heroin, illetve az intravénás szerhasználat, valamint a mefedron első használatának átlagéletkora pedig 18 éves kor felett van a megkérdezettek körében.

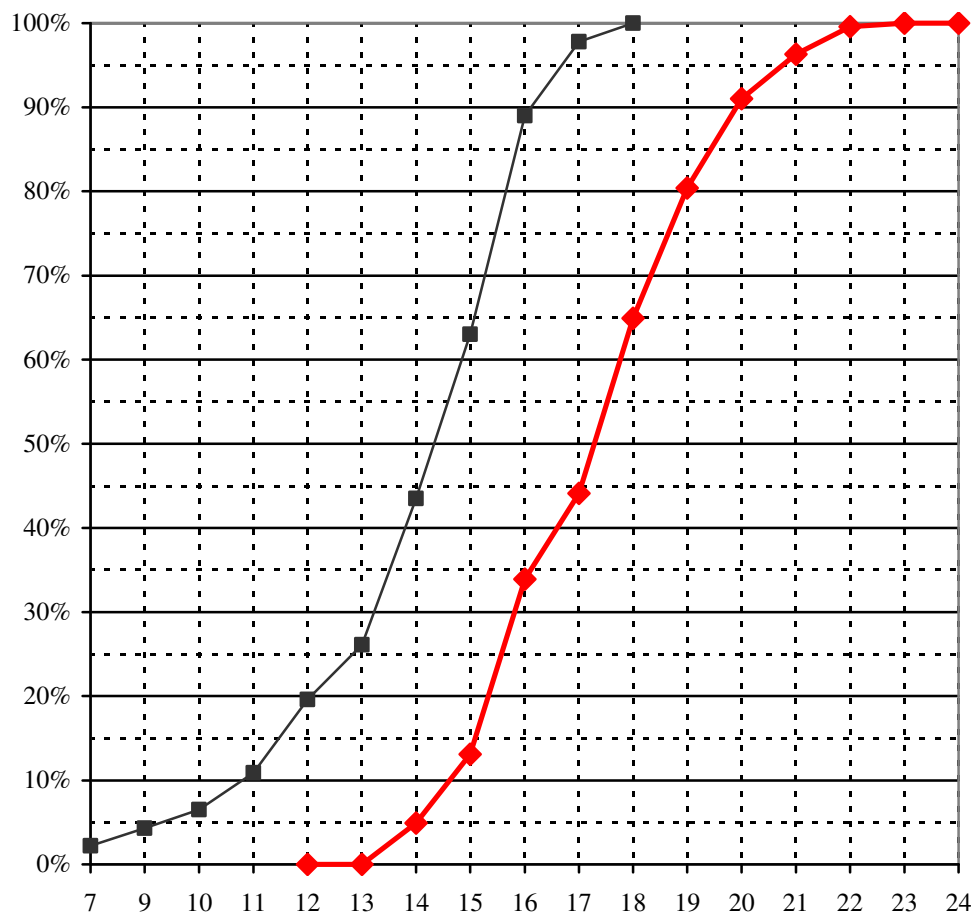
Összességében az első droghasználat leggyakrabban – a megkérdezettek háromötöde esetében – 14-16 éves korban következett be, átlagosan 14 évesen, azaz paraméterei az első kannabisz használattal szinte megegyezőek.

Szerek, szercsoportok	N	átlag	Legfiatalabb életkor	Leggyakoribb életkor
Alkohol	50	12,7	6	13
Marihuána/hasis	44	14,4	7	16
Angyalpor	5	15,7	11	17
Rush	14	16,0	13	17
Inhalánsok	3	16,3	15	-*
Herbál drogok	20	16,4	10	16
Ecstasy	19	16,5	11	17
Alkohol és gyógyszer együttfogyasztás	17	16,6	11	15
Amfetamin	20	16,7	13	15-18
Mágikus gomba	9	16,9	14	15-16
LSD	8	17,4	13	17
Szteroidok, doppingerek	7	17,4	14	16
GHB	7	17,6	15	17
I-por, ketamin	7	17,7	17	17-18
Kokain/crack	12	17,7	13	17
Mefedron	18	18,2	14	16
Heroin vagy egyéb opiát	3	18,5	17	17
Nyugtatók/altatók rendelvény nélkül	10	18,7	14	17
Bármilyen drog intravénásan	4	19,5	13	-*
Egyéb drogok	1	20,0	-	-

*Az előforduló életkorok azonos esetszámban jelentek meg

14. táblázat: *Az első szerhasználat életkora (átlag, minimum, módusz)*

Az elért szerhasználók körében a különböző szerekkel való kapcsolatba kerülés tekintetében szerzett tapasztalatokat összehasonlítva az általános népesség körében készült a drogepidemiológiai vizsgálatok eredményeivel, egy fontos kockázati tényezőt sikerült azonosítanunk. Az általános népességben a 18-24 éves droghasználók kockázati görbéjének meredeksége nagyon hasonló, a Budaörsön elért droghasználók kockázati görbéjéhez, csak az utóbbi korábban indul.



15. ábra: *A tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata a különböző életkorokban a 18-24 éves droghasználók körében, 2007-ben, az általános népességben (Paksi, 2009), és a Budaörsön elért mintában.*

A Budaörsön elért szerhasználók esetében már 7 évesen megjelent a kockázati kitettség, és ezt a néhány éves „előnyüket” mindvégig megőrzik. A jelen kutatásban megkérdezett szerhasználók körében 14-16 éves kor között mutatkozik a leginkább nagy kockázat, de ez a kockázat azonos mértékű a 18-24 éves általános népességbe tartozó droghasználók körében 17-20 éves korban jelentkező kockázat mértékével. Ugyanakkor nem talákoztunk a budaörsi nyílt drogszénában olyan droghasználóval, aki 18 éves kora után használt először valamilyen tiltott drogot, míg az általános népességbe tartozó droghasználó fiatalok esetében ez még egy jelentős kockázati periódus, 35%-uk 18 éves kora után kapcsolatba a tiltott drogokkal.

A fogyasztás intenzitása

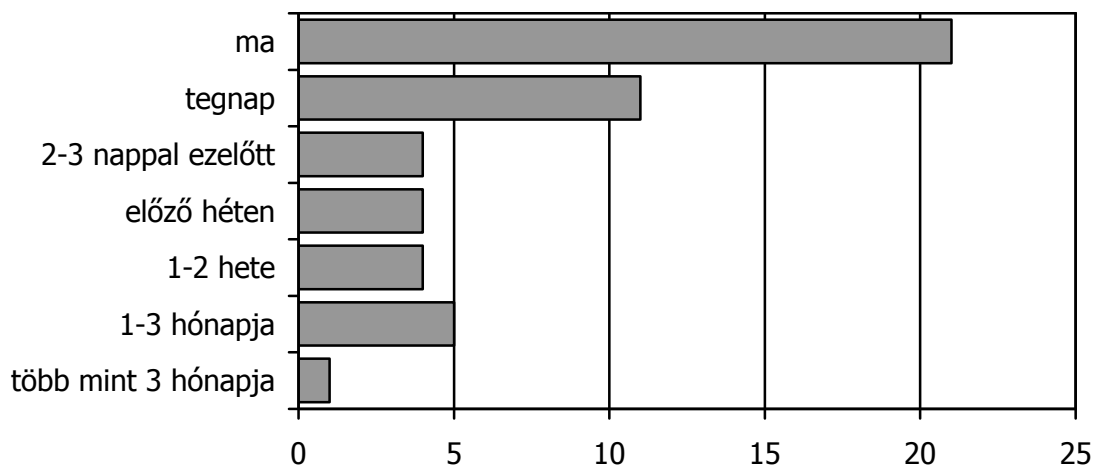
A kutatás során elért szerhasználók a kérdezést megelőző 30 napban átlagosan 23 alkalommal fogyasztottak valamilyen visszaélésre alkalmas szert, többnyire (22-szer) tiltott drogot.

Szerek, szercsoportok	N	átlag	Legtöbbször előforduló gyakoriság	Legnagyobb gyakoriság
Marihuána/hasis	34	15,7	15	90
Rush	2	15,5	-	30
I-por, ketamin	4	8,3	1	30
Egyéb drogok	1	8,0	-	-
Herbál drogok	10	7,7	4	16
Mefedron	7	4,3	2-3	15
Bármilyen drog intravénásan	1	4,0	-	-
LSD	4	3,5	1	7
Amfetamin	13	3,0	1-2	10
Angyalpor	1	3,0	3	3
Alkohol és gyógyszer együttlégyasztás	8	2,4	1	4
Nyugtatók/altatók orvosi rendelv. nélkül	5	2,4	1	5
Kokain/crack	3	2,0	1	4
Szteroidok, doppingerek	2	2,0	2	2
Ecstasy	5	1,8	1-2	3
GHB	4	1,25	1	2
Heroin vagy egyéb opiát	1	1,0	-	-
Mágikus gomba	1	1,0	-	-

15. táblázat: *A kérdezést megelőző 30 nap fogyasztási gyakoriságának főbb jellemzői*

Az aktuális használat szerenkénti gyakoriságait vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a kannabiszt aktuálisan is használó megkérdezettek (34 fő) átlagosan minden második nap használnak marihuánát vagy hasist. (Hasonló a rush fogyasztók szerhasználati gyakorisága is, de ők nem képeznek egy jellemző sokaságot a megkérdezettek körében, mivel mindössze 2 főről van szó). Az összes többi szert havonta kevesebb, mint 10 alkalommal használják, többségüket 2-4 alkalommal.

Az alkoholfogyasztás szintén jelen van az elért szerhasználók többségének az életében aktuálisan is. Mindössze 6 fő nem ivott legalább egy hónapja, s 32 fő a kérdés napján, vagy az azt megelőző napon is fogyasztott alkoholt. Egy szokásos napon a kérdezettek jellemzően 3-6 italt fogyasztanak el (27 fő), 12-en ennél többet, 10-en pedig kevesebbet. A megkérdezettek közel fele heti rendszerességgel megiszik 6 vagy több italt, egyharmaduk pedig lerészegedik.



16. ábra: A megkérdezettek száma szerhasználók az utolsó alkoholfogyasztás ideje szerint (N=50fő)

Az elért szerhasználók szerhasználattal kapcsolatos problémái, ellátási szükségletei

Problémás szerhasználat

A problémás szerhasználat mérésére – mint azt az adatfelvételi battéria bemutatása során leírtuk – három mérőeszközt alkalmaztunk:

- a kannabisz-használat mérésére összeállított Kannabisz Használat Szűrőkérdőívet (CAST: Cannabis Abuse Screening Test; Legleye és mtsai, 2007)
- Droghasználat Súlyossági Skálát (SDS: Severity of Dependence Scale; Gossop és mtsai, 1995)
- Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztjét (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; Saunders, Aasland, Babor, De La Funete és Grant, 1993; Allen, Litten, Fertig és Babor, 1997; Gerevich, Bácskai és Rózsa, 2006)

Annak ellenére, hogy az elért populációban a kannabisz használat a leginkább elterjedt szerhasználó magatartás, és az aktuális használók (34 fő) átlagosan minden második nap használnak marihuánát vagy hasist, a Kannabisz Használat Szűrőkérdőív (CAST) alapján az elért populáció négyötöde nem kockázatos, vagy csak kismértékben kockázatos kannabisz fogyasztásról beszélhetünk. 4 fő tartozik a mérsékelt kockázatú csoportba, és 2 fő esetében beszélhetünk magas kockázatú kannabisz fogyasztásról.

Érdekes módon, a CAST esetében a kritikus értéket elérők alacsony száma ellenére, s hogy a többi visszaélésre alkalmas szer használata alacsonyabb intenzitású az elért populációban, a Droghasználat Súlyossági Skála (SDS) alapján 11 megkérdezett (az

elért populáció ötöde) esetében kaptunk a 4-es küszöbértéket³⁸ elérő, problémás droghasználatra utaló értéket, illetve 20 megkérdezett (az elért populáció kétötöde) esetében érte el az SDS összpontszám a szakirodalomban a problémás használat alacsonyabb kritériumaként megjelenő 2-es küszöbértéket.

A problémás alkoholfogyasztás mérésére alkalmazott Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőteszt alapján a megkérdezettek nagytöbbsége (43 fő) a „veszélyes vagy problémás alkoholfogyasztók”³⁹ közé sorolható.

Az problémás szerhasználat mérésére alkalmazott különböző skálák eredményei alapján tehát azt mondhatjuk, hogy a Budaörsön elért szerhasználó populáció elsősorban alkoholfogyasztása alapján veszélyeztetett, azonban a populáció kétötödének droghasználat (elsősorban a kannabisz fogyasztáson túli szerhasználat) is kockázatos.

Észlelt és kifejezett szükségletek

Az elért szerhasználóknak általában – egy fő kivételével – saját megítélésük szerint a kérdezést megelőző fél évben volt valamilyen – egészségügyi, pszichológiai/érzelmi, iskolai, munkahelyi vagy pénzügyi problémája, társas kapcsolati konfliktusa, szexuális, vagy büntető igazságszolgáltatással kapcsolatos – problémája.

A megkérdezettek leggyakrabban két féle, átlagosan pedig 3-4 különböző problémáról (átlag 3,4) számoltak be, de 10 interjúalanyunk a vizsgált életszférák több mint felében jelzett problémát. A legtöbben valamilyen társas viszonyokat érintő (családi, baráti, vagy partnerkapcsolati) problémát említettek, de a munkahelyi⁴⁰ és szexuális problémák kivételével az összes többi probléma is jelentős, a megkérdezettek legalább harmadát érintő arányban fordult elő.

Általában – a válaszadók megítélése szerint – a problémák felében-egyharmadában áll alkohol vagy drogfogyasztás a háttérben, de a társas viszonyokat érintő területeken (baráti-, partner-, vagy szexuális kapcsolatok) ennél nagyobb arányokat is tapasztaltunk (16. táblázat).

A különböző életdimenziókat érintő problémák közül a megkérdezettek elsősorban az egészségügyi illetve pszichológiai/érzelmi problémáik esetén kértek valakitől segítséget, a többi probléma előfordulása során – a családi problémák kivételével, ahol csak minden tízedik esetben – általában az esetek harmadában-negyedében fordulnak valakihez segítségért.

³⁸ Az SDS esetében nem beszélhetünk standard diagnosztikus értékről. Steiner és munkatársai (2008), valamint Hides és munkatársai (2007) vizsgálatukban a 2-es pontszámot találták optimális küszöbértéknek, míg Swift és munkatársai (1998) és Martin és munkatársai (2008) a 4-est. Hazai kutatások a 4-es küszöbérték alkalmazását javasolják (Gyepesi és mtsai, 2011)

³⁹ Azokat soroltuk ebbe kategóriába, akik az AUDIT kérdőívben legalább 8 pontot értek el.

⁴⁰ Ennek oka, hogy a többség még soha nem dolgozott, mindössze 15-en vannak a megkérdezettek között, akik valamennyit dolgoznak életük során.

Problémák	Volt probléma	Mi miatt		Kért segítséget	
		drog	alkohol	fő	arány ⁴¹
Egészségügyi probléma	15	7	8	9	60%
Pszichológiai / érzelmi probléma	18	7	4	10	56%
Iskolai probléma	17	7	5	4	24%
Munkahelyi probléma	3	0	1	1	33%
Családi probléma	27	9	13	3	11%
Probléma a barátokkal	25	17	10	6	24%
Probléma a partnerrel	24	13	14	7	29%
Pénzügyi probléma	21	8	9	8	38%
Rendőrségi probléma	16	5	6	6	38%
Szexuális probléma	5	3	4	2	40%

16. táblázat: *Észlelet problémák, és a segítség kérés elfordulása az elért szerhasználók körében (N=50 fő)*

A megkérdezettek az egészségügyi, illetve szexuális problémáik esetén egyértelműen fontosnak tartják a szakember segítségét, de még a skála elfogadási tartományában szerepelnek a pszichológiai, illetve a büntető igazságszolgáltatással problémák is (lásd 17. táblázat). A többi probléma esetében általában a határon mozognak a vélemények, fontos is meg nem is hogy valaki olyan személytől/intézménytől kapjanak segítséget, akik ehhez jól értenek. A professzionális segítség iránti igény alapján kirajzolódó prioritások részben leképeződnek az igénybevett segítség típusában. Egészségügyi problémáikkal döntően, és kisebb, de jelentős részben a pszichológiai problémáikkal is szakemberhez/szakintézményhez fordulnak a megkérdezettek, s többnyire (9 igen / 3 nem⁴² arányban) találnak helyben ilyen segítséget. A többi probléma esetén nem jellemző a szakellátás igénybevétele, kisebb arányban keresnek általában segítséget, és inkább a társas kapcsolatok mentén próbálnak megoldást találni.

⁴¹ A problémával küzdőkön belül azoknak az aránya, akik kértek valamilyen segítséget.

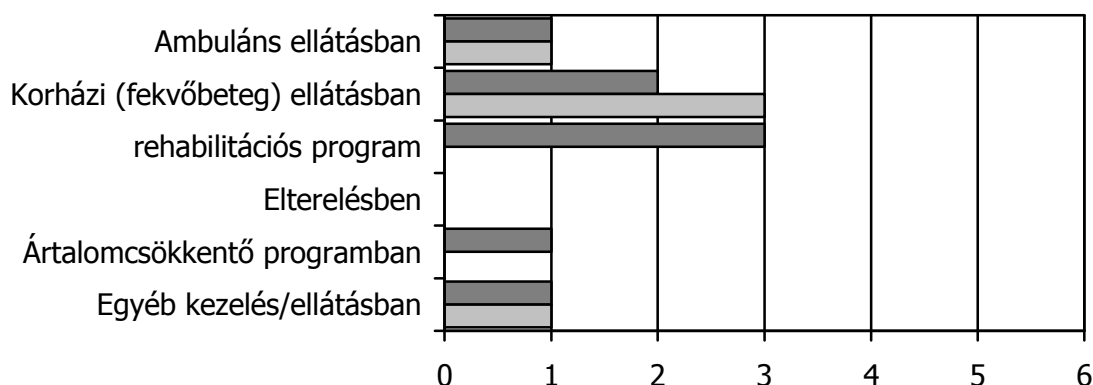
⁴² 3 esetben Budapesten kaptak segítséget.

Problémák	A segítség fontossága ⁴³	Kért segítséget	Kitől kért segítséget			
			szakember	család	barát	más
Egészségügyi probléma	4,4	9	7	2	0	0
Pszichológiai / érzelmi probléma	3,5	10	4	3	3	1
Iskolai probléma	3,1	4	0	3	1	0
Munkahelyi probléma	1	1	0	0	0	1
Családi probléma	2,8	3	0	1	2	0
Probléma a barátokkal	3,0	6	0	1	4	0
Probléma a partnerrel	2,6	7	0	1	6	0
Pénzügyi probléma	2,9	8	1	6	3	0
Rendőrségi probléma	3,7	6	0	3	2	1
Szexuális probléma	4,5	2	1	0	1	0

17. táblázat: *Probléma esetén kitől kért segítséget (N=50 fő)*

Az elért szerhasználók kezeléstörténeti adatai

Az általunk elért szerhasználók – mint azt az AUDIT, illetve az SDS alapján láthattuk, veszélyeztető szerhasználatuk ellenére – jellemzően nem vettek részt eddigi életük során semmilyen addiktológiai ellátásban. Kivételt 6 fő jelent, akik közül, 4-en drogproblémájuk, 3-an alkoholfogyasztásuk miatt kerültek ellátásba⁴⁴, elsősorban kórházba, vagy rehabilitációs programba. Mindössze 1-1 személy vett részt ambuláns kezelésben, vagy ártalomcsökkentő programban.



17. ábra: *A különböző addiktológiai szakellátási formákban eddigiek során részt vett megkérdezettek száma (fő)*

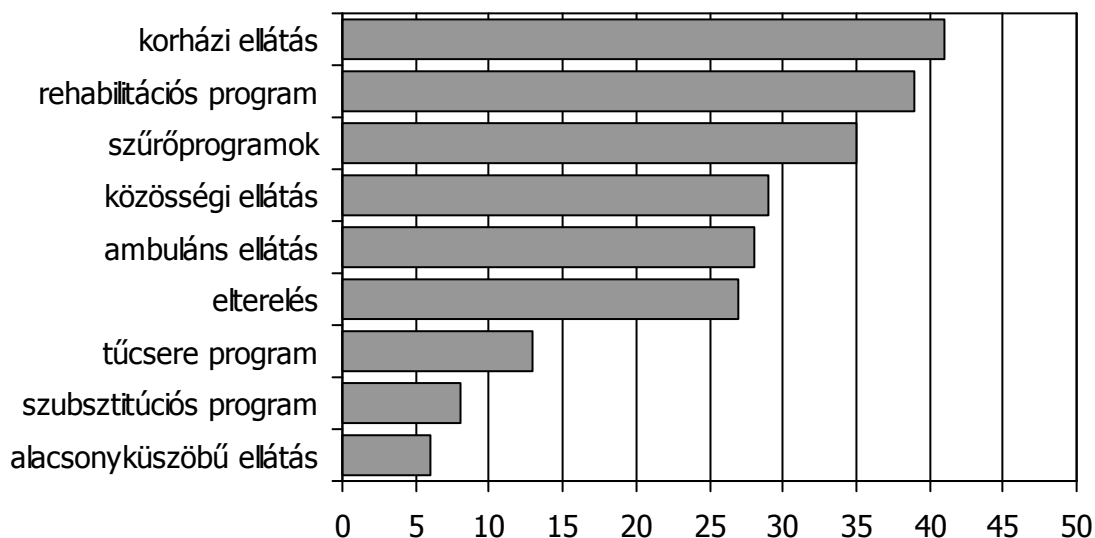
⁴³ A választ 5 fokozatú skálán adták meg a kérdezettek, ahol az 1-es azt jelentette hogy „egyáltalán nem fontos” az 5-ös pedig azt, hogy „ nagyon fontos”. A táblázatban található értékek átlagértékek

⁴⁴ 1 fő mindkettőben.

Az elért szerhasználók ellátással kapcsolatos ismeretei

Az elért szerhasználók körében a szenvedélybeteg ellátás különböző formái közül a kórházi/fekvőbeteg szakellátás ellátás, és rehabilitációs programok a leginkább ismertek. A megkérdezettek négyötöde hallott ezekről a lehetőségekről. Nagyrésztük a szűrőprogramokról is tud. Azonban a többi ellátási forma már kevésbé ismert a megkérdezettek körében. A közösségi ellátásról / önszolgálati programokról, ambuláns szakellátásról, valamint az elterelésről csak alig több mint a fele tud az elért szerhasználóknak, s néhány ellátási forma, - tűcsere programok, szubsztitúciós (helyettesítő) kezelések, alacsonyküszöbű ellátás – szinte teljesen ismeretlen a megkérdezettek körében.

Arra a kérdésre, hogy ismer-e olyan helyet, ahol drog- vagy alkoholhasználatból fakadó problémák miatt ellátásban, kezelésben részesülhet, a megkérdezettek többsége (36 fő) nem tudott válaszolni, s további 6 fő nem konkrét helyeket, csak ellátástípusokat tudott megnevezni (pl. kórház, detox, elvonó általában, 2 fő említette a háziorvoshoz fordulás lehetőségét). Mindössze 8-an neveztek meg konkrét helyet⁴⁵ és közülük is csak egy fő említette meg a budaörsi addiktológiai szakrendelést.



18. ábra: A megkérdezett száma aszerint, hogy hallott-e a különböző ellátási formákról (fő)

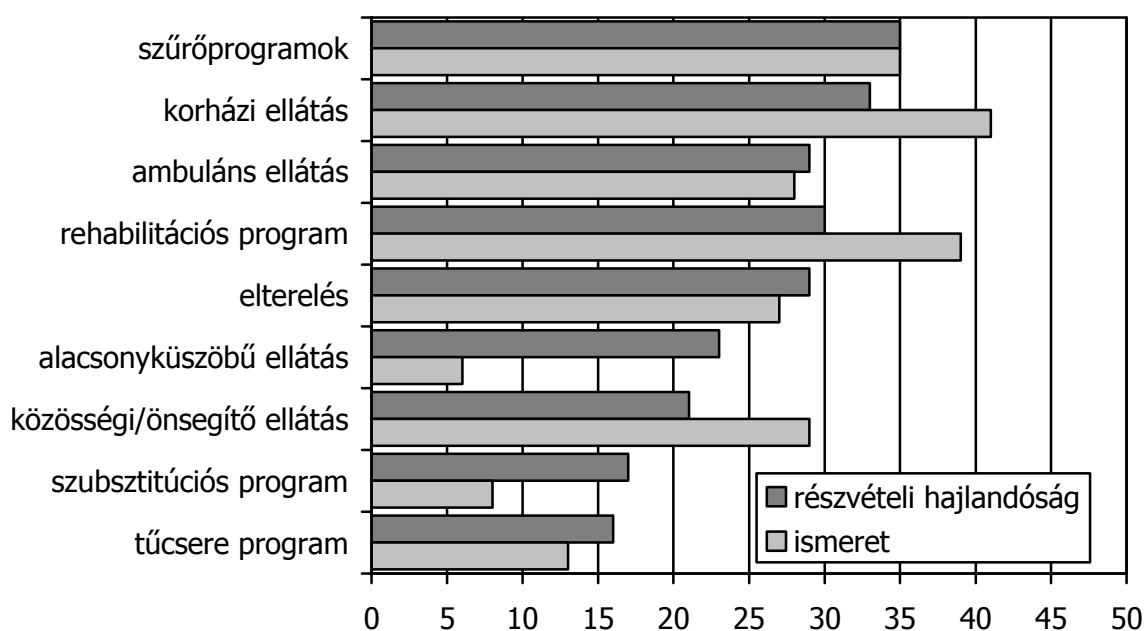
Az ellátáshoz való viszony, a kezelésbe kerülés akadályai az elért szerhasználók körében

A különböző ellátási formák iránti nyitottság nagy vonalakban leképezi az egyes ellátási formák ismertségi sorrendjét. A kutatás során elért szerhasználók leginkább

⁴⁵ Az említett helyek: Kék Pont, illetve a János Kórház Pszichiátriai osztály (2-2 fő), Magadért Alapítvány, Ébredések Alapítvány, Kékvonal, Pomázi Rehabilitációs Intézet, Dunakeszi Rehabilitációs Intézet, KARITÁSZ, Kék vonal, II. kerületi pszichológusi magánrendelés

az általuk is ismert ellátási formák iránt mutatnak nyitottságot: a szűrőprogramokat, illetve korházi fekvőbeteg ellátást 10 megkérdezettből 7-en vennék igénybe esetleges szerhasználattal kapcsolatos problémák esetén. Ezeket az ellátási formákat követik a rehabilitációs programok, illetve a közepes ismertséggel rendelkező ambuláns ellátás, és elterelés, melyeknek potenciális igénybevételéről 29-30 fő nyilatkozott pozitívan. A kifejezetten alacsony ismertséggel rendelkező ellátási formák – a túcsere, szubsztitúciós programok, illetve az alacsonyküszöbű programok – valamint a közösségi/önsegítő programok iránt mutatkozik a legkisebb potenciális érdeklődés, ezekben az ellátási formákban való részvételre a megkérdezett droghasználók fele-egyharmada mutatott hajlandóságot.

Az ismertségi és részvételi hajlandóságot kifejező sorrendek összehasonlítása azt is jelzi ugyanakkor, hogy vannak olyan ellátási formák, melyek ugyan ismertek, de ismertségükhöz képest kisebb az irányukba mutatkozó nyitottság. Ilyenek a rehabilitációs intézetek, valamint közösségi ellátás/önsegítő programok. Ugyanakkor az alacsonyküszöbű ellátásban való részvételre az azt ismerőknek mintegy négyszerese mutat nyitottságot, s a szubsztitúciós programok potenciális (szükség esetén történő) igénybevételét lehetségesnek tartók is kétszer többen vannak, mint az azokat ismerők.



19. ábra: *A megkérdezett száma aszerint, hogy szükség esetén igénybe venné-e az egyes ellátási formák szolgáltatásait, illetve hogy ismeri-e azokat (fő)*

A megkérdezettek válasza alapján az addiktológiai szakellátások igénybevételének általunk vizsgált akadályai közül legnagyobb arányban az ismeretek hiánya tűnik meghatározó akadállyal. 33 megkérdezett nem, vagy nem nagyon tudja, hogy mikor vannak nyitva az ilyen helyek. Az ezt követő, legtöbbször által érzékelt akadály a kezelőhelyek távolsága. Az elért szerhasználók közel egyharmada nyilatkozott úgy,

hogy a környezetének a szerhasználókkal kapcsolatos viszonyulásai (is) gátját jelentik az ellátások igénybevételének. A kezelőhelyek működésével összefüggő olyan negatív várakozások, mint pl. az alacsony hatékonyság, vagy a kliensekhez való viszony kevésbé tűnnek nagy hatóerejűnek (nyitott kérdésre válaszolva is mindössze 4 fő fogalmazott meg ilyen akadályt). Az ellátás igénybevételének általunk vizsgált akadályai mellett viszonylag gyakran fogalmazódott meg érvként egyrészt az, hogy „soha nem kerül olyan állapotba, hogy valamilyen addiktológiai ellátást igénybe kelljen vennie”⁴⁶ (13 fő), másrészt, hogy ha mégis, akkor „egyedül (vagy barátokkal) is meg tudja oldani” (7 fő). Két esetben jelent meg a rejtőzködés („egyelőre senki nem tudja, hogy drogozik..., megtudják”) az ellátás elutasítása mögött, és 8 esetben az ellátó intézményrendszer általános elutasítása (pl. „nem szeretem a kórházakat”).

	Átlag	4-5 válaszok száma ⁴⁷
Nem tudom, hogy mikor vannak nyitva az ilyen helyek.	3,9	33
Számomra a kezelőhelyek megközelíthetetlenek (túl messze vannak, túl nehéz oda eljutni).	2,9	17
Nem mennék el ilyen helyre, mert kiderülne, hogy drogozom, és az kellemetlen lenne mások előtt.	2,8	14
Nem tudom, hogy drog- vagy alkoholproblémával hova lehet fordulni.	2,6	13
Nagyon nehéz az ilyen helyekre bekerülni.	2,5	10
Nem mennék el ilyen helyre, mert úgysem tudnak nekem segíteni.	2,1	9
Nem mennék el ilyen helyre, mert ott lenézik a droghasználókat.	2,1	8

20. ábra: *A megkérdezett száma aszerint, hogy mennyire ért egyet a különböző ellátási akadályokkal kapcsolatos állításokkal (fő)*

Mint azt az elért populáció kezeléstörténetével foglalkozó részben láthattuk, a szenvedélybeteg szakellátással kapcsolatban a megkérdezettek nem, illetve csak nagyon szórványosan rendelkeznek saját tapasztalattal, azaz az ellátással kapcsolatos véleményeiket, nyitottságukat, illetve az ellátásba jutás akadályaival kapcsolatos gondolkodásukat feltehetően közvetett tapasztalások, információk alakították. Ezen kedvezőtlen információk, illetve közvetett tapasztalatok alakítása kell, hogy legyen – a megismert szerhasználó magatartások veszélyeztető volta, illetve a megkérdezettek körében észlelt problémák nagy száma alapján – sürgető feladatként jelen levő ellátásfejlesztés első lépése Budaörsön.

⁴⁶ A kezelésre, ellátásra szoruló állapotot többen azonosították az intravénás használattal.

⁴⁷ A válaszokat a megkérdezettek 5 fokozatú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem ért egyet”, az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben egyetért”.

Felhasznált irodalom

- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., Babor, T. 1997 A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 613–619.
- Bradshaw, J. (1972): The Concept of Social Need, *New Society*, p. 640-643.
- Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J., De Moor, S. (2009) *Drug use: an overview of general population surveys in Europe*. Thematic paper. EMCDDA, Luxembourg
- Gyepesi Á., Urbán R., Farkas J., Paksi B., Magi A., Eisinger A., Demetrovics Zs. (2011): Psychometric properties and validity of the Severity of Dependence Scale (SDS) in adolescent and young adult sample (kézirat)
- Elekes Zs., Paksi B. (1996): *A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása*. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
- Elekes Zs., Paksi B. (2000): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon*. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.
- Elekes Zs., Paksi B. (2003a): *The ESPAD'03 Country Report – Hungary* – kézirat.
- Elekes Zs., Paksi B. (2003b): *A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, NKFP.
- Elekes Zs. (2004): *Alkohol és társadalom*. Országos Addiktológiai Intézet, Budapest, 215.
- Elekes, Zs. (2005): A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők az iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia*, 2005. 48. évf. 4.: 345–374.
- Elekes Zs. (2009): *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol és egyéb drogfogyasztása Magyarországon, ESPAD 2007*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szakmai kutatássorozat. L'Harmattan, Budapest.
- EMCDDA (1999): *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), EMCDDA, Lisbon. Portugal.
- EMCDDA (2002): *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, EMCDDA, Lisbon. Portugal.

- Gerevich, J.; Bácskai, E.; Rózsa S. 2006: A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21(1): 45-56.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-614.
- Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M., Narusk A. (1997): *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M. (2000): *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. (2004): *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. Stockholm. Sweden.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009): *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm. CAN, EMCDDA, Council of Europe.
- Hides, L., Dawe, S., Young, R., Kavanagh, D.J. (2007). The reliability and validity of the Severity of Dependence Scale for detecting cannabis dependence in psychosis. *Addiction* 102, 35-40.
- Kemmesies U. (2000): How to reach unknown: the snowball sampling technique. In: Fountain J, Hartnoll R., Olszewski D., Vicente J., Greenwood G., Robertson K., szerk (2000): *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 4., Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, pp.265-271.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis abuse screening test. *Journal of Substance Use*, 12(4): p. 233-242.
- Marsden, J., Ogborne A., Farrell M., Rush B. (2000): *International Guidelines for the Evaluation of Treatment Services and Systems for Psychoactive Substance Use Disorders*. WHO
- Martin, G., Copeland, J., Gates, P., Gilmour, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence* 9;83(1), 90-93.

- Paksi B. (2003): *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B. (2006): *A budaörsi diákok alkohol- és drogfogyasztása, valamint dohányzása*. Budaörsi KEF. Kézirat
- Paksi B. (2007a): A magyar társadalom drogérintettsége. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I.* Eötvös Kiadó, Budapest, 2007. (256-294)
- Paksi B. (2007b): A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I.* Eötvös Kiadó, Budapest, 2007. (379-413)
- Paksi B., Gurály Z., Arnold P., Schmidt A., Breitner P. (2008): A drogfogyasztás és hajléktalanság. *Addiktológia*. 2008. 2. (101-130)
- Paksi B. (2009): Populációs adatok alakulása. In: *Felvinczi K., Nyírády A. (szerk.): Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest, 2009. (81-141)
- Paksi B., Arnold P. (2009): A budaörsi diákok alkohol- és drogfogyasztása, valamint dohányzása. Budaörsi KEF. Kézirat
- Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P., Demetrovics Zs. (2009): A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 10 (2009) 4, 273—300
- Paksi B., Felvinczi K. (szerk.) (2010): *Kézikönyv. Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás*. Addiktológiai ellátások fejlesztése sorozat 2. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, TÁMOP 5.4.1/08/1-2009-0002 számú project. 2010. Budapest.
- Rácz József (2006): *Kvalitatív drogkutatások* L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Rácz J. (szerk.) (2007) *Leszakadók – A társadalmi kirekesztődés folyamata*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet kutatások 5. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Rácz J., Kun B., Posta J. (2010): *A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása*, Módszertani tanulmány, Kézirat
- Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., De La Fuente J.R., Grant M. (1993): Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*. Vol 88(6) Jun 1993, 791-804.
- Steiner, S., Baumeister, S.E., Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht* 54(1), 57-63.

Swift, W., Copeland, J., Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction* 93(11), 1681-1692.

Vicsek L. (2006): *Fókuszcsoport*. Osiris Kiadó, Budapest

Mellékletek

1. Fókuszcsoport vezérfonal
2. Kérdőív I. (a fókuszcsoport résztvevői részére)
3. Kérdőív II. (a fókuszcsoport résztvevői részére)
4. Szűrőkérdőív a rejtőzködő szerhasználók körében végzett kutatáshoz
5. Kérdőív a rejtőzködő szerhasználók körében végzett kutatáshoz
 - Kannabisz Használat Szűrőtesztje – CAST
 - Addikció Súlyossága Skála – SDS
 - Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje – AUDIT

Fókuszcsoport vezérfonal

Szükségletfelmérés 2011, Budaörs

Téma	Módszer	Idő	Kumulált idő
Bevezetés		5	5
<ul style="list-style-type: none"> → A moderátor néhány szót magáról, kollega bemutatása → Tegeződés vagy magázódás → A beszélgetés célja → Mondják bátran, nincs rossz vagy jó válasz → Lehet vita, de nem kell meggyőzni egymást → Kérdezhetnek egymásról, beszélgetés legyen → Telefonokat kikapcsolni → Névkártya → Diktafon, anonimitás → Fókuszcsoport kb. másfél órás 			
Bemelegítő		5	10
Először arra kérnék mindenkit, mutatkozzon be néhány mondatban, melyik szervezettől jött, mi a feladata szervezetén belül.			
Személyes tapasztalatok		15	25
<p>Arra kérek mindenkit, meséljen el egy történetet, amikor szerhasználóval vagy egyéb szenvedélybeteggel találkozott munkája során!</p> <p><i>Ha nem tér ki, rákérdezni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Milyen szerhasználó? → Milyen szenvedélybeteg? 	Körbe menni mindenkit kérdezni		

→ Honnan ismerte fel?			
<p>És még milyen szerek használóival találkoztak eddig munkájuk során?</p> <p>Mi alapján állapították meg, hogy milyen szert fogyaszt az illető?</p> <p>Milyen gyakran fordulnak elő ilyen találkozások?</p> <p>Milyen egyéb szenvedélybetegségekkel találkoztak még eddig munkájuk során?</p>	Beszélgetés		
Tájékozottság		30	55
<p>Amikor droghasználóval kerülnek kapcsolatba munkájuk során, mit tesznek ilyenkor? <i>Ha nem térnek ki rákérdezni:</i></p> <p>→ Továbbirányítják? <i>Ha igen:</i> Hova? Miért oda?</p> <p>→ Vagy maguk oldják meg a helyzetet? <i>Ha igen:</i> Hogyan?</p>	Körbe menni mindenkit kérdezni		
<p>Önök mennyire gondolják tájékozottnak magukat a témában?</p> <p>Honnan informálódtak?</p> <p>A drog témán belül milyen területeken gondolják, hogy hiányosságaik vannak, és jó lenne ezeket pótolni?</p>	Beszélgetés		
KÉRDŐÍV I.	Kérdőív		
<p>Mely területekre adott valaki 1-est, 2-est tájékozottság szerint?</p> <p>Ki mely területekről gondolja fontosnak, hogy további ismeretekre lenne szüksége (4-es, 5-össel jelölt) Miért ezeket tartják fontosnak?</p> <p>Ki melyik területet jelölte 1-essel, 2-essel? Miért?</p>	Beszélgetés a kérdőívről		
Nyílt szcena a városban		15	70
<p>A városnak mely részein tapasztalható szerhasználók jelenléte?</p> <p>Mit gondolnak, miért pont ott?</p> <p>Honnan szerezték az erre vonatkozó információt (saját élmény, vagy mások mondták, ha igen, kiktől hallotta)</p>	Beszélgetés		

<p>Kérem, meséljenek el egy-egy esetet, amikor szerhasználóval találkoztak Budaörs valamelyik részén (utca, tér stb.) <i>Kérjük meg, hogy térképen jelöljék meg pontosan hol.</i></p> <p><i>Ha nem térnek ki, rákérdezni:</i> Hol? Mit látott? Mit használtak? Többen voltak-e a szerhasználók? A nap mely szakaszában történt? Milyen korúak voltak?</p>	Körbe menni mindenkit kérdezni, térképen jelölni		
<p>Ön szerint kiket tekinthetünk problémás droghasználóknak?</p> <p>Mekkorára becsüli a problémás droghasználók számát a városban?</p> <p>Mire alapozzák vélekedésüket?</p>	Beszélgetés		
Kábítószer-probléma megoldása		20	90
<p>Önök szerint a budaörsi drogprobléma ellátásának fejlesztése szempontjából milyen fejlesztéseket kellene végrehajtani?</p>	Beszélgetés		
KÉRDŐÍV II.	Kérdőív		
<p>Mely fejlesztési területeket értékelték fontosság szerint 4-es, 5-össel? Miért?</p> <p>Mely fejlesztési területeket értékelték fontosság szerint 1-es, 2-össel? Miért?</p> <p>Mely fejlesztési területeket értékelték megvalósíthatóság szerint 4-es, 5-össel? Miért?</p> <p>Mely fejlesztési területeket értékelték megvalósíthatóság szerint 1-es, 2-össel? Miért?</p>	Beszélgetés a kérdőívről		
Zárás		5	95
<p>Egyéb, amit fontosnak tartanak elmondani, és eddig nem került elő</p> <p>Zárás, elköszönés, tájékoztatás a további fejleményekről</p>			

Kérdőív I. – a fókuszcsoport résztvevők számára

Az alábbiakban a drogprobléma kezelésével kapcsolatos különböző területeket soroltuk fel.

Kérjük, értékelje ezen területeket, egyrészt aszerint, hogy „Mennyire tartja tájékozottnak magát az adott területen?”. Válaszait egy 5 fokozatú skálán adja meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy „egyáltalán nem tájékozott”, az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben tájékozott”. Ha nem is hallott még az adott területről, akkor a megfelelő rovatba 9-est írjon.

Másrészt értékelje aszerint, hogy mennyire fontos, hogy az adott területen ismereteit bővítse. Válaszait szintén egy 5 fokozatú skálán adja meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy „egyáltalán nem fontos, hogy ismereteimet bővítsem”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon fontos, hogy ismereteimet bővítsem”.

Területek	Tájékozottság	Ismeretbővítés
A tiltott szerek hatása, tünetei		
Prevenció		
Kezelés-ellátás		
Ártalomcsökkentés		
A tiltott szerhasználattal kapcsolatos jogi ismeretek		
Egyéb, és pedig:		

Kérdőív II. – a fókuszcsoport résztvevők számára

Kérjük, 1-5-ig terjedő skálán fejezze ki, hogy az alább felsorolt fejlesztési területek Ön szerint mennyire fontosak a budaörsi drogprobléma ellátásának fejlesztése szempontjából (1=egyáltalán nem fontos, 5=meghatározó), és mennyire tartja azt megvalósíthatónak (1=egyáltalán nem valósítható meg, 5=megvalósítható). Ha nem tudja megítélni, akkor 9-est írjon be az adott rublikába.

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

	Fontosság	Megvalósíthatóság
A kezelésbe-ellátásba irányítás fejlesztése		
Járóbeteg ellátás fejlesztése		
Fekvőbeteg ellátás fejlesztése		
Rehabilitációs programok fejlesztése		
Fiatalokra irányuló kezelési/rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése		
Egészségügyi és szociális ellátások együttműködésének fejlesztése		
Alacsonyküszöbű szolgáltatások fejlesztése		
Közösségi, önszegítő programok fejlesztése		
Gyógyult szenvedélybetegek reszocializációs és szociális támogató rendszerének fejlesztése		
Szakemberképzés fejlesztése		
Szakmai fejlesztések az ellátások minőségének javítása érdekében		
A szerfogyasztáshoz kapcsolódó kockázatok csökkentése		
Egyéb, éspedig:		
Egyéb, éspedig:		

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hely	kérd.	Sorsz

TDI

Szűrőkérdőív a rejtőzködő szerhasználók körében végzett kutatáshoz Budaörs, 2011

Egy kutatáshoz **szeretnénk a segítségédet kérni**, amelyben a Hozzád hasonló budaörsi fiatalok alkohol- és drogfogyasztási szokásaira, illetve ezzel kapcsolatosan felmerülő ellátási igényeire vagyunk kíváncsiak.

A **kérdőív névtelen**, vagyis sehol nem kell megmondanod sem a neved, sem bármely olyan információt, amely alapján azonosítani lehetne Téged.

A kérdőív **kitöltése önkéntes**, de nekünk nagyon fontos, hogy minél többen kitöltsétek.

1. Az elmúlt 30 napban használtad-e, s ha igen, összességében hány alkalommal az alábbi szerek valamelyikét?

- Marihuána, hasis (fű)
- Ecstasy (XTC)
- Amfetamin (speed)
- Kokain
- Heroin
- Egyéb opiátok (máktea)
- LSD
- Mágikus gomba
- Crack
- GHB (folyékony ecstasy)
- Herbál drogok
- Rush (popéz)
- Angyalpor
- I-por, ketamin
- Mefedron
- Szerves oldószer, szípu
- Nyugtató/altató orvosi javaslat nélkül
- Alkohol gyógyszerrel
- Más drog, éspedig:.....

- 0 egyszer sem
- 1 1-2 alkalommal
- 2 3-5 alkalommal
- 3 6-9 alkalommal
- 4 10-19 alkalommal
- 5 20 alkalommal vagy többször

2. Hányszor fordult elő veled az elmúlt évben, hogy 6 vagy annál több italt megittál egy alkalommal?

- 0 egyszer sem
- 1 ritkában, mint havonta
- 2 havonta egyszer
- 3 havonta kétszer
- 4 havonta háromszor
- 5 hetente
- 6 naponta, vagy majdnem naponta

3. Hányszor fordult elő veled az elmúlt évben, hogy olyan sokat ittál, hogy berúgtál?

- 0 egyszer sem
- 1 ritkában, mint havonta
- 2 havonta egyszer
- 3 havonta kétszer
- 4 havonta háromszor
- 5 hetente
- 6 naponta, vagy majdnem naponta

4. Hol laksz/élsz?

- 1 Budaörsön
- 2 Budapesten
- 3 más környező településen
- 4 egyéb városban/községben

KÖSZÖNJÜK, ADD ÁT A KÉRDŐÍVET A MUNKATÁRSUNKNAK!

Sorszám

TDI

SZÜKSÉGLET-FELMÉRÉS BUDAÖRS 2011

Kérdőív a rejtőzködő szerhasználókról

Ennek a kérdőívnek a kitöltésével egy, a Budaörsi Kábítószer Egyeztető Fórum megbízásából zajló ellátás-fejlesztési projekt megvalósulásához nyújtasz segítséget. A kutatás a budapesti székhelyű Viselkedéskutató kft. készíti.

E munka részeként szeretnénk megismerni a budaörsi szerhasználók helyzetét, problémáit, az ellátási lehetőségekkel kapcsolatos véleményét. Célunk az, hogy olyan ellátások, programok kerüljenek kialakításra a jövőben, melyek Neked is tetszenének, melyek Te elvárásaiddal, igényeiddel, véleményeddel leginkább harmonizálnak. Ehhez szeretnénk a segítségedet kérni!

A válaszaidat természetesen továbbra is anonim módon kezeljük, továbbra sem kell megmondanod sem a neved, sem bármely olyan információt, amely alapján azonosítani lehetne Téged.

A kérdőívben nincsenek jó vagy rossz válaszok, egyedül az a fontos, hogy őszintén válaszolj. Ne felejtse el, hogy a válaszaidat titkosan kezeljük.

Segítségedet előre is köszönjük!

KIINDULÓ HELYSZÍN:

KÉRDEZŐ NEVE:

KÉRDEZÉS KEZDETE:

HÓNAP

NAP

ÓRA

PERC

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hely	kérd.	Sorsz	

TDI **1. A KÉRDEZETT NEME**

1 - FÉRFI 2 - NŐ

2. Melyik évben születél?..... év X-

Beszélgetésünk elején először az iskolai végzettségeddel, tanulmányaidal, valamint munkáddal kapcsolatosan tennék fel néhány kérdést.

3. Mi a legmagasabb iskolai végzettséged?

- 1 - kevesebb, mint 8 általános
 - 2 - 8 általános
 - 3 - szakmunkásképző; szakképzés érettségi nélkül
 - 4 - szakközépiskolai érettségi
 - 5 - gimnáziumi érettségi
 - 6 - technikumi oklevél
 - 7 - főiskolai diploma (BA)
 - 8 - egyetemi diploma (MA)
 - 9 - egyetem utáni képzés, doktori iskola, mesterképzés (PhD, DLA)
- X

HA TÖBB VÉGZETTSÉGE IS VAN,
AKKOR A LEGNYAGYOBB
KÓDSZÁM SZERINT JELÖLJÜK!

4. Jelenleg jársz iskolába, s ha igen, milyen tagozaton?

- 1 - igen, nappali képzésben
- 2 - igen, esti képzésben
- 3 - igen, levelező képzésben (távoktatásban, e-learning képzésben)
- 4 - nem jár iskolába

UGRÁS A 8. KÉRDÉSRE!

X

5. Milyen típusú iskolába jársz?

- 1 - általános iskola
 - 2 - szakmunkásképző
 - 3 - szakközépiskola
 - 4 - gimnázium
 - 5 - technikum
 - 6 - főiskola (BA)
 - 7 - egyetem (MA)
 - 8 - egyetem utáni képzés, doktori iskola, mesterképzés (PhD, DLA)
- X

6. Szerinted, hogyan teljesítesz az iskolában?

Válaszodat 5 fokú skála segítségével add meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy a legrosszabbak között vagy, az 5-ös pedig azt, hogy legjobbak között vagy.

9 – NEM TUDJA, X - VH

Hely	kérd.	Sorsz	

TDI

--	--	--	--	--	--

7. Az utóbbi tanítási évben hányszor fordult elő veled, hogy nem mentél be órára („lógtál”)?

- 1 - 1-2 alkalommal
- 2 - 3-5 alkalommal
- 3 - 6-9 alkalommal (legfeljebb havonta 1 napot)
- 4 - 10-19 alkalommal(legfeljebb havonta 2 nap)
- 5 - ennél gyakrabban
- X

8. Milyen szakképzettsége(i)d van(nak)?

- 1 - van szakképzettsége, és pedig.....
- 0 - nincs szakképzettsége
- X-

--	--

9. Jelenleg dolgozol-e, van-e valamilyen kereső tevékenység?

TISZTÁZD A MUNKÁVAL KAPCSOLATOS TÉNYLEGES STÁTUSZÁT!
--

1 - igen

- 1. alkalmazott állandó munka-viszonyban
- 2. alkalmazott szerződéses munka-viszonyban
- 3. saját vállalkozásában dolgozik
- 4. alkalmi munkákból, megbízásokból él
- 5. Gyes, Gyed, Gyet mellett dolgozik
- 6. munkanélküli segély mellett dolgozik
- 7. tanulás mellett dolgozik
- 8. segítő családtag
- X -

9.1. Egy átlagos héten hány órát töltesz munkavégzéssel?**Kérlek, itt csak a jövedelmet biztosító tevékenységekre gondolj!**

..... órát

99- nem tudja X

--	--

9.1.1 Az utóbbi fél évben előfordult-e veled, hogy nem mentél be a munkahelyedre, mert nem volt kedved?

- 1 - igen
- 0 - nem
- X

2 - nem

- 9. Gyes-en, Gyed-en, Gyet-n van, de egyébként van munkahelye
- 10. Gyes-en, Gyed-en Gyet-en van, s egyébként nincs munkahelye
- 11. tanuló
- 12. háztartásbeli
- 13. regisztrált munkanélküli, átképzésen vesz részt
- 14. regisztrált munkanélküli
- 15. nem regisztrált munkanélküli
- 16. eltartott, családja támogatja
- 17. eltartott, segélyen él
- 18. egyéb inaktív
- X -

9.2. Korábban dolgoztál-e?

- 1 - igen
- 0 - nem, soha nem volt munkája/munkahelye
- X -

--	--

Térjünk át egy másik témára! A következő kérdések elsősorban a családdal, családi körülményeiddel foglalkoznak.

10. Mi az édesapád (nevelőapád) legmagasabb iskolai végzettsége?

- 1 - kevesebb, mint 8 általános
- 2 - 8 általános
- 3 - szakmunkásképző
- 4 - érettségi
- 5 - technikum
- 6 - felsőfokú végzettség
- 9 - nem tudja/nem ismeri az apját
- X

HA TÖBB VÉGZETTSÉGE IS VAN, AKKOR A LEGMAGASABB KÓDSZÁM SZERINT JELÖLJÜK!

11. Mi az édesanyád (nevelőanyád) legmagasabb iskolai végzettsége?

- 1 - kevesebb, mint 8 általános
- 2 - 8 általános
- 3 - szakmunkásképző
- 4 - érettségi
- 5 - technikum
- 6 - felsőfokú végzettség
- 9 - nem tudja/nem ismeri az anyját
- X

HA TÖBB VÉGZETTSÉGE IS VAN, AKKOR A LEGMAGASABB KÓDSZÁM SZERINT JELÖLJÜK!

12. Jelenleg kikkel élsz együtt?

1-EGYÜTT ÉLNEK, 0 – NEM ÉLNEK EGYÜTT, X - VH

- a. Házastársa
- b. Élettársa
- c. Gyermeke
- d. Anyja (nevelőanya is)
- e. Apja (nevelőapa is)
- f. Anyósa vagy apósa (élettársnál is)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

- g. Nagyszülője
- h. Testvére/testvérei
- i. Egyéb rokona
- j. Barátja/barátai
- k. Egyéb nem rokon személy(ek)
- l. Intézetben él:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

HA VALAMILYEN INTÉZMÉNYBEN ÉL, AKKOR UGRÁS 14. KÉRDÉSRE!

13. Összesen hányan laktok együtt?

Azokat tekintsd közös háztartásban élőknek, akik részben vagy egészben Veled közös jövedelemből, ebben a lakásban élnek, beleértve a Veled rokoni kapcsolatban nem állókat is!

..... fő X -

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

14. Átlagosan hány estét töltesz otthon hetente?

- 1 - 5-7 estét
- 2 - 3-4 estét
- 3 - 1-2 estét
- 4 - szinte egyet sem
- 9 - nem tudja
- X

15. Véleményed szerint másokhoz képest mennyire jó körülmények között élsz/éltek?

Válaszodat 5 fokú skála segítségével add meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy nagyon rossz az anyagi helyzetetek, az 5-ös pedig azt, hogy legjobbak között van.

9 – NEM TUDJA, X - VH

HA A 15. KÉRDÉSNÉL 4-5-ÖS A VÁLASZ, AKKOR UGRÁS A 17. KÉRDÉSRE!

16. Rendezettnek ítéled a lakhatási körülményeidet?

- 1 – igen
- 2 – nem
- 9 – nem tudja
- X

17. Mennyire vagy megelégedve a SZÜLEIDDEL VALÓ KAPCSOLATODDAL?

Válaszodat 5 fokú skála segítségével add meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy „egyáltalán nem vagy megelégedve”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon elégedett vagy”.

- a. Szüleiddel való kapcsolatoddal
- b. Testvéreiddel való kapcsolatoddal
- c. Más családtagokkal való kapcsolatoddal
- d. Partnerreddel való kapcsolatoddal
- e. Tanáraidal való kapcsolatoddal

0 – NINCS ILYEN
9 – NEM TUDJA
X - VH

A BARÁTI KAPCSOLATAIVAL VALÓ ELÉGEDETTSÉG KÉRDÉSNÉL MONDJUK EL, HOGY AZ ÉRTÉKELÉSKOR AZT IS VEGYE FIGYELEMBE, HOGY HA ESETLEG TÖBB KAPCSOLATOT SZERETNE!

- f. Barátaiddal való kapcsolataiddal

18. Van-e a családban olyan személy, aki RENDSZERESEN ALKOHOLT FOGYASZT? Ha igen, ki?

ADDITÍV KÓD: 1 – SZÜLŐ 2 – TESTVÉR 4 - EGYÉB 0 - NINCS 9 – NEM TUDJA X - VH

- a. RENDSZERESEN FOGYASZT/FOGYASZTOTT ALKOHOLT
- b. Rendszeresen lerészegedik/lerészegedett
- c. Sok nyugtatót vagy altatót szed/szedett
- d. Kábítószer használ/használt

19. A barátaid között vannak-e, és ha igen, nagyságrendileg mennyien (néhány, a többség vagy mind), akik RENDSZERESEN ALKOHOLT FOGYASZTANAK?

0 – NINCS 1 – NÉHÁNY 2 – A TÖBBSÉG 3 – MIND 9 – NEM TUDJA X - VH

- a. RENDSZERESEN FOGYASZT/FOGYASZTOTT ALKOHOLT
- b. Rendszeresen lerészegedik
- c. Orvosi javaslat nélkül nyugtatót vagy altatót szed/szedett
- d. Marihuánát (hasist) használ/használt
- e. Más kábítószer használ/használt
- f. Szipuzik vagy szipuzott

20. Szerinted mekkora lehet Budaörsön azoknak a száma, akik RENDSZERESEN LERÉSZEGEDNEK?

000 – NINCS 999 – NEM TUDJA X - VH

- g. RENDSZERESEN LERÉSZEGEDNEK
- h. Orvosi javaslat nélkül nyugtatót vagy altatót szednek
- i. Marihuánát (hasist) használnak
- j. Más kábítószer használnak
- k. Szipuznak

A következőkben a Te szerhasználatoddal kapcsolatban tennék fel néhány kérdést! Ne feledd, hogy válaszaidat titkosan, anonim módon kezeljük, a kérdőívre nem kerül rá sem a neved, sem bármely olyan információ, amely alapján azonosítani lehetne Téged!

21. Használtál-e valaha MARIHUÁNÁT?

1 – IGEN 0 - NEM 9 – NT X - VH

HA NEM HASZNÁLT, UGRÁS A KÖVETKEZŐ SORRA!

21.1. Mikor használtál először MARIHUÁNÁT?

CSAK AKKOR KÉRDEZD, HA ÉLETÉBEN HASZNÁLT! AZ ÉLETKORT ÍRJUK BE. 99 – NT X - VH

21.2. Az elmúlt 30 napban is használtad-e? Ha igen, hány alkalommal?

ÍRJUK BE AZ ALKALMAK SZÁMÁT! 00 – NEM HASZNÁLT 99 – NT X - VH

	Használt-e valaha	Első használat életkora	Előző havi gyakoriság
a. MARIHUÁNA, HASIS (FÚ, SPANGLI)			
b. Ecstasy (XTC, bogyó, eki)			
c. Amfetamin (szpíd)			
d. Kokain/crack			
e. Heroin vagy egyéb opiát			
f. LSD (bélyeg)			
g. Mágikus gomba			
h. GHB			
i. Herbál drogok			
j. Rush (popez)			
k. Angyalpor			
l. I-por, ketamin			
m. Mefedron (kati)			
n. Bármilyen drog intravénásan			
o. Szerves oldószer, szipu			
p. Szteroidok, doppingszerek			
q. Alkoholt gyógyszerrel			
r. Nyugtatót/altatót orvosi javaslat nélkül			
s. Más drog:.....			

HA AZ ELMÚLT HÓNAPBAN HASZNÁLT MARIHUÁNÁT (21.2/A > 0), AKKOR ITT ADD
ÁT A **CAST** KÉRDÉSSORT!

HA MARIHUÁNÁN KÍVÜL EGYÉB DROGOT IS HASZNÁLT AZ ELMÚLT HÓNAPBAN, AKKOR
A **SDS** KÉRDÉSSORT IS ADD ÁT.

HA CSAK EGYÉB DROGOKAT HASZNÁLT, AKKOR CSAK AZ **SDS** KÉRDÉSSORT ADD ÁT!
A KÉRDÉSSOROKAT EGY BORÍTÉK KÍSÉRETÉBEN ADD ÁT!

HA NEM FOGYASZTOTT SEMMILYEN DROGOT, AKKOR UGRÁS A 22. KÉRDÉSRE!

**Most arra kérlek, hogy ezt (ezeket) a rövid kérdéssort (kérdéssorokat)
önállóan töltsd ki. Természetesen, ha akarod, segítek!**

**Ha végeztél, tedd be ebbe a borítékba. Egyelőre ne zárd le a borítékot,
csak majd a kérdezés végén.**

HA A KÉRDEZETT VÉGZETT, FOLYTASD A KÉRDEZÉST!

22. Mikor ittál életedben először alkoholt? Hány éves voltál akkor?

..... éves

- 00 – nem ivott soha
99 – nem tudja, hogy hány éves volt
X

UGRÁS A 26. KÉRDÉSRE

23. Mikor ittál utoljára alkoholt?

- 1 - több mint egy éve
2 - több mint 3 hónappal ezelőtt, de legfeljebb egy éve
3 - 1-3 hónapja
4 - 3-4 hete
5 - 1-2 hete
6 - az előző héten
7 - 2-3 nappal azelőtt
8 - tegnap
9 - ma
X

UGRÁS A 26. KÉRDÉSRE

24. Milyen gyakran ittál alkoholt az elmúlt egy évben?

- 1 - havonta vagy ritkábban
2 - havonta 2-4 alkalommal (hetente-kéthetente)
3 - hetente 2-3 alkalommal
4 - hetente 4 vagy több alkalommal
X

25. Az elmúlt év egy olyan szokásos napján, amikor ittál alkoholt, hány italt fogyasztottál el?

EGY ITAL = 2DL BOR, VAGY EGY KORSÓ (5DL) SÖR, VAGY 1/2 DL ÉGETETT SZESZ

- 0 - 1 vagy 2 italt
- 1 - 3 vagy 4 italt
- 2 - 5 vagy 6 italt
- 3 - 7 – 9 italt
- 4 - 10 vagy több italt
- X

ADD ÁT AZ **AUDIT** KÉRDÉSSORT!

Most arra kérek, hogy ezt a rövid kérdéssort ismét önállóan töltsd ki.

HA A KÉRDEZETT VÉGZETT, FOLYTASD A KÉRDEZÉST!

26.1. Vettél-e részt valaha DROGHASZNÁLATOD miatt AMBULÁNS ELLÁTÁSBAN?

CSAK AKKOR KÉRDEZD, HA FOGYASZTOTT VALAHA VALAMILYEN DROGOT!

1 – IGEN 0 - NEM 9 – NT X - VH

26.2. Vettél-e részt valaha ALKOHOLFOGYASZTÁSOD miatt AMBULÁNS ELLÁTÁSBAN?

CSAK AKKOR KÉRDEZD, HA FOGYASZTOTT VALAHA ALKOHOLT!

1 – IGEN 0 - NEM 9 – NT X - VH

AMBULÁNS (JÁRÓBETEG) ELLÁTÁSBAN

Kórházi (fekvőbeteg) ellátásban

Rehabilitációs programban

Elterelésben

Ártalomcsökkentő programban (pl. túcsere)

Egyéb kezelésben/ellátásban

drogfogyasztás miatt	alkoholfogyasztás miatt
	X
	X

Most a különböző problémáidról szeretném, ha beszélgetnénk!

27.1. Az elmúlt 6 hónapban volt-e a DROGFOGYASZTÁSODDAL ÖSSZEFÜGGÉSBEN valamilyen EGÉSZSÉGÜGYI problémád?

CSAK AKKOR KÉRDEZD, HA FOGYASZTOTT VALAMILYEN DROGOT AZ ELMÚLT 30 NAPBAN!

1 – VOLT 0 - NEM VOLT 9 – NT X – VH 8 – NEM VONATKOZIK RÁ

27.2. Az elmúlt 6 hónapban volt-e az ALKOHOLFOGYASZTÁSODDAL ÖSSZEFÜGGÉSBEN valamilyen EGÉSZSÉGÜGYI problémád?

CSAK AKKOR KÉRDEZD, HA FOGYASZTOTT ALKOHOLT EZ ELMÚL ÉVBEN!

1 – VOLT 0 - NEM VOLT 9 – NT X – VH 8 – NEM VONATKOZIK RÁ

27.3. Az elmúlt 6 hónapban volt-e EGYÉB OKBÓL valamilyen EGÉSZSÉGÜGYI problémád?

1 – VOLT 0 - NEM VOLT 9 – NT X – VH 8 – NEM VONATKOZIK RÁ

27.4. Fordultál-e valakihez segítségért az EGÉSZSÉGÜGYI problémáddal?

CSAK AKKOR KÉRDEZD, VOLT PROBLÉMÁJA BÁRMILYEN OKBÓL!

1 – IGEN 0 – NEM X - VH

27.5. Kihez fordultál?

CSAK AKKOR KÉRDEZD, HA KÉRT SEGÍTSÉGET!

ADDITÍV KÓD: 1 – SZAKEMBERTŐL/SZAKINTÉZMÉNYTŐL 2 – CSALÁDJÁTÓL
4 – BARÁTAITÓL 8 – MÁS VALAKITŐL X - VH

27.6. Helyileg hol találtál szakembert/intézményt?

CSAK AKKOR KÉRDEZD, HA SZAKEMBERTŐL/SZAKINTÉZMÉNYTŐL KÉRT SEGÍTSÉGET!

1 - Budaörsön 2 - Budapesten 4 környező településen, de nem Budapesten 8 – TÁVOLABBI TELEPÜLÉSEN 9 – NT X - VH

27.7. Mennyire tartod fontosnak, hogy segítséget kapj az EGÉSZSÉGÜGYI problémáidra olyanoktól, akik ehhez jól értenek?

Válaszodat 5 fokú skála segítségével add meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy „egyáltalán nem fontos”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon fontos”.

CSAK AKKOR KÉRDEZD, HA VOLT PROBLÉMÁJA BÁRMILYEN OKBÓL!

1 – NEM TARTJA FONTOSNAK 5 – FONTOSNAK TARTJA 9 – NT X - VH

	Drogfogyasztás miatt	Alkoholfogyasztás miatt	Egyéb okból	Kért-e segítséget	Kitől kért segítségek	Hol talált szakellátást	Segítség fontossága
EGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMÁD							
Pszichológiai / érzelmi problémád							
Iskolai problémád							
Munkahelyi problémád							
Családi problémád							
Problémád barátokkal							
Problémád partnerreddel							
Pénzügyi problémád							
Rendőrségi problémád							
Szexuális problémád							
Egyéb éspedig:.....							
Egyéb éspedig:.....							

28. Ismersz-e olyan helyek, ahol a drog- vagy alkoholhasználatból fakadó problémák miatt ellátásban, kezelésben részesülhetsz? Melyek ezek?

PRÓBÁLJUNK PONTOS MEGNEVEZÉST LEJEGYZNI, FONTOS HOGY HOL VAN!
 00 – NEM ISMER 99 – NT X - VH

1	4.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	5.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.....	6.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Mennyire értesz egyet az alábbiakkal?

Válaszaidat 5 fokozatú skálán add meg, ahol az 1-es azt jelenti, hogy „egyáltalán nem értesz egyet”, az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben egyetértesz”.

9 – NT X - VH

Nem tudom, hogy drog- vagy alkoholproblémával hova lehet fordulni.

Nem tudom, hogy mikor vannak nyitva az ilyen helyek.

Számomra a kezelőhelyek megközelíthetetlenek (túl messze vannak, túl nehéz oda eljutni).

Nem mennék el ilyen helyre, mert úgysem tudnak nekem segíteni.

Nagyon nehéz az ilyen helyekre bekerülni.

CSAK DROGHASZNÁLÓKTÓL KÉRDEZD!

Nem mennék el ilyen helyre, mert kiderülne, hogy drogozom, és az kellemetlen lenne mások előtt.

Nem mennék el ilyen helyre, mert ott lenézik a droghasználókat.

Utolsóként pedig arra lennék kíváncsi, hogy hogyan töltöd a szabadidődet.

32. Milyen gyakran jársz TÁNCOS SZÓRAKOZÓHELYRE (diszkóba, partira, klubba)?

	(majdnem) minden nap	hetente többször	hetente	havonta 2-3 alkalommal	havonta-kéthavonta	ritkábban	soha
VALAMILYEN TÁNCOS SZÓRAKOZÓHELYRE							
partira (techno, goa, drum & bass, house stb.)							
diszkóba							
plázába							
kocsmába							
Egyéb helyre:							

S végül, arra szeretnék megkérni, hogy mondd meg

1.	A vezetékneved második betűjét (ékezet nélkül)
2.	A keresztned harmadik betűjét (ékezet nélkül)
3.	Születési éved utolsó számjegyét (ezt tudjuk a 2. kérdés alapján)
4.	Születésed napját (csak a napot) – ebből a második karaktert rögzítjük
5.	Édesanyád leánykori vezetéknevének második betűjét (ékezet nélkül)
6.	Édesanyád leánykori keresztnevének harmadik betűjét (ékezet nélkül)

TDI

KÉRDÉS ESETÉN MONDJUK EL KÖVETKEZŐT:

Ezek alapján egy, az anonimitásodat garantáló, de másoktól mégis megkülönböztető kódot képezünk. Ebből a kódból nem lehet Téged visszaazonosítani, de másnak nincs ilyen.

A kérdőív véget ért. Van-e valami hozzáfűzni, kiegészíteni valód, valami, amit a vizsgált témák szempontjából fontosnak tartasz, de mi nem kérdeztük meg?

HA VAN HOZZÁFŰZNI, KIEGÉSZÍTENI VALÓJA, ÍRJUK FEL RÖVIDEN!

Köszönöm a segítségedet!

KÉRDEZÉS VÉGE:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HÓNAP		NAP		ÓRA		PERC	

Minta továbbgörgetési adatok

CSAK AZOKTÓL KÉRDEZD, AHOL A 20. KÉRDÉS KÉRDÉSEIRE NEM 0 VOLT A VÁLASZ!

Még egy dologban szeretném a segítségedet kérni. Ahhoz, hogy további szerhasználókkal tudjunk beszélni, kérlek, add meg olyan budaörsi ismerősödnék/ismertőseidnek az elérhetőségét, aki(k)

1. Aktívan használ valamilyen drogot (havonta legalább 3-szor):

Név/becenév	Elérhetőség (telefonszám)

2. Legalább havonta előfordul vele, hogy nagy mennyiségben iszik, vagy lerészegedik.

Név/becenév	Elérhetőség (telefonszám)

Még egyszer köszönöm a segítségedet!

Az interjúkészítő kiegészítései, megfigyelései

EZT A RÖVID KÉRDŐÍVET A KÉRDEZŐ TÖLTI KI KÖZVETLENÜL AZ INTERJÚ UTÁN!

B.1. Volt-e az interjúalanynak problémája a kérdések megértésében?

- 0 - nem
- 1 - igen, néha
- 2 - igen, többnyire
- 9 - nem tudja

B.2. Ószinte volt-e az interjúalany?

- 0 - nem
- 1 - igen, néha
- 2 - igen, többnyire
- 9 - nem tudja

B.3. Képes volt-e válaszolni?

- 0 - nem
- 1 - igen, néha
- 2 - igen, többnyire
- 9 - nem tudja

B.4. Biztos vagy-e abban, hogy a válaszok pontosak voltak?

- 0 - nem
- 1 - igen, néha
- 2 - igen, többnyire
- 9 - nem tudja

B.5. Milyen környéken kérdeztél?

- 1 - ipari terület, gyárak, üzemek szomszédsága
- 2 - villanegyed, zöldövezet, elit kertváros
- 3 - kisvárosias, falusias, külterület, családi házakkal
- 4 - belváros, üzleti, hivatali negyed, közlekedési, üzleti központ
- 5 - lakótelep
- 6 - lakópark
- 7 - régebbi lakótelep, viszonylag nagy zöldterülettel
- 8 - városkörnyéki, külterületi szórvány
- 9 - leromlott, elhanyagolt belterület, kevés zölddel (nem gyárkörnyék)

B.6. Van-e valami, a kutatáshoz kapcsolódó lényeges információ, amit megtudtál a kérdezettől, de egyik kérdésnél sem tudtad jelezni?

.....

.....

.....

.....

CAST

Hely

kérd.

Sorsz

TDI

Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e Veled, és ha igen, milyen gyakran, hogy...

(Minden sorban egy választ jelölj meg!)

	soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
... szívtál marihuánát/hasist délelőtt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
... szívtál marihuánát/hasist, amikor egyedül voltál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
... voltak memória problémáid a marihuána/hasis használatod miatt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
... mondták barátaid vagy családtagjaid, hogy csökkentened kellene a marihuána/hasis használatod?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
... próbáltad csökkenteni vagy teljes mértékben abbahagyni a marihuána/hasis használatodat sikertelenül?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...voltak problémáid a marihuána/hasis használatod miatt (vita, verekedés, baleset, szorongásos rohamok, rossz iskolai eredmény)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SDS

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hely	kérd.	Sorsz

TDI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e Veled, és ha igen, milyen gyakran, hogy...

(Minden sorban egy választ jelölj meg!)

soha / szinte soha
néha
gyakran
mindig / majdnem mindig

... felmerült benned, hogy a droghasználatod kicsúszott az irányításod alól?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

... hogy egy használat kihagyása miatt nyugtalan és ideges lettél?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

... aggódtál a droghasználatod miatt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

... hogy azt kívántad, bárcsak abba tudnád hagyni a droghasználatod?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Mennyire lenne nehéz számodra kibírni drog nélkül?

- 0 nem lenne nehéz
- 1 valamennyire nehéz lenne
- 2 nagyon nehéz lenne
- 3 lehetetlen lenne

AUDIT

Hely

kérd.

Sorsz

TDI

1. Előfordultak-e Veled, és milyen gyakran az elmúlt 12 hónapban az alábbiak?

(Minden sorban egy választ jelölj meg!)

	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta/majdnem naponta
Amikor alkoholt ittál, nem voltál képes abbahagyni az ivást?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amikor alkoholt ittál, az ivás miatt nem tudtad elvégezni azt, amit rendes körülmények között elvárnak Tőled?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Egy nagyobb ivászat után reggel innod kellett, hogy elkezdhesd a napodat?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Az ivás után büntudatot vagy megbánást éreztél?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Az ivás miatt nem voltál képes visszaemlékezni az előző éjszakára?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Megsérültél-e valaha Te vagy egy másik személy a Te ivásod miatt?

- 0 nem
 2 igen, de nem az elmúlt év során
 4 igen, az elmúlt évben

3. Aggódott-e már rokon, barát, orvos, más egészségügyi szakember az ivásod miatt, vagy javasolta-e, hogy csökkentsd az ivást?

- 0 nem
 2 igen, de nem az elmúlt év során
 4 igen, az elmúlt évben