Magyar Addiktológiai Társaság
Hungarian Association on Addictions

A SZENVEDÉLYMAGATARTÁSOK MEGELŐZÉSÉVEL FOGLALKOZÓ BEAVATKOZÁSOK ORSZÁGOS KATASZTERE 2017-2020

A tanulmányt készítették:
Paksi Borbála
Demetrovics Zsolt
Felvinczi Katalin

A tanulmány az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásával készült
(támogatói okirat száma: 50863/2019/EGST)

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS 5

1.1. Előzmények **5**

1.2. A kutatás célja **6**

2. A PROGRAMKATASZTER KÉSZÍTÉSÉNEK MÓDSZERE 7

2.1. Fogalmi keretek **7**

2.2. A célcsoportba tartozó szervezetek azonosításának menete **10**

2.2.1. Kiinduló adatbázis összeállítása 10

2.2.2. Kapcsolatfelvétel, a célcsoport beazonosítása 12

2.2.3. Adatfelvétel 13

2.3. Az adatgyűjtés eszközének a leírása **13**

3. EREDMÉNYEK 16

3.1. A célcsoport azonosításának eredményei – a prevenciós színtéren jelenlévő szolgáltatók köre **16**

3.1.1. A 2017 és 2020 között prevenciós tevékenységet végző szervezetek főbb jellemzői 16

3.1.2. Aktuálisan saját programszerű prevenciós beavatkozásokat kínáló szolgáltatók jellemzői 19

3.1.2.1. Az aktuálisan saját, programszerű prevenciós beavatkozást kínáló szervezetek egyéb jellemzői 21

3.2. A prevenciós beavatkozások jellemzői **24**

3.2.1. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozások jellemzői 25

3.2.1.1. A programok/szolgáltatások területi lefedettsége 25

3.2.1.2. A programok/szolgáltatások célcsoportja 26

3.2.1.2.1. A programok/szolgáltatások szükségletalapúsága 31

3.2.1.2.2. A programok/szolgáltatások által elért populáció nagysága 31

3.2.1.3. A programok/szolgáltatások célkitűzései 32

3.2.1.4. A beavatkozások megvalósításának módja 36

3.2.1.4.1. A programok idői jellemzői 36

3.2.1.4.2. A programok módszerei 41

3.2.1.5. A programok/szolgáltatások egyéb jellemzői 43

3.2.1.5.1. A programok/szolgáltatások színtere 43

3.2.1.5.2. A programokok/szolgáltatásokok értékelése 44

3.2.1.5.3. A programok/szolgáltatások humánerőforrás összetétele 44

3.2.2. Közvetítő célcsoportra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások jellemzői 46
3.2.2.1. A képző programok/szolgáltatások területi lefedettsége 46
3.2.2.2. A képző programok/szolgáltatások célcsoportja 47
3.2.2.2.1. A képző programok/szolgáltatások szükségletalapúsága 47
3.2.2.2.2. A képző programok/szolgáltatások által elért populáció nagysága 48
3.2.2.3. A képző programok/szolgáltatások célkitűzései 48
3.2.2.4. A képzések megvalósításának módja 51
3.2.2.4.1. A képző programok idői jellemzői 51
3.2.2.4.2. A képző programok módszerei 52
4. VÁLTOZÁSOK A PREVENCIÓS KÍNÁLATBAN AZ ELMÚLT 15 ÉVBEN 53
4.1. A prevenciós tevékenységet végző szervezetek jellemzőinek változása **54**
4.1.1. A 2013-2015 és 2017 és 2020 között valamilyen prevenciós tevékenységet végző szervezetek jellemzőinek változása 54
4.1.2. A saját programszerű prevenciós beavatkozást aktuálisan kínáló szervezetek jellemzőinek változása 56
4.2. A prevenciós programok jellemzőinek változása **61**
5. FELHASZNÁLT IRODALOM 68
6. MELLÉKLETEK 71
6.1. Az adatfelvétel eszközei **72**
6.1.1. SZŰRŐKÉRDŐÍV 73
6.1.2. PROGRAMINFORMÁCIÓS ADATLAP 77
6.2. A szövegben felhasznált táblázatok **104**

1. BEVEZETÉS

1.1.Előzmények

A prevenciós kínálat szisztematikus, a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) iránymutatásainak megfelelő, strukturált információk mentén való feltérképezésére irányuló első országos kutatás 2003-2005 között készült Magyarországon. Tekintettel arra, hogy iskola több szempontból is a prevenciós/egészségfejlesztési tevékenység egyik kitüntetett színtere, az iskolás korosztály számos, egészséget veszélyeztető problémás magatartásmód kialakulása szempontjából döntő fontosságú fejlődési periódusban lévő populáció, a Bradshaw-i (1972) értelemben az iskolás populációban komparatív szükségletként fokozott prevenciós igény azonosítható[1], így az első hazai kutatás az iskolai színtéren kínált programok országos kataszterének elkészítésére irányult (Paksi & Demetrovics 2005; Paksi, Demetrovics, Nyírády, Nádas, Buda, Felvinczi, 2006). A nem iskolai színtéren 2008-ban történt az első országos adatfelvétel (Nádas & Paksi, 2009). Ezt követően 2009-2010 között, 5 megyére vonatkozóan készült egy színtértől független adatokkal szolgáló kutatás[2] a drogprevenciós kínálat alakulásáról (Paksi & Arnold 2010; Gondi, Magi & Paksi, 2010). Majd sok éves kihagyás után 2015 őszén a Szerencsejáték Zrt. társadalmi felelősségvállalási programjához kapcsolódóan, a szerencsejáték tevékenység kockázatainak csökkentésére irányuló prevenciós tevékenység szakmai megalapozása érdekében elindult egy, a 9-24 éves korosztályt (is) megcélzó, közvetlenül vagy közvetve a szerencsejáték tevékenység kockázatainak csökkentésére, valamint – különböző függőségek kapcsolódása okán – az egyéb függőségek megelőzésére irányuló prevenciós programok feltárására és a nemzetközi standardoknak megfelelő strukturált leírására irányuló országos kutatás[3] (Paksi, Magi, Kó & Demetrovics, 2015; Paksi, Magi & Demetrovics, 2016).

A magyarországi prevenciós programokra irányuló szisztematikus adatgyűjtések rövid történetének áttekintése alapján tehát láthatjuk, hogy **a különböző függőségek megelőzésére irányuló hazai programokról/szolgáltatásokról rendelkezésre álló információk már frissítésre, kiegészítésre szorulnak.**

---

[1] Bradshaw (1972) a szükségletek három típusát különítette el. Az érzett vagy kifejezett szükségletek azok, amelyeket a kliensek tapasztalnak, illetve kifejeznek. A normatív szükségletek alatt a kezelőszemélyzet vagy szakember által azonosított szükségleteket értjük, míg a komparatív szükséglet a másokkal, a referenciacsoportokkal való összehasonlításból ered. Többnyire ez utóbbi szükséglet áll az általános és célzott prevenció hátterében, s a prevenció célját jelentő magatartások elterjedtségére vonatkozó populációs vizsgálatok (ESPAD, HBSC, OLAAP vizsgálatok) ilyen értelemben a prevenciós szükségletekről tudósítanak.

[2] A kutatás a MADÁSZSZ a TÁMOP 2.5.1. „Függő(k) kapcsolatok” című projektje keretében készült.

[3] A kutatást az ELTE PPK készítette. Kutatásvezetők: Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt.

1.2.A kutatás célja

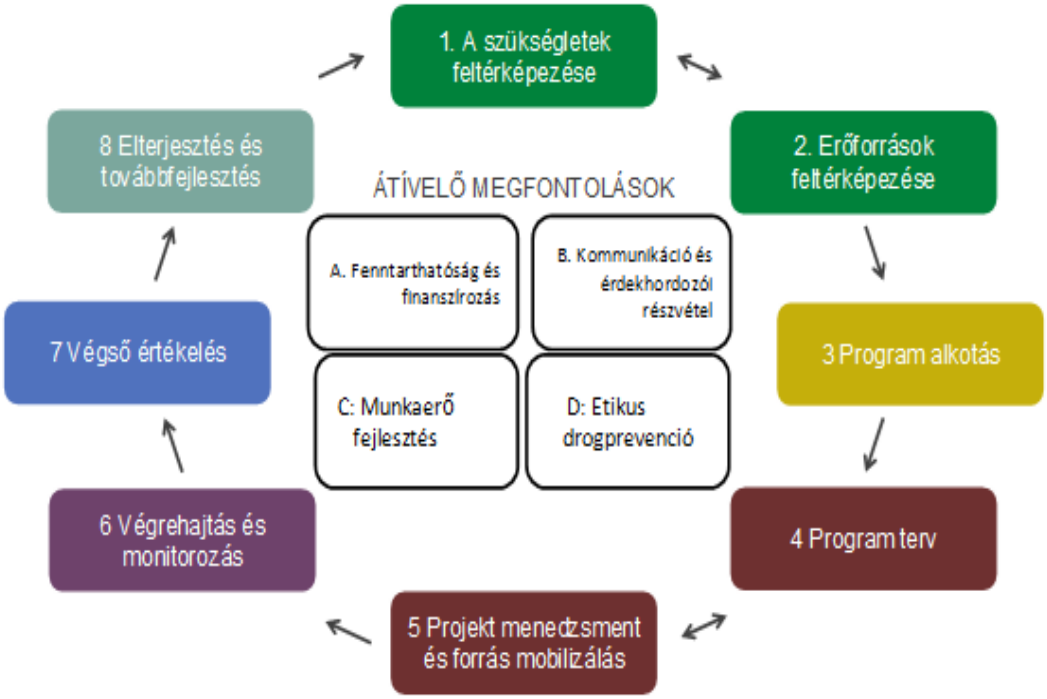
A különböző függőségek megelőzésére irányuló hazai beavatkozásokról az aktuális, szisztematikus programleírások, illetve az ezeken az adatgyűjtéseken alapuló, a területre vonatkozó áttekintések, elemzések a prevenciós szintér minden szereplőjének hiányoznak. Nélkülözhetetlenek a döntéshozók számára a különböző szintű drog-, illetve az egészségpolitikai beavatkozások tervezésének szakmai megalapozása során, fontosak az egyes programgazdák/szakmai szolgáltatók számára a programok fejlesztése, munkájuk tervezése, a területen elfoglalt helyük értelmezése során, s elengedhetetlenek a felhasználók számára a programok közötti eligazodásban, a felelős, szükségletekkel harmonizáló programok kiválasztásban. A programok megfelelő színvonalú strukturált leírása alapját képezi a beavatkozások – a Magyarországon ma is kevéssé elterjedt – értékelésének is. Ezen igényekre reflektálva a Magyar Addiktológiai Társaság – az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásával – 2020 tavaszán hiánypótló kutatást indított. **A kutatás célja a közvetlenül vagy közvetve a droghasználat és egyéb szerhasználati szokások, valamint viselkedési addikciók kockázatainak csökkentésére irányuló prevenciós programok feltárása, a nemzetközi standardoknak megfelelő strukturált leírása, s ezek alapján a prevenciós szervezetek, illetve az átaluk működtetett programok/szolgáltatások aktuális kataszterének elkészítése.**

A prevenciós programok megvalósítása leírható egy többfázisú, ciklusokba rendeződő, a prevenciós program kidolgozásának, végrehajtásának és értékelésének szakaszait felölelő folyamatként, melynek egyes elemeire, illetve a folyamat egészére a programok tervezése és megvalósítása során egyaránt tekintettel kell lennünk (lásd 1. ábra)**.** Valamennyi projektfázis számos komponensre bomlik, amelyek meghatározzák, hogy konkrétan milyen tevékenységek kivitelezésére van szükség. Jelen pályázat várható eredményei az alábbi ábrán bemutatatott projektciklus több eleméhez is hozzájárulnak, a rendelkezésre álló erőforrások feltérképezése mellett segítséget nyújtanak a programok tervezéséhez, vagy – mivel az értékelés alapja a programok strukturált leírása – a végső értékeléshez is.

A kutatási program eredményeként országos szinten leírhatóvá válik az általános, célzott és javallott prevenciós kínálat mind az iskolai, mind a közösségi, mind a családi prevenciós színtér vonatkozásában. Ezek az információk elengedhetetlenek az egészségpolitikai beavatkozások tervezéséhez, a hiányterületek azonosításához (i), a szolgáltatások fejlesztéséhez (ii). A strukturált programleírások emellett segítik a szervezetek konkrét programtervezési, illetve program leírási gyakorlatának a nemzetközi standardokhoz való igazítását, ezáltal a projekt hozzájárul a programok minőségének javulásához (iii).

A prevenciós programok/szolgáltatások igénybevevői számára a projekt eredményeként lehetővé válik a programok közötti eligazodás, a tényleges választás, ami a szükségletek és a prevenciós kínálat egymásra találási esélyének hatékonyságnövelő hatása mellett spontán evaluatív folyamatok révén is a minőség javulása irányába hathat (iv).

1.ábra: Prevenciós projekt ciklus



Brotherhood, Sumnall & the Prevention Standards Partnership (2011)

2. A PROGRAMKATASZTER KÉSZÍTÉSÉNEK MÓDSZERE

2.1. Fogalmi keretek

A prevenciós fogalomhasználat a korábban meghatározó jelentőségű, a medikális paradigma által definiált, Caplantól (1964) származó klasszikus felosztás (primer, szekunder és tercier prevenció) helyett egyre inkább egy célcsoport fókuszú kategorizáció irányába tolódik el (Mrazek & Haggerty 1994; Robinson et al. 2004). Az osztályozásban bekövetkező szemléletváltás mögött a megelőzés tárgyát jelentő viselkedéssel kapcsolatos paradigmaváltás húzódik meg: „… a korábbi csoportosítás alkalmas valamilyen patológiás viselkedés kialakulásának leírására, addig kevésbé megfelelő egy komplex emberi viselkedés leírására, különösen akkor, ha az nem is tekinthető diszfunkcionálisnak, vagy patológiásnak” (Brotherhood & Sumnall 2011:13). A mérvadónak tekinthető szakirodalommal összhanban jelen kutatás során is a célcsoport alapú osztályozást (Institute of Medicine (IOM) klasszifikáció) alkalmazzuk, amely a prevenció területén három nagy kategóriát különböztet meg: az általános prevenciót (Universal prevention), a célzott prevenciót (Selective prevention), valamint a javallott prevenciót (Indicated prevention).

Általános prevenció kategóriába tartozó prevenciós stratégiák a populáció egészét szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a probléma-viselkedés megjelenését kívánják megakadályozni, illetve késleltetni. Ezen programok célcsoportja lehet a nemzet egésze, a helyi közösség, az intézmények. A prevenciós beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják ellátni a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a problémák jelentkezésének kivédését. Az univerzális prevenció értelmében a populáció egésze veszélyeztetettnek tekinthető egyfelől, másfelől pedig a megfogalmazott üzeneteknek olyanoknak kell lenniük, amelyekből a populáció egésze profitálni képes (beleértve azokat is, akik már találkoztak pl. a drogokkal).

Célzott (szelektív) prevenciós beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők, pl. társadalmi hovatartozásuk, iskolai karrierjük sajátos alakulása miatt. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, vagy egyéb szempontok szem előtt tartása mellett, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma-viselkedés kialakulása között. Az ebbe a csoportba tartozó programoknak tartalmukban és felépítésükben olyannak kell lenniük, hogy a veszélyeztetett csoport valamennyi tagja, esetleges konkrét személyes veszélyeztetettség híján is, profitálni legyen képes ezekből. A célzott prevenciós beavatkozások az egyéni veszélyeztetettség mértékének becslésére nem tesznek kísérletet.

Javallott (indikált) prevenció olyan prevenciós beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (DSM V, American Psychiatric Association, 2013) függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek viselkedését szeretnék a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. Ezek a programok tehát elsősorban az egyén szintjén, egyénre szabott módon kezdeményezik a beavatkozásokat. Céljuk nem csak a szerhasználat kialakulásának megakadályozása, hanem minden olyan viselkedészavar befolyásolása is, amely vélhetőleg kapcsolódik, vagy elvezet a szerhasználó életút kialakulásához. Az ilyen programok különösen alkalmasak az olyan fiatalokkal való foglalkozás során, akik már összeütközésbe kerültek a büntető igazságszolgáltatás intézményrendszerével, ide sorolhatók az elterelés intézményrendszerén belül nyújtható szolgáltatások, beavatkozások is.

A prevenciós beavatkozásoknak célcsoport fókuszú kategorizációja alapján megkülönböztetett három nagy prevenciós kategórián belül a beavatkozás színtere alapján további alcsoportokat képezhetünk (Robertson & David–Rao 2003; Gee, Espiritu & Huang 2006) (1. táblázat).

1. táblázat: A prevenciós beavatkozások csoportosítása a prevenciós színtér és célpopuláció jellege szerint

	Általános prevenció	**Célzott prevenció**	**Javallott prevenció**
Iskola[4]	Pl. 8. osztályosokra irányuló programok	Pl. tanulási, vagy szociális problémákkal küzdő fiatalokra irányuló programok	Pl. figyelemhiányos/ hiperaktív (ADHD) zavarban szenvedő tanulók
Közösség	Pl. alternatív szabadidőeltöltési programok fiataloknak	Pl. fiatal bűnelkövetőkre, partizókra, problémás környéken élőkre irányuló programok	Pl. ADHD-val kezelt fiatalokra irányuló utánkövetéses beavatkozások
Család	Pl. családokra irányuló programok általában	Pl. veszélyeztetett családokra irányuló programok	Pl. veszélyeztetett gyermekek családjainak nyújtott segítség

Forrás: Nádas, 2007

A EMCDDA is a fent bemutatott megközelítések figyelembevételével csoportosítja a tagállamokban folyó prevenciós tevékenységeket mind az adatgyűjtés, mind az információk közlése során. Kutatásunk, és az eredmények bemutatása során mi is ennek követésére törekszünk, így a kutatás eredményei a nemzetközi adatok kontextusában is értelmezhetővé vállnak.

[4] A korábbi, az iskolai prevenciós színtéren kínált prevenciós programok kataszterének felállítására irányuló kutatásunkkal (Paksi & Demetrovics 2005; Paksi, Demetrovics, Nyírády, Nádas, Buda, Felvinczi, 2006) összhangban Iskolai program alatt ezúttal is azokat a programokat értettük, amelyek iskolai környezetben, vagy az iskola által szervezett keretek között futnak. Így például iskolai programoknak tekintettük a tanórai keretek között zajló programok mellett az iskola által szervezett, külső színtéren történő drogprevenciós rendezvényeket és egyéb, az iskolához kötődő programokat is. Szintén az iskolai prevenciós tevékenységhez soroltuk azokat a programokat, amelyek nem közvetlenül a diákokra, illetve a diákokra nem mint végső célpopulációra irányulnak, hanem a diákokkal foglalkozó pedagógusokra, vagy egyéb, éppen a képzés révén iskolai keretek között dolgozó szakemberekre (felnőttekre, vagy kortársakra), s ily módon közvetve szolgálják az iskolai megelőzést (ilyen programok például a pedagógusképző-, illetve a kortársoktatók-, kortárssegítők képzésével foglalkozó programok).

2.2. A célcsoportba tartozó szervezetek azonosításának menete

2.2.1. Kiinduló adatbázis összeállítása

A projekt célcsoportjába tartozó szervezetek azonosítása érdekében a kutatás első lépcsőjében feltáró munkát végeztünk az aktuálisan (2017 és 2020 közötti időszakban) szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló tevékenységet végző szervezetek azonosítása céljából. A kiinduló adatbázis összeállítása során az alábbi információ-forrásokat tekintettük át:

(1) A 2015-ben, a Szerencsejáték Zrt. társadalmi felelősségvállalási programja keretében a szerencsejáték, valamint egyéb függőségek megelőzésére irányuló prevenciós programok feltárására irányuló országos kutatás (Paksi, Magi, Kó & Demetrovics, 2016; Paksi, Magi & Demetrovics, 2016) során elért, és a kutatás célcsoportjába tartozóként azonosított prevenciós szolgáltatók.

A kutatás során során elért, s a célpopulációba tartozóként azonosított, 2013 és 2015 között valamilyen prevenciós tevékenységet végző 245 szervezet (Paksi, Magi, Kó & Demetrovics, 2016; Paksi, Magi & Demetrovics, 2016).

(2) A Szerencsejáték Zrt. társadalmi felelősségvállalási programja keretében 2015-ben végzett kutatás kiinduló adatbázisában szereplő, de a kutatás során el nem ért potenciális prevenciós szolgáltatók.

Hét különböző adatforrás[5] és a szervezetek szakmai hálózata alapján 2015-ben a kutatás potanciális célcsoporjába tartozóként azonosított 1766 szervezetet tartalmazó adatbázisból az adatfelvételi periódusban 993 szervezettel részben adathiány, részben a kutatás idői korlátai miatt nem sikerült kapcsolatba lépni. A 2015-ös kutatás során idői korlátok miatt el nem ért szervezetek ismét bekerültek az adatbázisunkba, továbbá jelen kutatás során adatbányászati tevékenységgel törekedtünk az adathiány pótlására is.

(3) KAB-ME Pályázatok

A vizsgált periódusban Emberi Erőforrások Minisztériuma megbízásából a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság három alkalommal, 2017-ben, 2018-ban és 2019-ben írt ki pályázatot univerzális, célzott és javallott kábítószer-prevenciós programok

[5] A 2015-ös kutatás kiinduló adatbázisa a következő adatforrások komparativ elemzésével került összeállításra: (1) Szakmai Információs protál (SZIP); (2) Szakmai Információs Adattár 2015; (3) Országos Drogprevenciós Adattár (ODA); (4) MADÁSZSZ 3 régióra kiterjedő 2009-es kutatásának adatbázisa; (5) A nem iskolai színtéren megjelenő prevenciós programok feltérképezésére irányuló 2008-as kutatás során azonosított szervezetek listája; (6) 2011-2015 közötti KAB-ME pályázatok; (7) Nonprofit Információs és Oktató Központ (NIOK) adatbázisa (részletesen lásd: Paksi, Magi & Demetrovics (2016).

(KAB-ME) támogatására, melyre 2017-ben 81, 2018-ban 96, 2019-ben pedig 35 szervezet pályázott, melyek bekerültek a kiinduló adatbázisunkba.

(4) Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) keretében a vizsgált periódusban a témában kiírt pályázatok.

„Célzott prevenciós programok a szenvedélybetegségek megelőzése érdekében" (EFOP-1.8.7.16) című pályázat: A konstrukció célja a szerhasználat megelőzése és visszaszorítása érdekében szemléletformáló programok, valamint célzott beavatkozások támogatására kerül sor, különös tekintettel a közösségek és családok bevonására. https://www.palyazat.gov.hu/-efop-189-17-legyen-ms-a-szenvedlyed-2#

„LEGYEN MÁS A SZENVEDÉLYED! 2." (EFOP-1.8.9-17) pályázat: A konstrukció fő célja a gyermekvédelmi szakellátási intézményekben a droghasználat kialakulásának megelőzését, visszaszorítását célzó tevékenységek támogatása. https://www.palyazat.gov.hu/efop-187-16-clzott-prevencis-programok-a-szenvedlybetegsg-megelzse-rdekben-1#

Az EFOP-1.8.7.16 és az EFOP-1.8.9-17 kódszámú felhívásra pályázatot benyújtó 60 szervezetet (függetlenül attól, hogy programjuk kapott támogatást vagy sem) került be a kiinduló adatbázisba.

(5) Ellátáskereső portál: https://ellataskereso.hu/

Az Ellátáskereső portál egy, a Nemzeti Drog Fókuszpont által létrehozott és üzemeltetett kereshető adatbázis, amely olyan állami, civil, egyházi és magán intézményeket, szolgáltatókat tartalmaz, akik drogprevenciót, illetve egészségügyi vagy szociális szolgáltatásokat nyújtanak droghasználók és hozzátartozóik számára[6]. A portálon lévő adatbázisban a kutatás indulásakor 63 prevenciós tevékenységet (is) végző szolgáltató szerepelt, melyek mindegyikét felvettük a kiinduló adatbázisunkba.

(6) Egészségfejlesztési irodák (EFI)

A népegészségügy egyik meghatározó fejlesztési iránya keretében a „TÁMOP-6.1.2/11/3" és „TÁMOP-6.1.2/11/LHH/B" azonosító számú pályázatok nyomán került kialakításra Egészségfejlesztési Irodák hálózata. Az Egészségfejlesztési Irodák fő célja egyrészt a komoly népegészségügyi terhet jelentő betegségek prevenciójának támogatása, továbbá a lakosság egészségtudatosságának, egészségmagatartásának pozitív irányba történő befolyásolása, Az Egészségfejlesztési Irodák feladata a helyi igényekre és szükségletekre reagáló, a helyi közösségek számára könnyen elérhető egészségfejlesztési és prevenciós szolgáltatások biztosítása. A kutatás indulásakor

[6] A portálon megjelenített programok kategorizálása és leírása a szervezetek részvételével történt, az adatbázisban kereshető programok/beavatkozások tartalmáért a Nemzeti Drog Fókuszpont felelősséget nem vállal.

111 Egészségfejlesztési Iroda működött az ország különböző pontjain, melyek szintén bekerültek a kutatás célpopulációjának azonosításához létrehozott kiinduló adatbázisba.

(7) Népegészségügyi Osztályok

A népegészségügyi osztályok feladatai közé tartozik – egyebek mellett – az egészségvédelemmel, egészségneveléssel kapcsolatos helyi feladatok koordinálása, a Nemzeti Népegészségügyi Program megvalósulásának biztosítása; részvétel a lakosságot érintő és a megelőzést szolgáló programok kidolgozásában és végrehajtásában; egészségvédelmi programok kezdeményezése; az egészséges életvitel oktatási intézményben történő népszerűsítése. A kiinduló adatbázisba 71 járási, illetve fővárosi kerületi illetékességi területtel rendelkező népegészségügyyi osztály került be.

A fenti adatbázisok komparatív elemzését, a duplikációinak kiszűrését követően egy 1221 elemű, potenciálisan a kutatás célpopulációjába tartozó szervezetre kiterjedő adatbázisunk jött létre.

2.2.2. Kapcsolatfelvétel, a célcsoport beazonosítása

A kutatás következő lépéseként telefonos adatgyűjtéssel történt a szervezetekkel a kapcsolatfelvétel, mely során egy rövid, összesen 7 kérdést tartalmazó szűrőkérdőívet[7] vettünk fel, melynek célja a ténylegesen a célcsoportba tartozó szervezetek azonosítása volt. A szűrőkérdőív segítségével kiszelektálásra kerültek azok a szervezetek, akik

- 2017 és 2020 között nem végeztek semmilyen közvetlen vagy közvetett prevenciós tevékenységet
- a prevenciós tevékenységüket csak eseti jelleggel végzik[8]
- valamilyen országos hálózat keretében végez csak prevenciós tevékenységet, s annak nem a szervezet a gazdája[9]

[7] A szűrőkérdőív megtalálható az 6.1.1. mellékletben.

[8] A tevékenységüket csak eseti jelleggel végző szervezetek kiszelektálására azért volt szükség, mert az adatgyűjtés során csak azokat a prevenciós tevékenységeket tudjuk leírni a megadott struktúrában, melyeket egy célcsoportban minden kivitelezési helyen, minden intervenció során a célok és az alkalmazott módszerek tekintetében megegyezően zajlanak.

Ez a szempont tehát nem a működés folyamatosságára vonatkozik, azok a programok/szolgáltatások, amelyeknek működése pl. finanszírozás vagy megrendelés függő, de amikor van forrásuk/megrendelésük, akkor minden esetben azonos célok mentén, azonos módszerekkel végzik a prevenciós tevékenységüket, azok nem eseti programok/szolgáltatások, tehát azokra kiterjedt az adatgyűjtésünk.

[9] Abban az esetben, ha egy prevenciós program vagy szolgáltatás valamilyen hálózat részeként működik, annak leírását a hálózat működtetője (programgazdája) írja le.

– programja/szolgáltatása jelenleg nem működik, s tevékenységük nem csak átmenetileg (pl. forráshiány miatt) szünetel [10]

2.2.3. Adatfelvétel

A célcsoport beazonosítását követően, amennyiben a szervezet beleegyezését adta a kutatásban való részvételhez, emailen egy – a 2.3. fejezetben részletes bemutatásra kerülő – online adatlap elérhetőségét küldtük ki a szervezeteknek egyedi azonosítóval és jelszóval. Az adatlapok kitöltéséhez folyamatos, mind szakmai, mind technikai támogatást biztosítottunk az adatfelvétel időtartama alatt. A szakmai támogatást előre felkészített pszichológusok, szociális munkások, valamint pszichológus hallgatók, az informatikai támogatást az adatlap programozói biztosították.

2.3.Az adatgyűjtés eszközének a leírása

A prevenciós programok leírására szolgáló adatgyűjtési battéria típusának és tartalmának meghatározása a nemzetközi programleírási standardok/ajánlások (Eszköztár Prevenciós Programok Tervezéséhez és Értékeléséhez (PERK), a Kábítószer-kereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszere (EDDRA), továbbá a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, 1998; Baker et al., 1998; Kröger et al., 1998; Morgen, 2000; Neaman et al., 2000; Rácz, 2001; Nádas, 2004), illetve a korábbi hazai kataszterépítési vizsgálataink során szerzett tapasztalataink (Paksi, Demetrovics, Czakó, 2002a, b; Paksi & Demetrovics, 2002, 2003, 2005; Paksi et al., 2006; Paksi, 2008; Paksi & Arnold 2010; Paksi & Demetrovics, 2011; Paksi, Magi, Kó & Demetrovics, 2016; Paksi, Magi & Demetrovics, 2016) alapján történt. Az adatgyűjtési eszköz a következő témákra vonatkozó kérdésblokkokat tartalmazta:

1. A programot/szolgáltatást működtető szervezet jellemzőire vonatkozó információk,
2. A program/szolgáltatás keretében végzett tevékenység átfogó leírása
3. Célcsoport leírása,
4. A program/szolgáltatás céljai,
5. A program/szolgáltatás koncepciója (teóriája),
6. Alkalmazott módszerek,
7. Program/szolgáltatás értékelése,
8. A program/szolgáltatás humánerőforrás hátterére,

[10] Tekintettel arra, hogy az adatgyűjtés az aktuális prevenciós kínálat feltérképezésére irányult, így azok a programok/szolgáltatások leírása nem képezte részét az adatgyűjtésnek, melyek 2017 és 2020 között működtek, de már nem részei a prevenciós programkínálatnak. Azokra programora/szolgáltatásokra, illetve az ezeket működtető szervezetekre viszont kiterjedt az adatgyűjtés, melyeket csak átmenetileg szüneteltetnek.

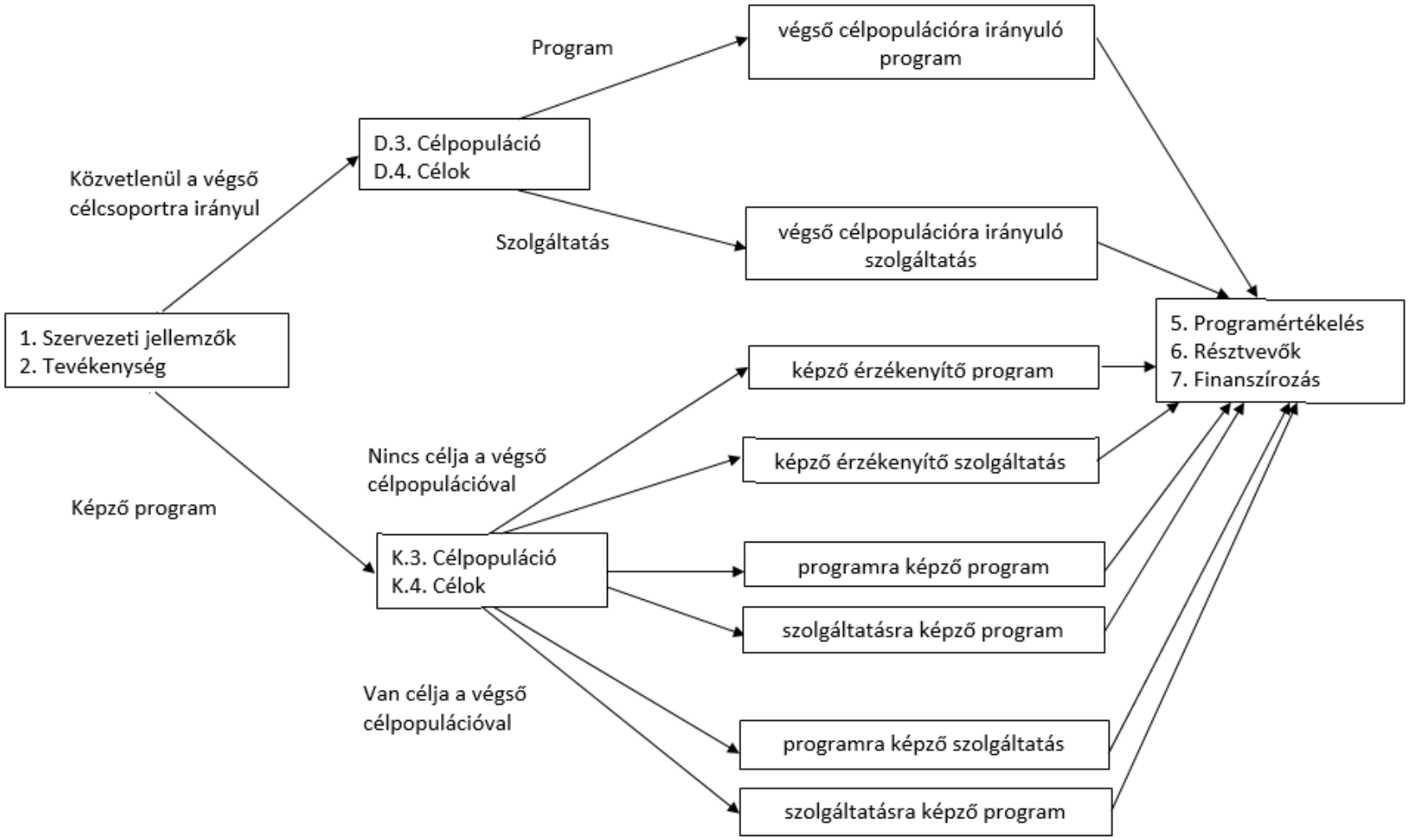
9. A program/szolgáltatás finanszírozására vonatkozó információk.

Tekintettel arra, hogy az adatfelvétel során a szenvedélymagatartással kapcsolatos prevenciós beavatkozások minden típusára, a végső célpopulációjára irányuló, valamint a különböző szakembereket prevenciós beavatkozásokban való különböző szintű részvételre felkészítő programok/szolgáltatások leírására egyaránt kiterjedt, ezt az összetettséget az adatgyűjtés eszközének is le kellett képeznie. Az adatgyűjtés négy alapvető adatlaptípus kombinációjaként, a különböző típusú prevenciós tevékenységek kapcsolódásait és különbségeit leképező, több elágazást tartalmazó rendszerbe szervezett adatfelvételi battéria segítségével történt. Az adatgyűjtési battéria egyes kérdésblokkok, illetve programtípusok szerinti struktúráját a 2. ábrán láthatjuk[11].

Az adatgyűjtéshez az iskolai (Paksi et al., 2006), az iskolán kívüli prevenciós programok országos kataszterének felállítása (Paksi, 2008), illetve a 2009-ben három régióban a prevenciós szolgáltatások bármely típusának leírása során alkalmazott (Paksi & Arnold 2010) számítógépes adatgyűjtő programot fejlesztettük tovább. A prevenciós programok leírására szolgáló „ProgramInformációs ADatlap" (PIAD) egy erre a célra kidolgozott számítógépes program, amely a http://ppk-kutatas.elte.hu/index.php?lang=hu címen, a kutatásban résztvevő szervezeteknek előre megküldött felhasználónév és jelszó megadását követően érhető el.

[11] A programinformációs adatlap offline verziója az 5.2.2 mellékletben megtalálható.

2.ábra: Az adatgyűjtési battéria (ProgramInformációs Adatlap – PIAD) struktúrája



3. EREDMÉNYEK

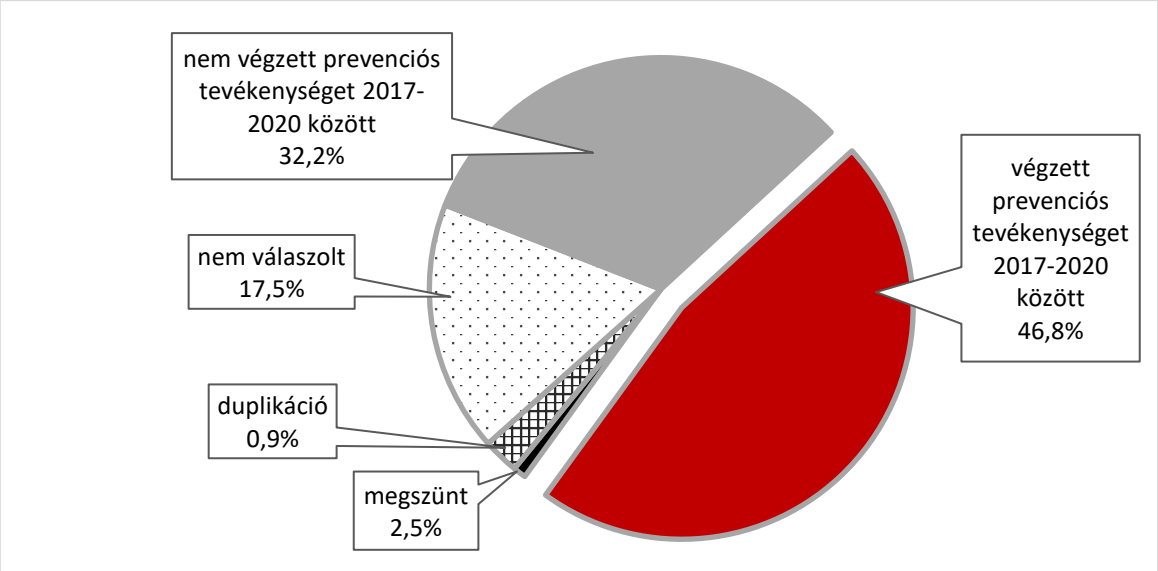
3.1. A célcsoport azonosításának eredményei – a prevenciós színtéren jelenlévő szolgáltatók köre

3.1.1. A 2017 és 2020 között prevenciós tevékenységet végző szervezetek főbb jellemzői

A 2.2.1. fejezetben részletezett adatforrások komparatív elemzésével létrejött, összesen 1221 – potenciálisan a kutatás célcsoportját jelentő – szervezetet tartalmazó adatbázisból az adatfelvételi periódusban 918 szervezettel sikerült kapcsolatba lépnünk. A 918 szervezetből 8 szervezet (0,9%) duplikációnak bizonyult, 23 szervezet megszűnt (2,5%), 161 szervezet (17,5%) esetében pedig nem sikerült felvenni szűrőkérdőívet (8,4% esetében a kutatásban való részvétel elutasítása miatt, 9,1%-ban pedig egyeztetési problémák, a kontaktszemély megváltozása, stb miatt). A szűrőkérdőívet az elért szervezetek 79,1 %-ával, 726 esetben sikerült felvenni.

A szűrőkérdőívre válaszoló 726 szevezet közel háromötöde (59,2%), 430 szervezet nyilatkozott úgy, hogy 2017 és 2020 között végzett valamilyen, a szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló prevenciós tevékenységet[12], ami az összes elért szevezet 46,8%-a (3. ábra).

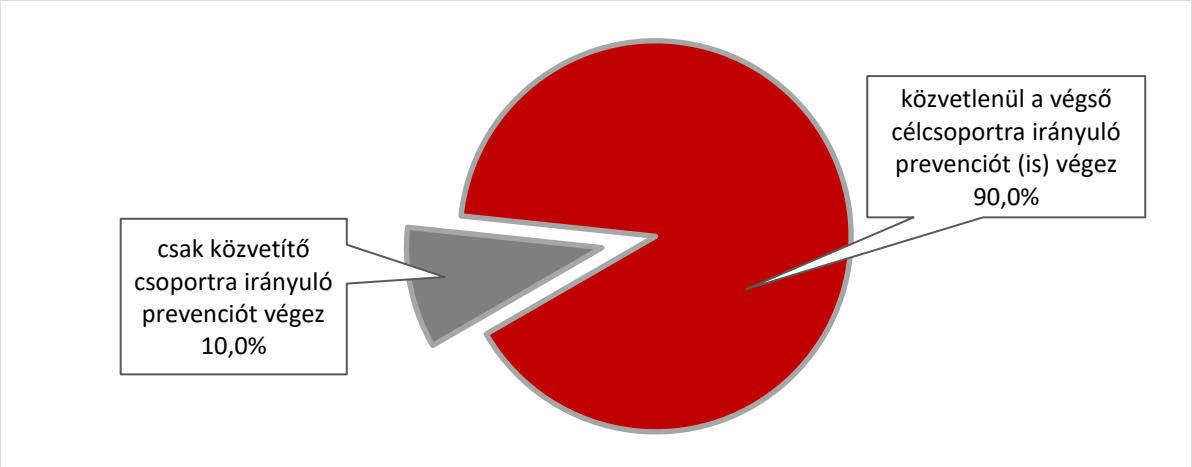
3.ábra: A kutatás során elért szervezetek körében 2017 és 2020 között valamilyen szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló prevenciós tevékenységet végző szervezetek, valamint a kiesési okok aránya (%; N=918)



[12] Ezek a szervezetek a vizsgált időszakban közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként végeztek valamilyen prevenciós munkát.

A kutatás során elért, 2017 és 2020 között valamilyen prevenciós tevékenységet végző szervezetek közül tízből kilenc, összesen 388 szervezet közvetlenül a végső célcsoport számára (is) kínált valamilyen intervenciót, 42 szervezet pedig csak olyan intervenciót kínált, amely valamilyen közvetítő csoporton keresztül (kortársak, pedagógusok, egyéb szakemberek, esetleg szülők bevonásával) kívánja elérni az adott beavatkozás végső célcsoportját [13] (4. ábra).

4.ábra: Közvetlenül a végső célcsoportra irányuló prevenciós tevékenységet (is) végző, illetve azt csak valamilyen közvetítő csoporton keresztül elérő szervezetek aránya a kutatás során elért, 2017 és 2020 között szenvedélymagatartások megelőzésével valamilyen módon[14] foglalkozó szolgáltatók körében (%; N=430)

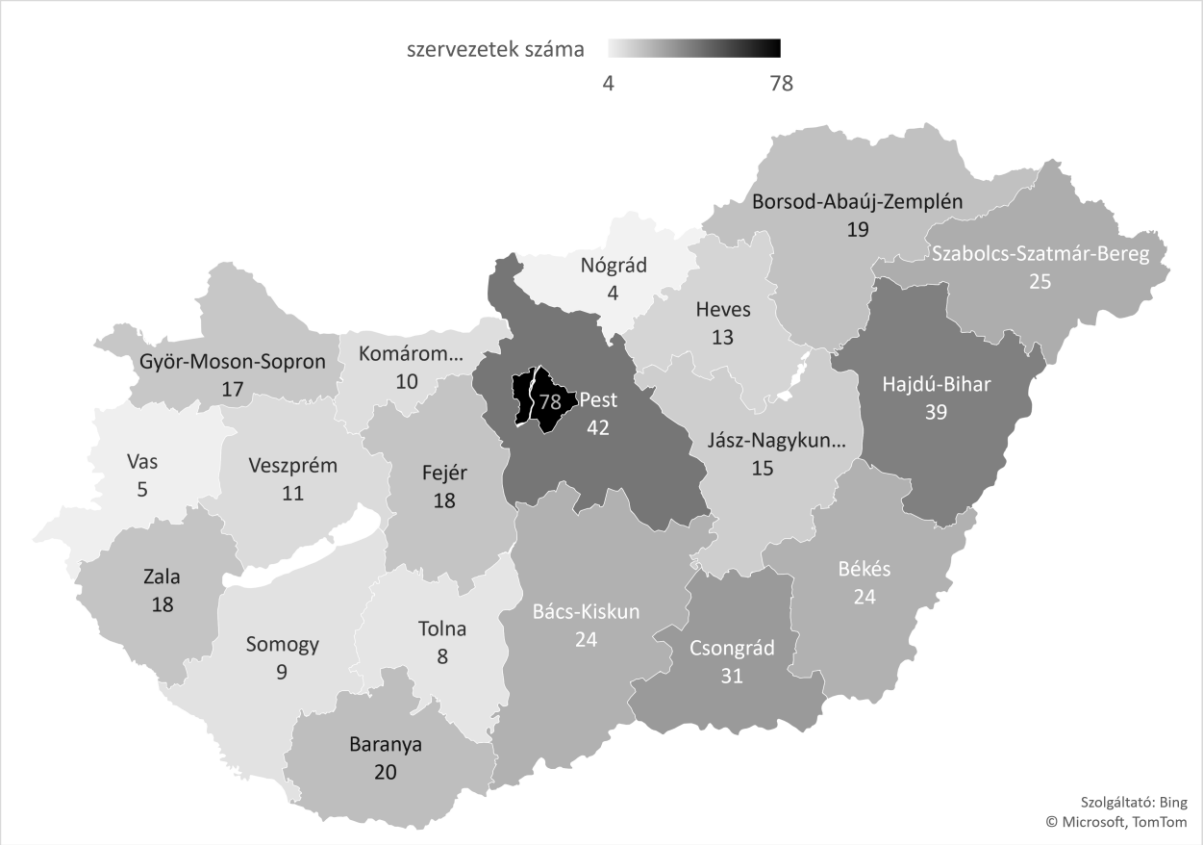


A legtöbb elért prevenciós szolgáltató Budapesten (78 szervezet), valamint Pest és Hajdú-Bihar megyében (42 ill. 39 szervezet) dolgozott 2017 és 2020 között, de kiemelkedik még Csongrád megye is, ahol több mint 30 szolgáltatót azonosítottunk. Szintén átlag (19) feletti a prevenciós szervezetek száma Szabolcs-Szatmár-Bereg, Bács-Kiskun, Békés és Baranya megyékben is. Ezeken a területeken helyezkedik el összességében az elért magyarországi prevenciós szolgáltatók kétharmada (66%). Ugyanakkor Somogy, Tolna, Vas és Nógrád megyékben tűnik legrosszabbnak az ellátottság: ezeken a területeken a kutatás során megyénként kevesebb mint 10 olyan szervezetet értünk el, amely végzett valamilyen, szenvedélymagatartások megelőzésére (is) irányuló prevenciós tevékenységet a vizsgált periódusban (lást az 5. ábrát, valamint melléklet 1. táblázatot).

[13] Ezek lehetnek érzékenyítő, illetve valamilyen prevenciós beavatkozásra felkészítő képző, vagy akár a szerhasználó környezetének támogatást nyújtó programok.

[14] Az ábra mindazokat a szervezeteket tartalmazza, akik a vizsgált időszakban közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként végeztek valamilyen prevenciós munkát.

5.ábra: A 2017 és 2020 között szenvedélymagatartások megelőzésével valamilyen módon[15] foglalkozó, a kutatás során elért szolgáltatók száma megyénként és Bp-en (db; N=430)

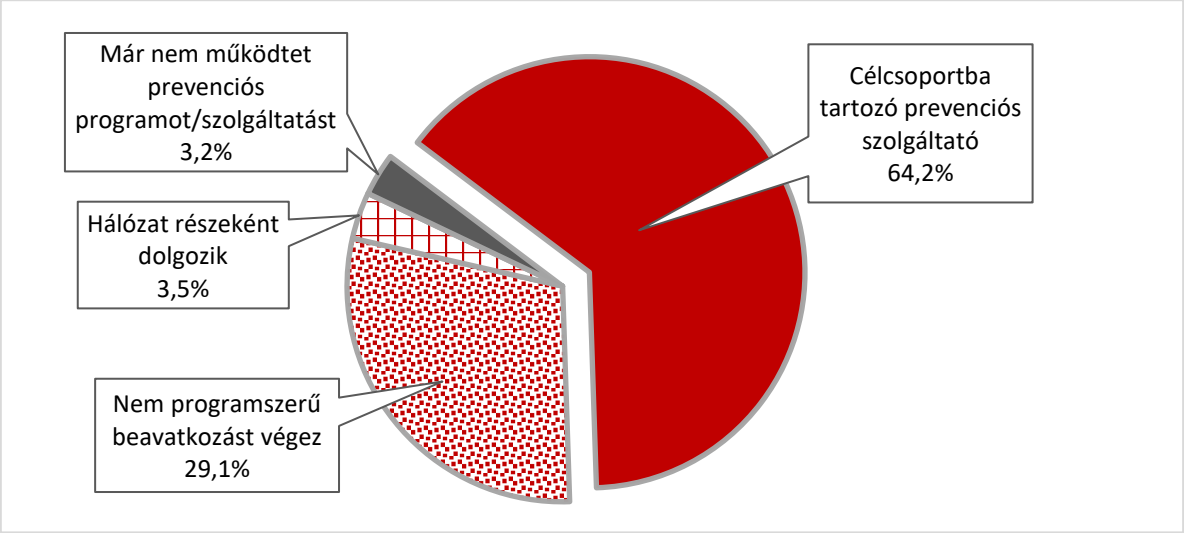


A 2017 és 2020 között valamilyen prevenciós tevékenységet végző szolgáltatók 29,1%-a (125 szervezet) csak eseti jelleggel kínált valamilyen beavatkozást, 64 szervezet pedig jelenleg nem végez prevenciós tevékenységet, de többségük ezt a helyezetet csak átmenetinek gondolja. Összesen 14 olyan szervezet (a 2017 és 2020 között prevenciós tevékenységet végzők 3,2%-a) került a látókörünkbe, akik nem kívánják a továbbiakban folytatni a prevenciós munkát. További 15 szolgáltató pedig csak valamilyen hálózat részeként végez prevenciót, azaz nincs önálló programja vagy szolgáltatása.[16.] A kutatás során elért, valamilyen prevenciós tevékenységet végző szervezetek közel kétharmada (64,2%), 276 szervezet azonban aktuálisan is végez saját programszerű prevenciós beavatkozást, vagy csak átmenetileg szünetelteti azt (6. ábra).

[15] Az ábra mindazokat a szervezeteket tartalmazza, akik a vizsgált időszakban közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként végeztek valamilyen prevenciós munkát.

[16] Kutatásunk során létrehozott adatbázis – szintén a korábbi kutatásokkal megegyező módon (Paksi & Demetrovics 2005; Paksi, Magi, Kó & Demetrovics, 2016) – nem, illetve csak a hálózatot összefogó szervezeten keresztül tartalmazza azokat a szolgáltatókat melyek kizárólag valamilyen – országos vagy kisebb térségre kiterjedő - hálózat keretében, annak tagjaként/területi képviselőiként végeznek prevenciós tevékenységet.

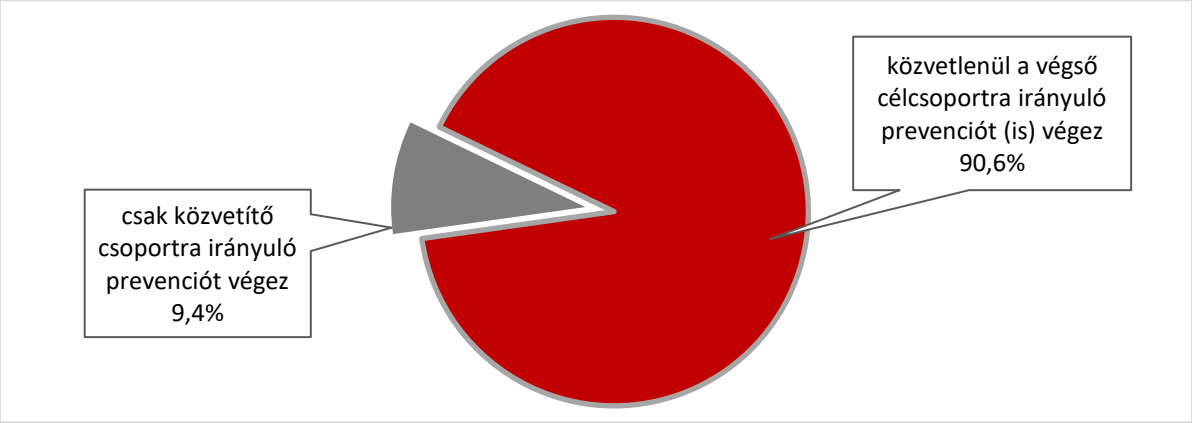
6.ábra: A 2017 és 2020 között szenvedélymagatartások megelőzésével foglalkozó, a kutatás során elért szolgáltatók közül a prevenciós kataszter célcsoportjába tartozó (azaz aktuálisan saját programszerű prevenciós beavatkozást kínáló szolgáltatók), és kieső szolgáltatók (kiesési okonkénti) arányának alakulása (%; N=430)



3.1.2. Aktuálisan saját programszerű prevenciós beavatkozásokat kínáló szolgáltatók jellemzői

A kutatás során elért, a prevenciós színtéren aktuálisan a szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló saját, programszerű prevenciós beavatkozást végző 276 szervezet döntő többségének – a színtéren általában valamilyen (programszerű vagy nem programszerű, saját vagy hálózat részeként végzett) bevatkozással jelenlévő szervezetekkel szinte teljesen megegyező módon (3. ábra) – a tevékenység palettáján jelen van a végső célpopulációra irányuló prevenciós tevékenység (is). 250 szervezet (90,6%) kínál akutálisan is valamilyens saját, közvetelenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozást, és mindössze 26 olyan, ebbe a körbe tartozó szervezet került a látókörünkbe, amely csak valamilyen közvetítő csoporton keresztül (kortársak, pedagógusok, egyéb szakemberek, esetleg szülők bevonásával) kívánja elérni az adott beavatkozás végső célcsoportját (7. ábra)

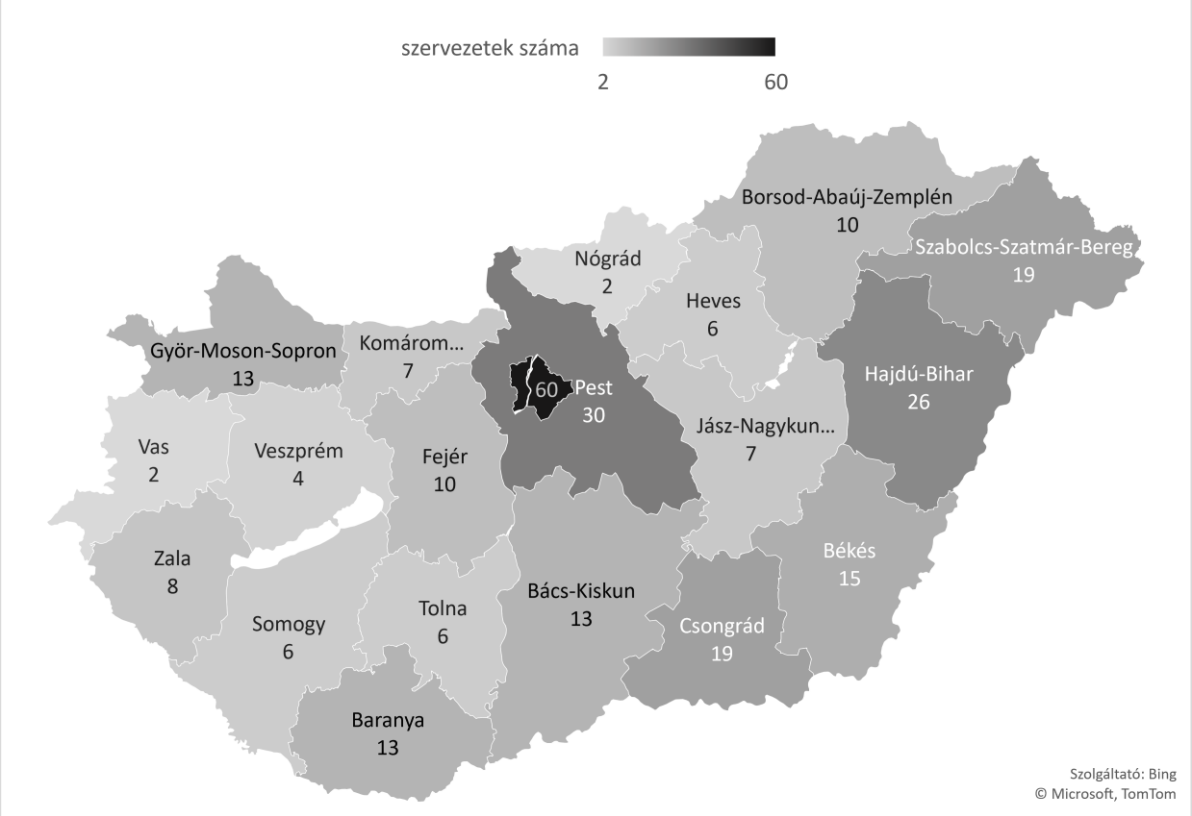
7.ábra: A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló prevenciós tevékenységet (is) végző, illetve azt csak valamilyen közvetítő csoporton keresztül elérő szervezetek aránya a szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló saját, programszerű prevenciós beavatkozást az aktuálisan működtető[17] szolgáltatók körében (%; N=276)



A szenvedélymagatartások megelőzése terén saját programszerű beavatkozást végző szervezetek területi elhelyezkedése alapján egyrészt ki kell emelnünk, hogy aktuálisan a prevencíós kínálatban jelenlévő szervezetek körében – általában a valamilyen prevenciós beavatkozást végzőkhöz képest is – méginkább tapasztalható egy fővárosi, illetve középmagyarországi fókusz. A szervezetek több mint egyötöde fővárosi székhellyel működik, s összesen egyharmaduk (90 szervezet; 32,6%) a Közép-Magyarországi régióban (Budapesten és Pest megyében) található. Egy megyében átlagosan 11 (4,0%) programszerű prevenciós beavatkozást végző szervezet tevékenykedik aktuálisan. A megyék között Pest-megyén kívűl – ahol jelenleg 30 szervezet végez aktuálisan saját programszerű prevenciós tevékenységet – kiemelkedő szerepet kap Hajdú-Bihar megye, ahol 26 szervezet dolgozik, továbbá Csongrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Békés, Bács-Kiskun, Baranya, valamint Györ-Moson-Sopron megyék, melyekben a megyei átlagot meghaladóan, megyénként 13-19 szervezet folytat aktuálisan a szenvedélymagatartások megelőzésével kapcsolatos programszerű tevékenységet. Ezeken a területeken helyezkedik el összességében a Magyarországon programszerű prevenciós beavatkozásokat működtető szerezetek háromnegyede. Ugyanakkor Vas, Nógrád és Veszprém megyékben megyénként kevesebb, mint 5 ilyen szervezet található. (lást az 8. ábrát, valamint melléklet 2. táblázatot).

[17] Vagy tevékenységét csak átmenetileg szüneteltelő.

8.ábra: Az aktuálisan (2020-ban) működő,[18] a szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló saját, programszerű prevenciós beavatkozást kínáló szolgáltatók területei elhelyezkedése: s szolgáltatók száma megyénként és Bp-en (db; N=276)



3.1.2.1. Az aktuálisan saját, programszerű prevenciós beavatkozást kínáló szervezetek egyéb jellemzői

A szenvedélybetegségek megelőzése területén aktuálisan működő, saját, programszerű prevenciós beavatkozást kínáló 276 szervezet valamivel több mint egyharmada (35,1%), 97 szervezet vett részt a prevenciós szervezetekről és programjaikról részletesebb információkkal szolgáló kutatási fázisban, a Programinformációs Adatlap (PIAD) kitöltésében. A továbbiakban a 97 szervezetnek néhány egyéb jellemzőjét[19] – fő tevékenységét, jogi státusát, és az aktuálisan működtetett programok száma szerinti eloszlását – mutatjuk be.

---

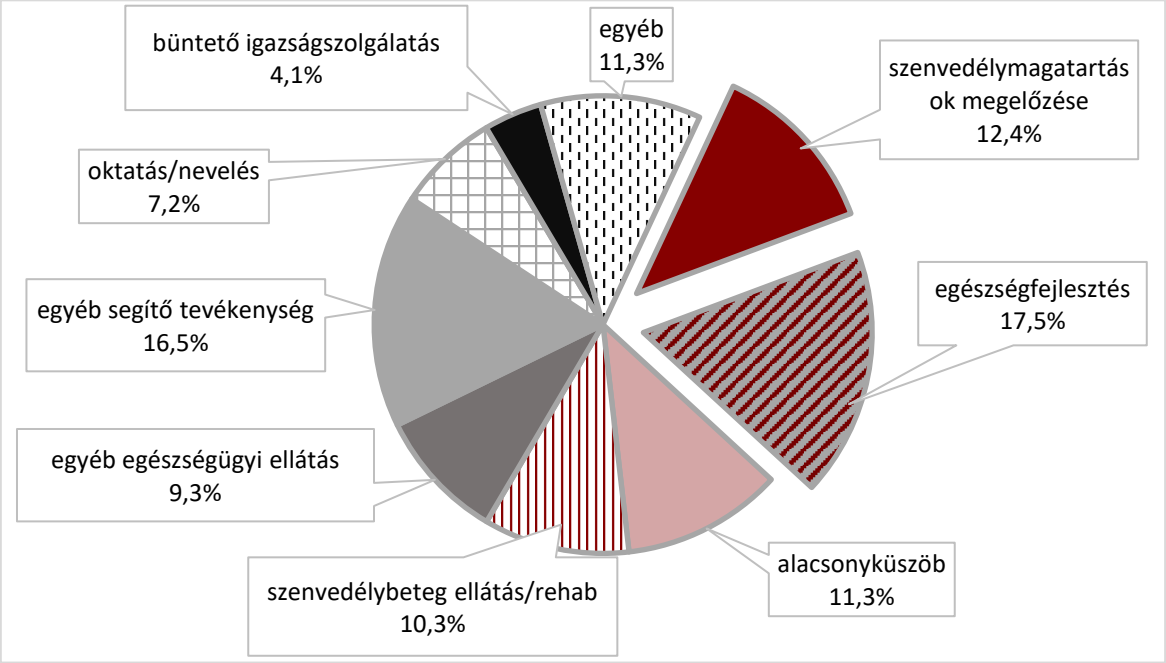
[18] Vagy csak átmenetileg szüneteltelő.

[19] A Programinformációs Adatlapot kitöltő szervezetek területi elhelyezkedése megtalálható a 6.2. melléklet 3. táblázatában, illetve 1. ábráján. A melléklet 1. és a főszöveg 8. ábrájának összehasonlításával láthatjuk, hogy a PIAD-ot kitöltő szervezetek területi eloszlása bizonyos szempontból tükrözi a saját programszerű beavatkozásokat aktuálisan is végző szervezetek területi mintázódását (pl. főváros centrikusság, vagy Hajdú-Bihar és Pest megye kiemelkedő, illetve Vas, Nógrád megye átlagosnál jóval kisebb értékei). Ugyanakkor eltérések is megfigyelhetők. Ez arra utalhat, hogy a részletesebb inforációval szolgáló PIAD-ot kitöltő szervezetek jellemzői más szempontok mentén is eltérhetnek a saját, programszerű prevenciós beavatkozást aktuálisan kínáló szervezetek jellemzőitől, de ezekre vonatkozóan nem rendelkezünk információkkal.

Az egyszerűség és a szövegek jobb követhetősége érdekében a Programinformációs Adatlapot (PIAD) kitöltő szervezeteket az eredmények további bemutatása során prevenciós tevékenységet végző szervezeteknek, vagy prevenciós szolgáltatóknak, az általuk végzett, szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló programokat/szolgáltatásokat pedig prevenciós beavatkozásoknak fogjuk nevezni, de innentől ez alatt minden esetben a prevenciós kínálatban megjelenő szervezeteknek/beavatkozásoknak csak azon részét értjük, melyekről a jelenlegi kutatás eredményeként részletes adatokkal rendelkezünk.

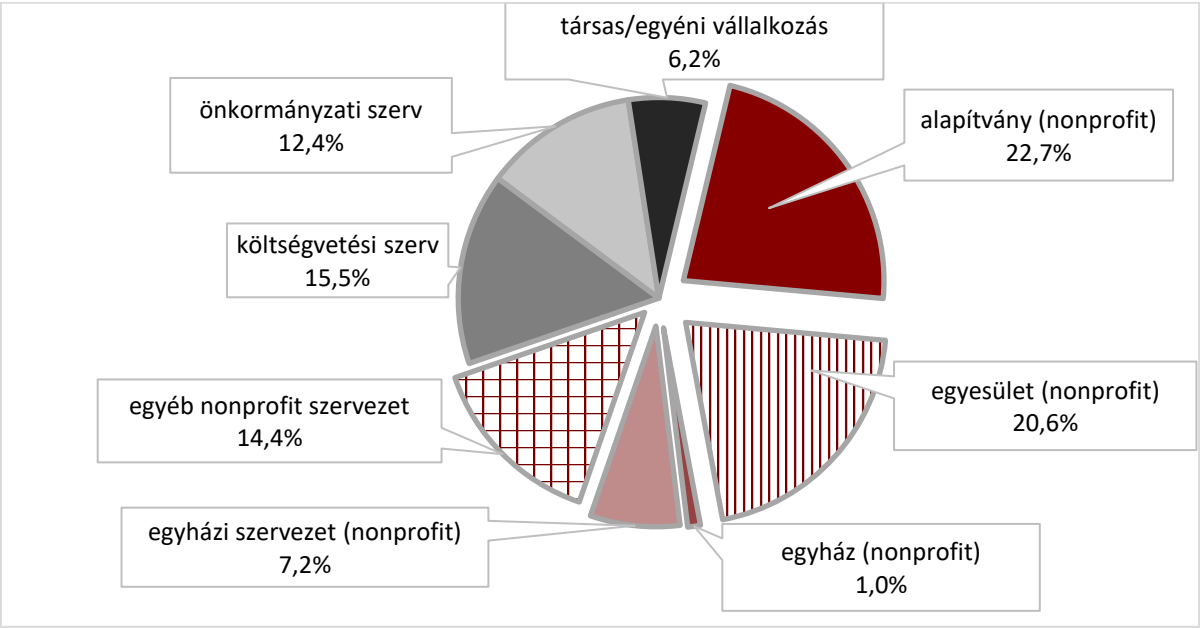
A prevenciós tevékenységet végző szervezetek többsége (87,6%) nem főtevékenységként végzi a szenvedélymagatartás(ok) megelőzését. Főtevékenységként valamilyen prevenciós/egészségfejlesztési feladatok ellátására is csak a szervezetek kevesebb mint egyharmada (29,9%) orientálódott. Körülbelül egyötödét (19,6%) képviselik a prevenciós területen is dolgozó szolgáltatóknak azok, akik fő tevékenységüket a szenvedélybeteg ellátás más területein (alacsonyküszöbű szolgáltatás vagy kezelés/rehabilitáció) végzik, azaz összesen a szenvedélymagatartások megelőzésével foglalkozó szervezetek 32,0%-anak a fő profilja valamilyen addiktológiai tevékenység. A szervezetek 16,5%-a pedig valamilyen egyéb segítő tevékenység mellett végez prevenciós munkát. Ezeknél kevésbé jellemző a fő profilként büntető igazságszolgáltatási (4,1%), oktatási/nevelési (7,2%), vagy egyéb egészségügyi (9,3%) területre szakosodott szolgáltatók jelenléte, ugyanakkor az adatlapot kitöltő szervezetek 11,3%-a valamilyen egyéb tevékenységgel (többnyire szabadidős/közművelődési programok szervezésével) foglalkozik (9. ábra).

9.ábra: A prevenciós szervezetek megoszlása fő tevékenység szerint (%; N=97)



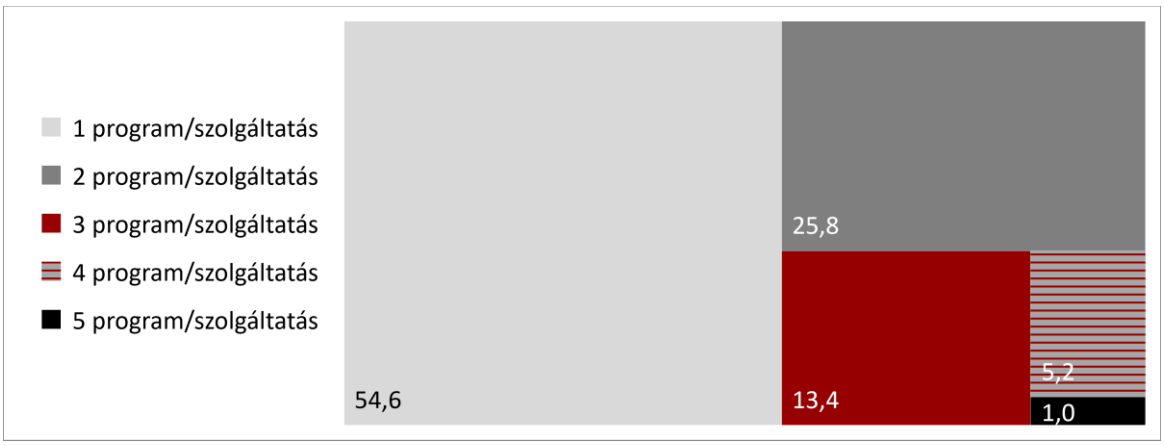
A szenvedélymagatartással kapcsolatos megelőző tevékenységet végző szervezetek kétharmada (66%) nonprofit szervezet, ezen belül is a meghatározó részt az alapítványok (23%) valamint az egyesületek (21%) jelentik. A civil szervezetek mellett viszonylag jelentős arányban vannak jelen a költségvetési és önkormányzati szervezetek (együttesen 28%), a for-profit szféra szerepvállalása azonban csak nagyon kevéssé jellemző (egyéni és társas vállalkozók aránya összesen 6%) (10. ábra).

10.ábra: A prevenciós szervezetek megoszlása jogi státusz szerint (%; N=97)



A Programinformációs Adatlapot kitöltő prevenciós szervezetek átlagosan 1,7, összesen 167 programot/szolgáltatást működtetnek. A szervezetek valamivel több mint fele (54,6%) mindössze egy programmal van jelen a prevenciós kínálatban (a módusz és a medián értéke egyaránt 1), egynegyede kettő prevenciós programot vagy szolgáltatást működtet, egyötödüknek pedig ennél több programja vagy szolgáltatása irányul valamilyen módon a szenvedélymagatartások megelőzésére (11. ábra).

11.ábra: A prevenciós szervezetek megoszlása a működtetett programok/szolgáltatások száma szerint (%; N=97)

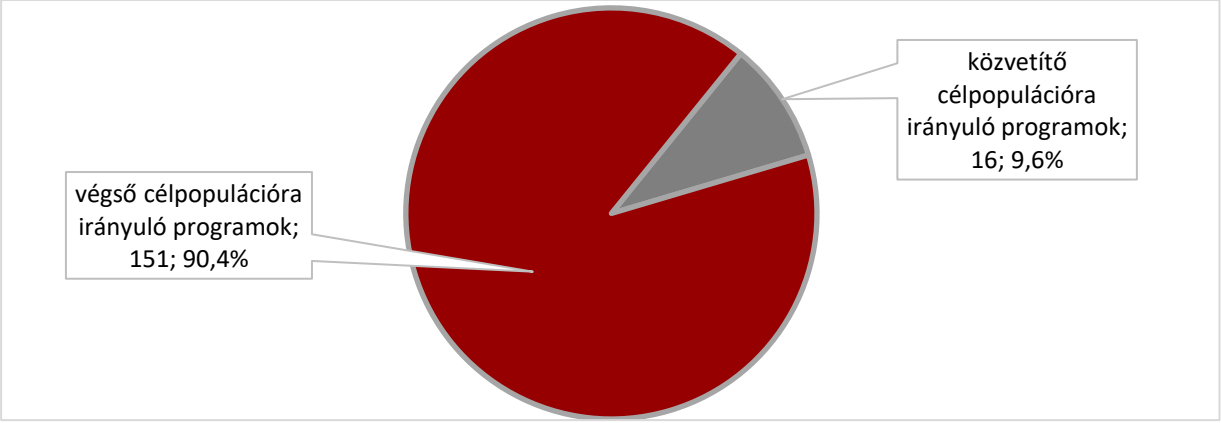


3.2. A prevenciós beavatkozások jellemzői

A fentiekben bemutatott 97 szervezet által működtetett 167 prevenciós beavatkozásról rendelkezünk részletes információkkal, a továbbiakban tehát – mint fentebb is jeleztük – ezeknek a programoknak/szolgáltatásoknak a jellemzőin keresztül tudjuk bemutatni a szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló magyarországi prevenciós beavatkozások jellemzőit.

A 167program/szolgáltatás döntő többsége (90,4%-a), összesen 151 beavatkozás közvetlenül az interveniálni kívánt végső célpopulációt célozza meg (12. ábra). Másik 16 program/szolgáltatás (9,6%) pedig valamilyen közvetítő csoporton keresztül (kortársak, pedagógusok, egyéb szakemberek, esetleg szülők bevonásával) kívánja elérni az adott beavatkozás végső célcsoportját[20].

12.ábra: A végső célcsoportra közvetlenül, illetve valamilyen közvetítő csoporton keresztül irányuló prevenciós beavatkozások száma (db; N=167)



Mivel a beavatkozások strukturált leírását adó Programinformációs Adatlap (PIAD) szempontjai eltérőek aszerint, hogy a beavatkozás közvetlenül a véső célpopulációra irányul, vagy azt csak valamilyen közvetítő csoporton keresztül éri el (lásd. 1. ábrát), így a továbbiakban a beavatkozások ezen két csoportját külön-külön mutatjuk be, az alábbi dimenziók mentén:

- a programok területi lefedettsége,
- a progamok célcsoportja,
- a programok célkitűzései,
- a célok megvalósítási módjára vonatkozó információk.

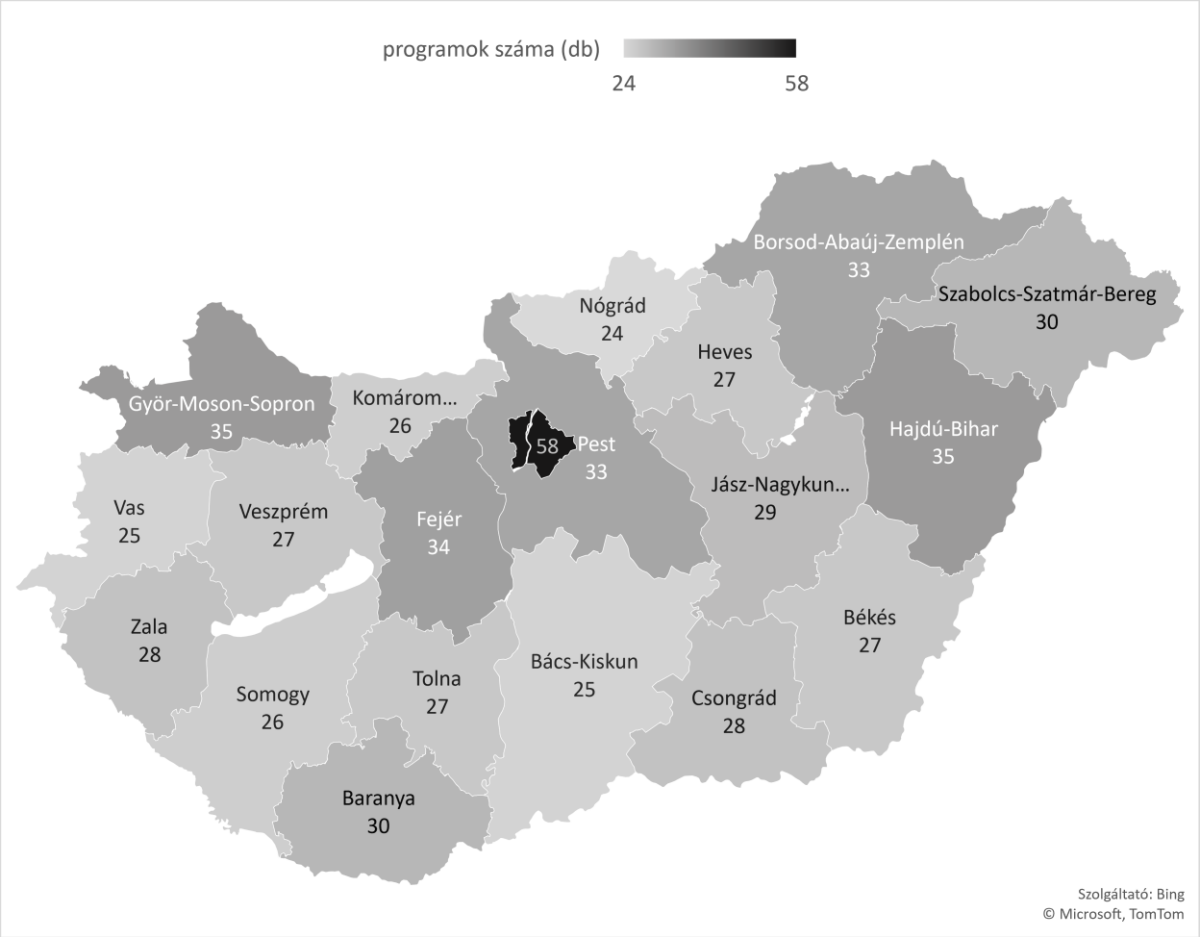
[20] Mint említettük ezek lehetnek érzékenyítő, illetve valamilyen prevenciós beavatkozára felkészítő képző vagy akár a szerhasználó környezetének támogatást nyújtó programok.

3.2.1. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozások jellemzői

3.2.1.1. A programok/szolgáltatások területi lefedettsége

A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások területi lefedettségét vizsgálva a legnagyobb kínálattal a fővárosban találkozhatunk, ahol 58 program/szolgáltatás közül választhatunk. Vidéken ennél jóval kevesebb, megyénként átlagosan 29 különböző beavatkozással találkozunk, melyekből 21 beavatkozás országos lefedettségű. A megyénként átlagosan elérhető beavatkozások száma fele a fővárosi kínálatnak. A beavatkozások számában főváros-vidék között tapasztalható különbséghez képest az egyes megyék között kevésbé markáns eltérések mutatkoznak az ellátottság volumenében: az elérhető beavatkozások száma 24-35 között mozog megyénként, azaz a legkevésbé ellátott megyékben is valamivel több mint kétharmad akkora a programok/szolgáltatások kínálata, mint ami a legjobb helyzetben lévő megyékében rendelkezésre áll.

13.ábra: A közvetlenül a végső célcsoportban kínált prevenciós programok/szolgáltatások területi elhelyezkedése: a beavatkozások száma megyénként és Budapesten (db; N=151)



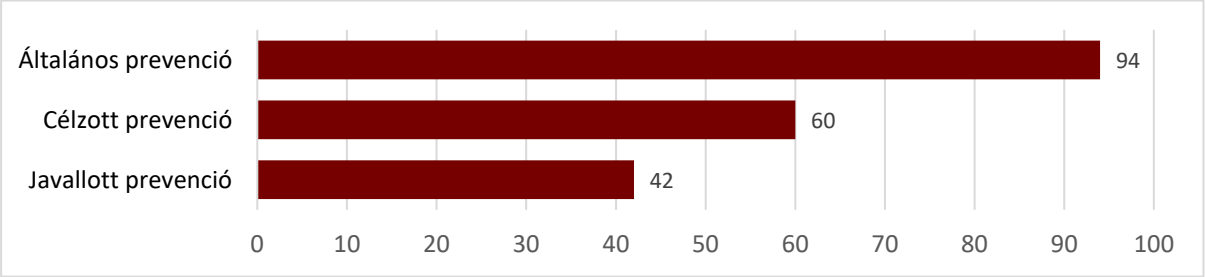
Az átlag fölötti ellátottsággal rendelkező területeket Győr-Moson-Sopron, Hajdú-Bihar, Fejér, Borsod-Abaúj-Zemplén, Pest, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Baranya megyék jelentik, ahol az országosan elérhető porgramok mellett 9-15 „helyi" program/szolgáltatás van jelen. A legkisebb ellátottság pedig Nógrád, Vas és Bács-Kiskun megyében jellemző, ahol 24-25 program elérhető, tehát ezekben a megyékben minössze 3-4 „helyi" program/szolgáltatás egészíti ki az országos kínálatot.

A főváros centrikuság az általános, célzott és javallott beavatkozások területi elhelyezkedését külön-külön vizsgálva még erősebben mutatkozik meg: a célzott programok/szolgáltatások esetében az átlagos megyei kínálat mindössze 44,8%-a a fővárosinak, s a többi típusban sem éri el az 50%-ot. A megyék közötti eltérések is valamelyest nagyobbak, ez különösen a javallott prevenció esetében mutatkozik meg, ahol a legkevésbé ellátott megyékben mindössze kétötödnyi a programok/szolgáltatások kínálata ahhoz képest, mint amekkora legjobb helyzetben lévő megyékében rendelkezésre áll. A főváros mellett Hajdú-Bihar megye ellátottsága kiemelkedő mindegyik prevenciós típusban, de az általános és javallott prevenció tekintetében kiemelkedő helyzetben van Fejér megye, a célzott és javallott prevenció tekintetében pedig Győr-Moson-Sopron megye is. A legkisebb ellátottságú megyékben mindössze 13 általános (Nógrád, Vas), 9 célzott (Vas, Zala) és mindösse 4 javallott prevenciós beavatkozás értető el (Bács-Kiskun, Heves), ami azt jelenti, hogy ezeken a területeken nincs, vagy szinte nincs helyi program/szolgáltatás [21] (6,2. melléklet, 4. táblázat)

3.2.1.2. A programok/szolgáltatások célcsoportja

A közvetlenül végső célpopulációra irányuló programok/szolgáltatások mintegy háromötöde (62,3%; 94 program/szolgáltatás) általános populációra (is) irányuló beavatkozás. 60 program/szolgáltatás (39,7%) különböző veszélyeztetett populációk vonatkozásában (is) fogalmaz meg célkitűzéseket (célzott beavatkozás), és 42 (27,8%) beavatkozás pedig függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek viselkedését (is) szeretné a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni (javallott vagy indikált prevenció) (14. ábra).

14.ábra: Az általános, célzott és javallott prevenciós programok/szolgáltatások száma közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások körében (db; N=151)



[21] A célzott prevenció tekintetében legkisebb ellátottságú megyékben kizárólag csak országos beavatkozáso érhetők el, nincs jelen helyi program/szolgáltatás.

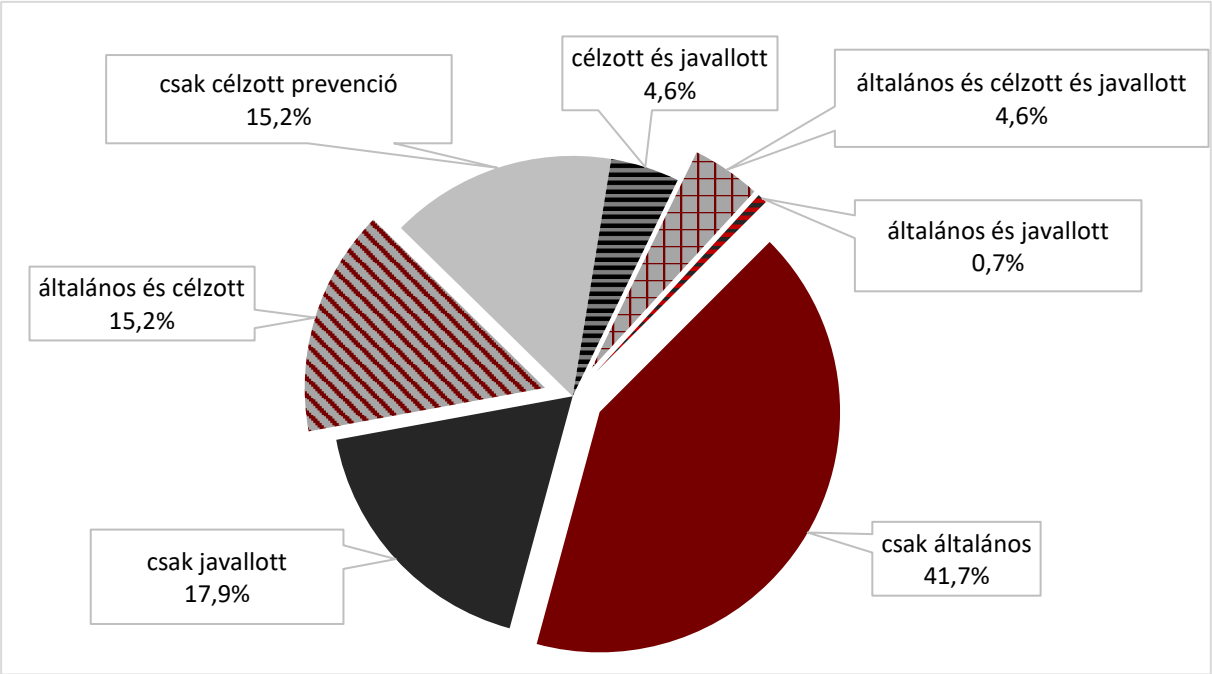
Az egyes programok/szolgáltatások azonban nem különülnek el tisztán aszerint, hogy általános, célzott vagy javallott beavatkozást végeznek (15. ábra).

Az általános populációt (is) megcélzó 94 beavatkozás közül csak 63 program/szolgáltatás az, ami kizárólag az általános populációra irányuló tevékenységet végez (az összes végső célpopulációra irányuló beavatkozás 41,7%-a). A többi 31 beavatkozás az általános populáció mellett más populációk interveniálását is felvállalja: 23 program/szolgáltatás (15,2%) valamilyen veszélyeztetett populáció, 1 beavatkozás (0,7%) a függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek, 7 program/szolgáltatás (4,6%) pedig az általános, célzott és javalott beavatkozások célcsoportjainak interveniálását is fellvállalja.

A 60 célzott beavatkozás közül pedig 23 (az összes végső célpopulációra irányuló beavatkozás 15,2%-a) az, ami kizárólag valamilyen veszélyeztetett populációra irányul, s a már említett 23 általános prevenciós elemeket is tartalmazó beavatkozáson kívül 7 program/szolgáltatás (4,6%) a függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek viselkedésének befolyásolását, s – a már szintén említett – 7 beavatkozás pedig mindhárom célcsoporttípust megcélozza.

A javallott prevencióval (is) foglalkozó 42 program/szolgáltatás közül 27 tartozik tisztán ebbe a kategóriába (az összes végső célpopulációra irányuló beavatkozás 17,9%-a), 1 program/szolgáltatás emellett az általános, 7 a célzott, másik 7 pedig mindhárom beavatkozás típus célpopulációjára egyaránt irányul.

15.ábra: A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló programok/szolgáltatások besorolása a megcélzott csoportok alapján (%; N=151)

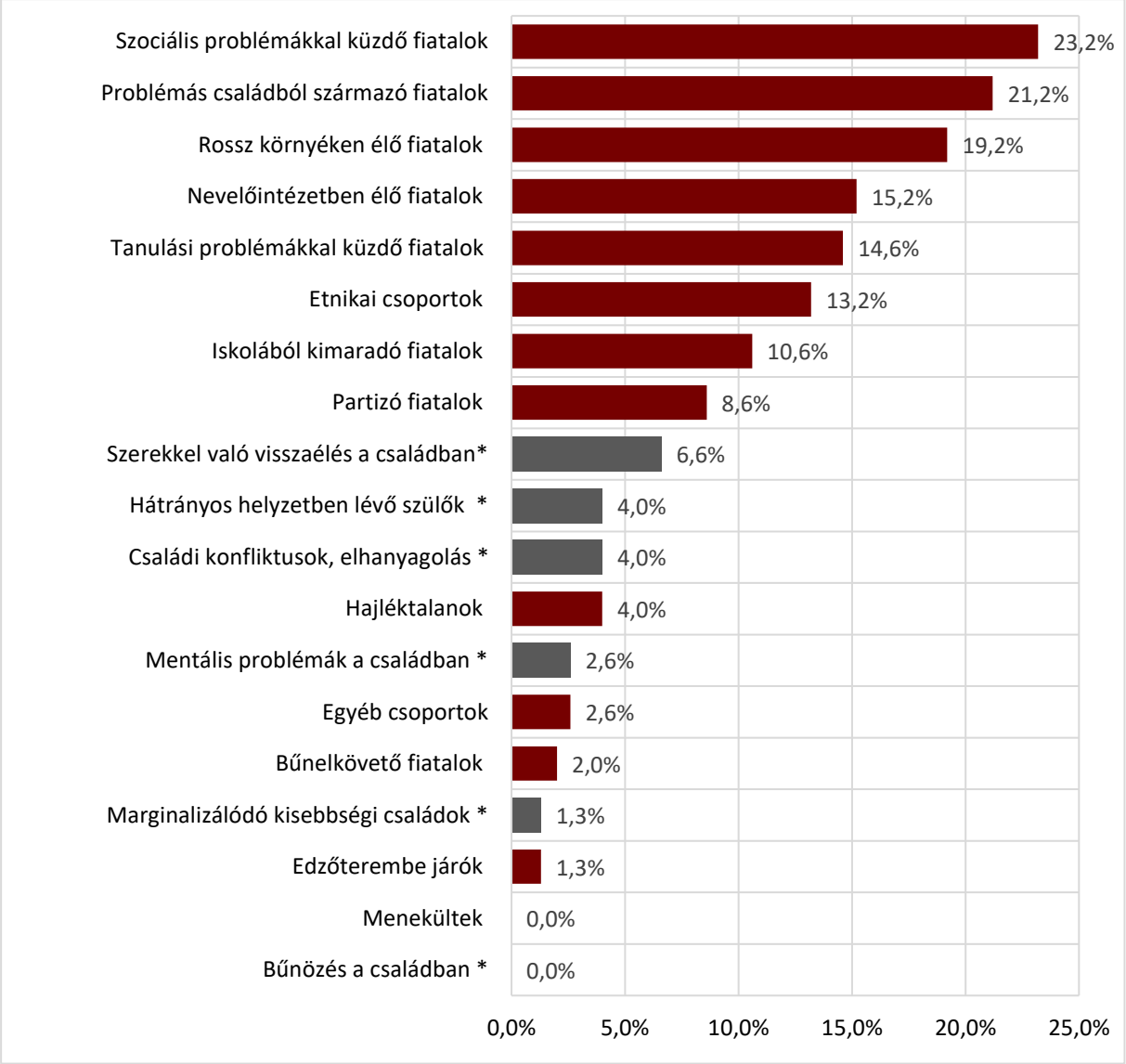


A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások célpopulációjában az általános populáció mellett – mellyel, mint láthattuk a programok/szolgáltatások 62,3 %-a foglalkozik – leginkább a szociális problémákkal küzdő és/vagy a problémás családból származó és/vagy a rossz környéken élő fiatalok jelennek meg. Ezeknek a csoportoknak az elérését minden negyedik-ötödik program/szolgáltatás megcélozza. Körülbelül minden hatodik-hetedik általunk ismert intervenció kívánja elérni a nevelőintézetben élő és/vagy a tanulási problémákkal küzdő és/vagy valamilyen etnikai csoporthoz tartozó fiatalokat. Ennél ritkábban jelennek meg a feltárt beavatkozások célpopulációjában az iskolából kimaradó, illetve a partizó fiatalok, őket körülbelül minden tizedik program/szolgáltatás célozza meg, a szerhasználattal terhelt családokat pedig minden tizenötödik. Mindössze a beavatkozások 4%-a (minden huszonötödik beavatkozás) irányul hajléktalan emberekre, hátrányos helyzetű, vagy konflikutusokkal/elhanyagolással jellemezhető családokra. Nagyon ritka az olyan program/szolágltatás a jelenlegi kutatás során megismert palettán, ami bűnelkövető fiatalokkal vagy marginalizálódó kisebbségi családokkal[22], illetve konditerembe járó fiatalokkal foglalkozna, s egyáltalán nem találtunk olyan programot, ami menekülteket céloz meg, vagy olyan családokat, ahol jelen van a családban a bűnözés (16. ábra).

Családi prevencióval a végső célpopulációra irányuló beavatkozások 15,9%-a, 24 program/szolgáltatás foglalkozik, s közülük 8 beavatkozás csak általános prevenciót végez a családok körében. Összesen 16 olyan beavatkozást találtunk, ami veszélyeztetett családokat (is) meg kíván célozni. Mint azt a 16. ábrán láthatjuk, a családi prevenció célcsoportjai (szürke sávokkal jelölve) a célzott prevenció célcsoportjainak prioritás strukturájának a hátsó tartományában helyezkednek el, azaz a különböző veszélyeztett családok elérésére való törekvés kevéssé jellemző a megismert prevenciós beavatkozások körében. Amennyiben a családi prevenció célcsoportjain belüli prioritásokat vizsgáljuk, azt mondhatjuk, hogy az általunk ismert családi prevencióval (is) foglalkozó beavatkozások leginkább a szerhasználattal, hátrányos helyzettel, konfliktusokkal jellemezhető családokat próbálják meg elérni.

[22] Az egyéb kategóriában megjelenő célcsoportok szintén családi prevenciót takarnak: 1-1 esetben fordultak elő egyszülős családok, nevelőszülők, ill. fogyaszékossággal élő családok.

16.ábra: A különböző speciális (veszélyeztetett) csoportokat megcélzó beavatkozások aránya a közvetlenül a végső célcsoportra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások körében (%; N=151)[23]



*Az ábrán a szürkével jelölt sávok a családi prevenció célcsoportjai.

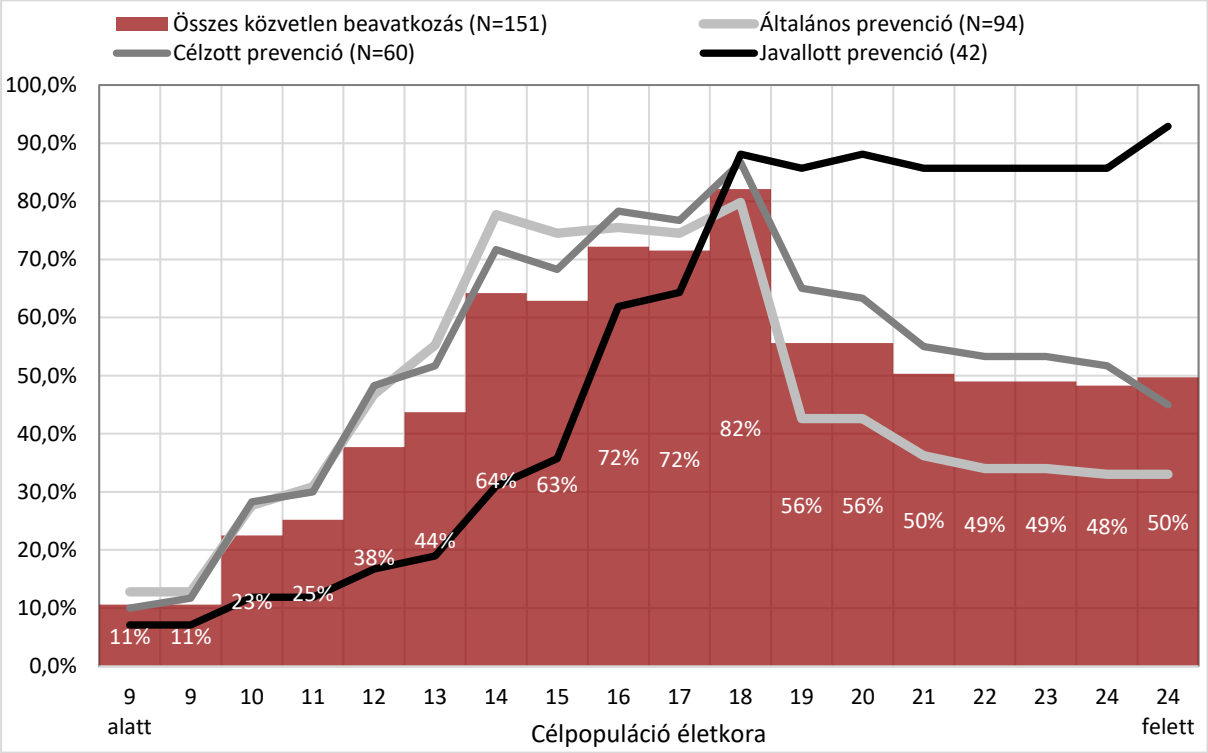
A végső célpopulációval közvetlenül foglalkozó prevenciós beavatkozások leginkább a 14-18 éves fiatalokat célozzák meg. A 10 éves kor alatti korosztállyal a feltárt programok/szolgáltatások csak egytizede foglalkozik, majd ezt követően évről évre növekszik az adott életkorba tartozó diákok interveniálását vállaló beavatkozások kínálata. A 18 éves célpopulációban a

[23] Az egyes célcsoportonak a célzott prevenciós programokon belüli arányai megtalálhatók a 6.2. melléklet 5. táblázatában.

programok/szolgáltatások 82,1%-a jelen van. Ezt követően a programkínálat hirtelen lecsökken, a 19-20 éves fiatalokkal már csak a programok/szolgáltatások 55%-a, az ennél idősebbekkel pedig csak a programok fele foglalkozik (17. ábra, bordó terület).

Külön megvizsgáltuk az általános (lásd 17. ábra világos szürke vonal), a célzott (lásd 17. ábra sötétebb szürke vonal), valamint a javallott (lásd 17. ábra fekete vonal) prevenciós beavatkozások célpopulációjának életkori jellemzőit. Az általános és célzott prevenciós beavatkozások által megcélzott populáció életkori jellemzői nagyfokú hasonlóságot mutatnak, azzal a különbséggel, hogy 18 éves kor után a célzott beavatkozások kínálata kevésbé hirtelen cseng le. A javallott prevenció pedig az általános iskolás évek alatt az évek előrehaladtával kevésbé emelkedik, majd kezdetben a kínálat növekedése körülbelül megegyezik az általános és célzott beavatkozások kínálatnövekedésével, később azonban – amikor az általános prevenció már stagnál, a célzott prevenció mérsékeltebben növekszik – a javallott prevenció kínálata megugrik, majd 18 éves kor után – amikor a többi beavatkozás már lecsengőben van – fennmarad a 18 éves korúakat célzó kínálati szinten. [24]

17.ábra: Általában a végső célcsoportra irányuló programok/szolgáltatások (N=151), valamint az általános (N=94), célzott (N=60) és javallott (N=42) beavatkozások előfordulásának aránya a célpopuláció korévei szerint (%;)*



*Az ábrázolt %-os arányok azt fejezik ki, hogy a programok hány százaléka célozza meg az adott korévbe tartozó célpopulációt. Az adatfeliratok az összes végső célpopulációra irányuló beavatkozás esetében kapott arányokat mutatják.

[24] A beavatkozások kínálati görbélyének a célpopuláció életkora mentén való alakulása részben harmonizál a populációs drogepidemiológiai vizsgálatoknak a drogokkal való kapcsolatbalépésre vonatkozó eredményeivel (Paksi & Pillók, 2021), bár a kínálatnak a 18 éves kort meghaladó populációban való csökkenését csak a legfiatalabb felnőtt korosztály adatai támasztják alá (lásd a 6.2. melléklet 2. ábrát)

3.2.1.2.1. A programok/szolgáltatások szükségletalapúsága

A beavatkozások tényalapúságának céljából fontos kérdés, hogy a programok/szolgáltatások indítása előtt a szervezetek milyen információval rendelkeztek a célpopulácó interveniálni kívánt magatartása szempontjából releváns kérdések tekinetében, azaz a programok/szolgáltatások indítását megelőzte-e valamilyen információ gyűjtés. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozások közel kétharmada (77 program/szolgáltatás; 64,2%) jelezte, hogy végzett a program/szolgáltatás indítása előtt szükségletfelmérést. Ennél nagyobb arányban jellemző, hogy a beavatkozások indítása előtt egyéb forrásokat használtak a szükségletek tekintetében való tájékozódáshoz: a progamok/szolgáltatások közel háromnegyede (72,8%; 110 program/szolgáltatás) használt valamilyen egyéb forrást, kétharmaduk a színtéren dolgozók körében tájékozódott (66,2%;100 program/szolgáltatás), egyötödük (19,2%; 29 program/szolgáltatás) pedig a szakirodalom alapján (is).

3.2.1.2.2. A programok/szolgáltatások által elért populáció nagysága

A megismert programok/szolgáltatások forgalmáról a 2019-es (a vizságálat éve előtti lezárt) évre vonatkozóan rendelkezésre álló adatok (N=141) alapján a közvetlenül végső célpopulációra irányuló beavatkozások 2019-ben összesen 169.393 főt, átlagosan 1201 személyt értek el. A kérdésre válaszoló programok/szolgáltatások 5,7%-ának 2019-ben nem volt forgalma, a beavatkozások fele pedig maximum 105 főt ért el. A medián és az átlag között a jelentős eltérést két nagy elérésű beavatkozás okozza,[25] melyek nélkül a 2019-ben átlagosan 383 főt értek el a kutatásban résztvevő programok/szolgáltatások (2. táblázat).

A megismert programok/szolgáltatások (N=136) egy átlagos évre vonakozó elérési adatai a 2019-es évihez hasonlóak. A beavatkozások összesen 167.414 főt, a programok/szolgáltatások fele maximum 100 főt, átlagosan1231 személyt értek el, a két nagyforgalmú beavatkozás[26] nélkül pedig az átlagos éves forgalom átlaga 391 fő (2. táblázat).

2. táblázat: A prevenciós beavatkozások által elért populáció nagysága 2019-ben, és egy átlagos évben (fő)

	2019-ben	Egy átlagos évben
N	141	136
Átlag	1201,37	1230,99
Medián	105,00	100,00
Minimum	0	0
Maximum	100000	100000
Összesen elért személyek száma	169393	167414

[25] Az egyik egy általános populációra uránylló kampány, ahol az elért populáció nagyságát 100 ezer főre becsülték, a másik pedig egy party szervíz szolgáltatás, amely több, mint 16 ezer főt ért el 2019-ben.

[26] Egy átlagos évben a két nagyforgalmú beavatkozás 100 ezer, ill. 15 ezer fő volt.

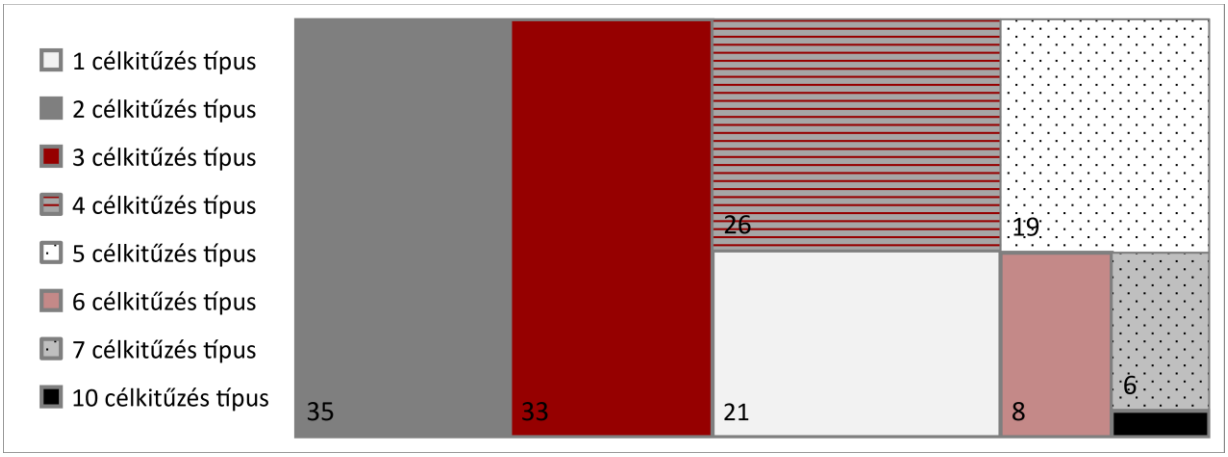
3.2.1.3. A programok/szolgáltatások célkitűzései

A végső célpopulációra irányuló beavatkozások esetében alábbi célkitűzési típusokat tudtuk elkülöníteni a programinformációs adatlapotban megjelenő válaszok alapján az adatlapot kitöltő programokban/szolgáltatások esetében:

a) Szenvedélymagatartásokkal kapcsolatos ismeretek átadása
b) Egészségfejlesztéssel kapcsolatos tudásátadás
c) Önismeret fejlesztés
d) Egyéb érzelmi nevelés/fejlesztés
e) Visszautasítási technikák fejlesztése
f) Egyéb szociális készségek fejlesztése
g) Mindennapi életvezetési készségek fejlesztése (megküzdési, döntéshozatali készségek)
h) Személyiségfejlesztés
i) Drogok alternatíváinak megismertetése
j) Segítségkérés támogatása
k) Akut helyzet, krízis megoldása / ártalomcsökkentés
l) Viselkedéses változás
m) Attitűdváltozás

A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozásokra vonatkozó programleírásokban megfogalmazott célkitűzés leírások alapján a fenti típusok mentén összességében 4879 célkitűzés típus volt azonosítható (N=149[27]), azaz egy beavatkozással kapcsolatban átlagosan 3,3 célkitűzés típust fogalmaztak meg a szolgáltatók.

18.ábra: A programleírásokban megfogalmazott célleírások alapján azonosított célkitűzés típusok száma a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozásokban (%; N=148)[28]



[27] 3 program/szolgáltatás esetében nem ismerjük a célokat.

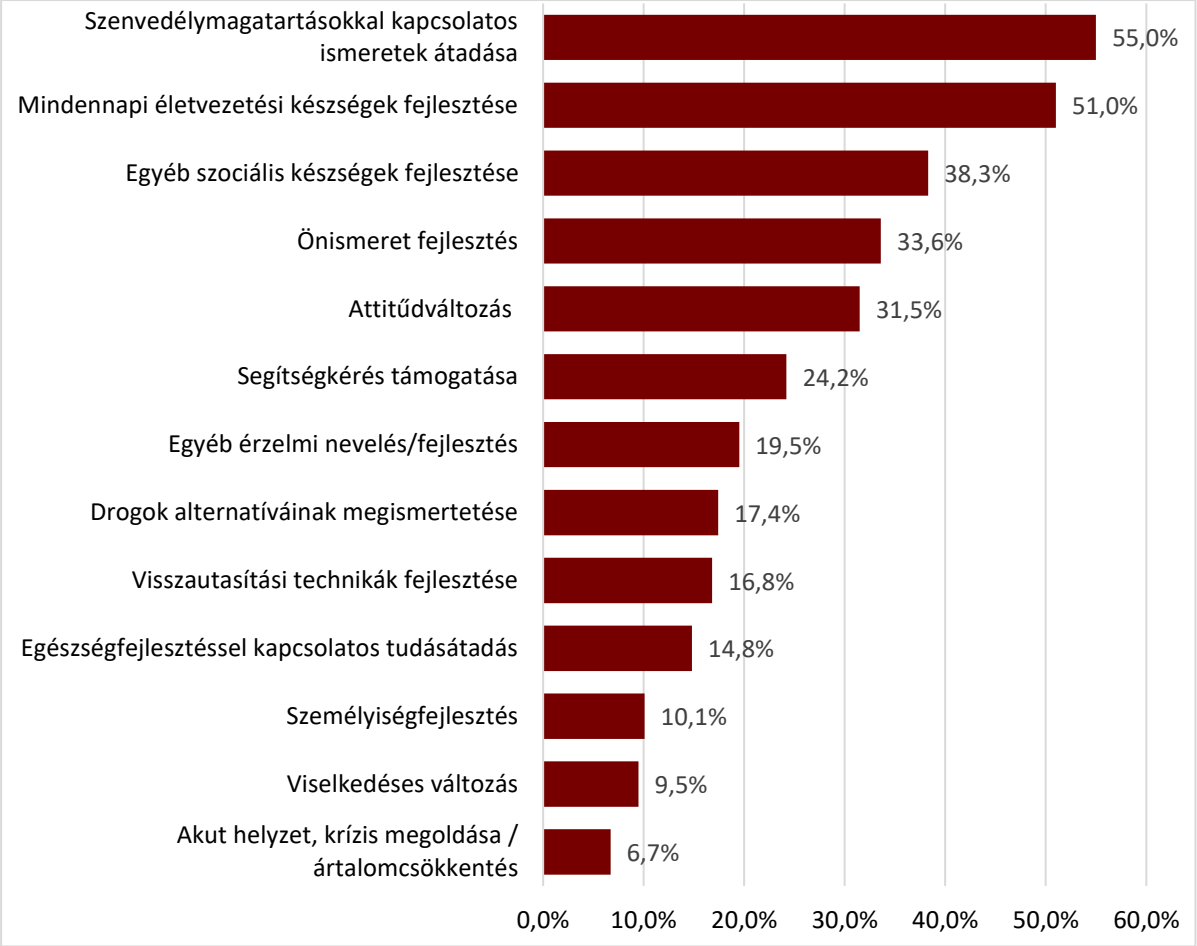
[28] 10 féle célkitűzést 1 programnál azonosítottunk.

A legtöbb program/szolgáltatás (34 db; 23%) kétféle, a megismert beavatkozások több mint fele (88 db; 59,5%-a) maximum háromféle célt jelölt meg. Mindössze a beavatkozások egyhetedénél (21 db; 14,2%) találkoztunk egyetlen célkategóriába sorolható célmegjelöléssel. A beavatkozások közel kétharmada (93 sb; 62,8%) legalább három különböző típusba sorolható cél mentén dolgozik (18. ábra).

A programok/szolgáltatások a legnagyobb arányban szenvedélymagatartásokkal kapcsolatos ismeretek átadására irányuló célokat fogalmaztak meg, s ezt követi a mindennapi életvezetési készségek fejlesztése. Ez a két célkitűzés a beavatkozások legalább felénél (55,0%, illetve 51,0%) megjelent. Tízből három-négy esetben jelennek meg a megismert programok/szolgáltatások palettáján az egyéb szociális készségekkel (38,3%), önismeret fejlesztésével (33,6%), valamint attitűdváltozással (31,5%) kapcsolatos célok. Körülbelül minden negyedik-ötödik beavatkozás esetében találkoztunk segítségkérés támogatásával (24,2%) és érzelmi neveléssel (19,5%) kapcsolatos célok megfogalmazásával. Átlagosan minden hatodik-hetedik (14,8%-17,4%) program említett alternatívák megismertetésével, visszautasítási technikák fejlesztésével, illetve egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretátadással, s minden tizedik beavatkozás személyiségfejlesztéssel és viselkedés változással kapcsolatos célkitűzéseket. Legkevésbé népszerű céltételezésnek pedig az akut helyzet, krízis megoldásával, ártalomcsökkentéssel kapcsolatos (6,7%) célok látszanak (19. ábra).

A szenvedélymagatartásokkal kapcsolatos ismeretek átadása és a mindennapi életvezetési készségek fejlesztése mindhárom prevenció típusban a priorizált célkitűzések közé tartozik, azonban míg az általános prevenció esetében a szenbedélymagatartásokkal kapcsolatos ismeretátadás szerepe jelentősen nagyobb, addig a célzott és különösen a javallott prevenciós beavatkozásokban a mintdennapi életvezetési készségek fejlesztése kap nagyobb hangsúlyt, s az utóbbi típusban az egyéb szociális készségek, valamint az önismeretfejlesztés is kiemelkedően hangsúlyos. Az általános és célzott beavatkozások esetében – általában a végső célpopulációra irányuló programokra/szolgáltatásokra jellemzőhöz hasonlóan – legkevésbé a viselkedésváltozással, illetve az akut helyzet, krízis megoldásával, ártalomcsökkentéssel kapcsolatos célok jelennek meg, a javallott prevenciós beavatkozások esetében azonban az egészségfejlesztéssel kapcsolatos tudásátadás és a visszutasítási technikák fejlesztése jellemző legkevésbé (6.2. melléklet 6. táblázat).

19.ábra: A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozásokban (%; N=149)



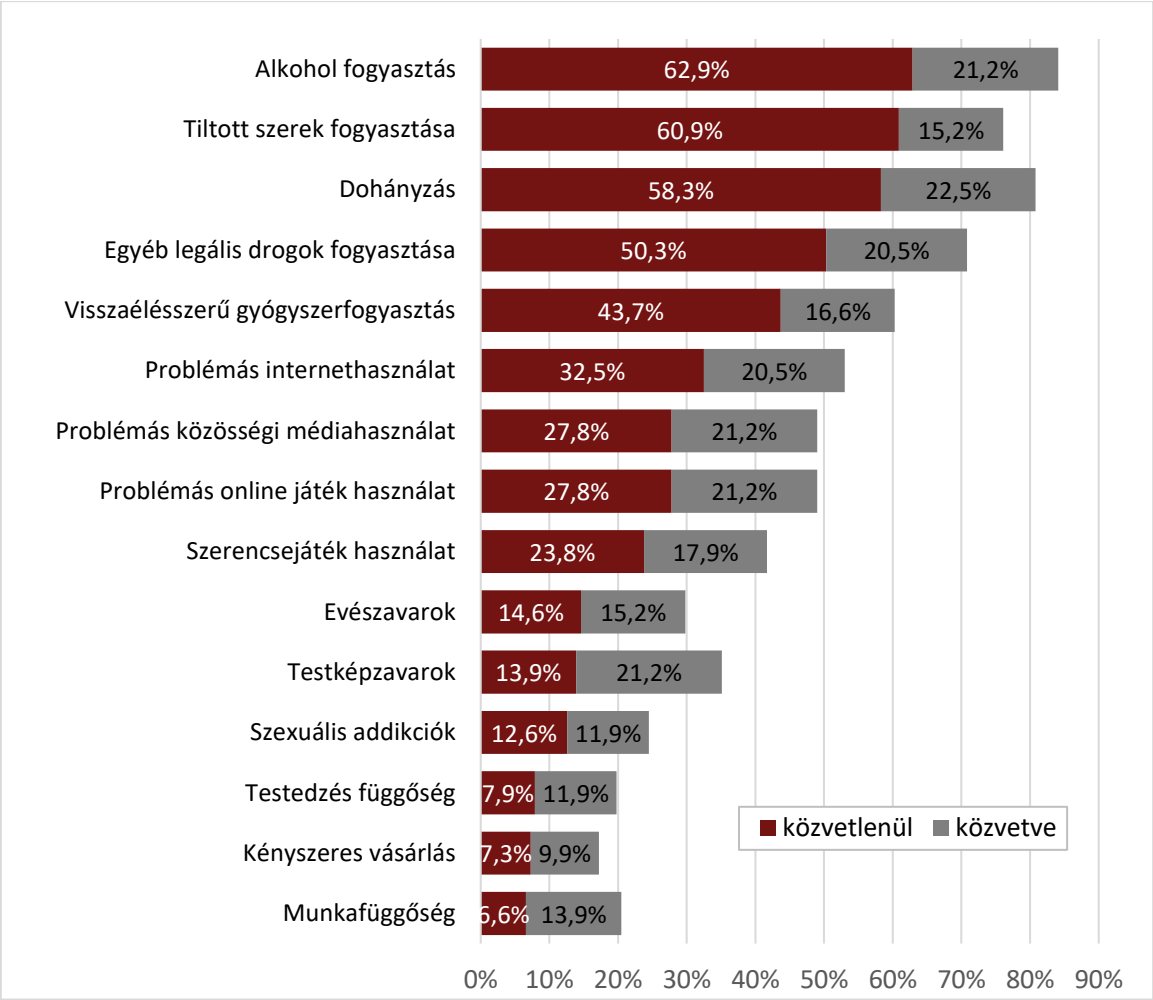
A végső célpopulációra irányuló prevenciós beavatkozások által megcélzott szenvedélymagatartásokat vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy a programok/szolgáltatások körében a szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos céltételezések népszerűsége jóval nagyobb, mint a viselkedéses addikcióké. A megismert beavatkozások döntő többsége (97,4%), összesen 147 program/szolgáltatás közvetlenül és/vagy közvetetten[29] megcélozza valamelyik szerhasználó magatartás megelőzését, ebből 127 program/szolgáltatás (84,1%) direkt módon, másik 20 (összesen 52; 34,4%) beavatkozás pedig közvetetten irányul ezekre a magatartásokra. Valamilyen viselkedési addikció közvetlen és/vagy közvetett interveniálásával kapcsolatos céltételezést azonban csak a megismert beavatkozások kevesebb mint kétharmada (64,9%), összesen 98 prog-

[29] Az egyes magatartásokat közvetlenül ill. közvetetten megcélzó beavatkozások halmaza független egymástól (ha egy beavatkozás valamelyik magatartással közvetlenül foglalkozik, akkor az esetében a közvetetten megcélzott magatartások között az nem szerepelhet), de mivel előfordul, hogy egy program/szolgáltatás az egyik szerhasználó magatartást közvetlenül célozza meg, a másikat pedig közvetetten, így a szerhasználó magtartásokat közvetlenül ill. közvetetten megcélzó beavatkozások halmaza átfedésben lehet.

ram/szolgáltatás fogalmaz meg. Ezen magatartások valamelyikére közvetlenül csak 58 program/szolgáltatás (38,4%) fókuszál, ugyan másik 40 (összesen 58; 38,4%) beavatkozás esetében közvetetten találkoznak a résztvevők a témával.

A szerhasználó magatartások közül az alkoholfogyasztással, a tiltott szerek használatával, valamint a dohányzás kérdésével fogalkoznak közvetlenül legnagyobb arányban a beavatkozások, ezeket a témákat a programok/szolgáltatások mintegy háromötöde direkt módon is tárgyalja, összességében pedig háromnegyedük-négyötödük legalább érinti. A viselkedési addikciók közül a problémás internet-, közösségi média használat, valamint az online-, és szerencsejáték használat a legnikább népszerű a jelenlegi prevenciós kínálat tematikái között, azonban ezekkel a témákkal is csak a beavatkozások legfeljebb harmada-negyede fogalkozik direkt módon. A többi viselkesési addikció közvetlen tágyalására pedig a programok mindössze 7-15%-a tér ki. A problémás internet-, közösségi média- és online játék használat kivételével – mely témákkal a programok/szolgáltatások megközelítően felében közvetlenül vagy közvetetten találkoznak a résztvevők – azok a beavatkozások vannak meghatározó többségben, amelyek semmilyen módon nem foglalkoznak az egyes viselkedési addikciókkal.

20.ábra: A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások által közvetlenül vagy közvetve megcélzott szenvedélymagatartások (%; N=151)



A szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos céltételezéseknek a viselkedéses addikciókhoz képest nagyobb népszerűsége az általános, célzott és javallott prevenciós beavatkozásokban egyaránt jellemző, azonban annak mértékében látunk különbséget a különböző típusú prevenciós programok/szolgáltatások között. Míg az általános és célzott prevenciós beavatkozások kétharmada-háromnegyede valamilyen módon (közvetlenül vagy közvetve) foglalkozik a visekedési addikciókkal (is), addig a javallott prevenciós programok/szolgáltások esetében csak minden második, ugyanakkor több mint 90%-uk direkt módon foglalkozik szerhasználó magatartásokkal (6.2. melléklet 7. táblázat).

3.2.1.4. A beavatkozások megvalósításának módja

A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozások négyötöde esetében (120 beavatkozás; 79,5%) program formájában történik a beavatkozás, a másik egyötödük (31 beavatkozás; 20,5%) pedig szolgáltatás keretében valósul meg.[30]

Tekintettel arra, hogy a szolgáltatások – az általunk alkalmazott kritériumrendszer mentén – nyitvatartással jellemezhetők, s a megvalósítás paraméterei kevésbé strukturáltak, így a megvalósítás módjára vonatkozó információkkal strukturált formában a programokat tudjuk jellemezni, tehát a következőkben a program formájában megvalósuló 120 beavatkozás esetében kapott válaszokat mutatjuk be.

3.2.1.4.1. A programok idői jellemzői

A programok megvalósulásának idői jellemzőit az összóraszámmal, az alkalmak számával, valamint a „futás” időintervalumával, azaz egy teljes megvalósulás során az első és az utolsó alkalom között eltelt idővel írjuk le.[31]

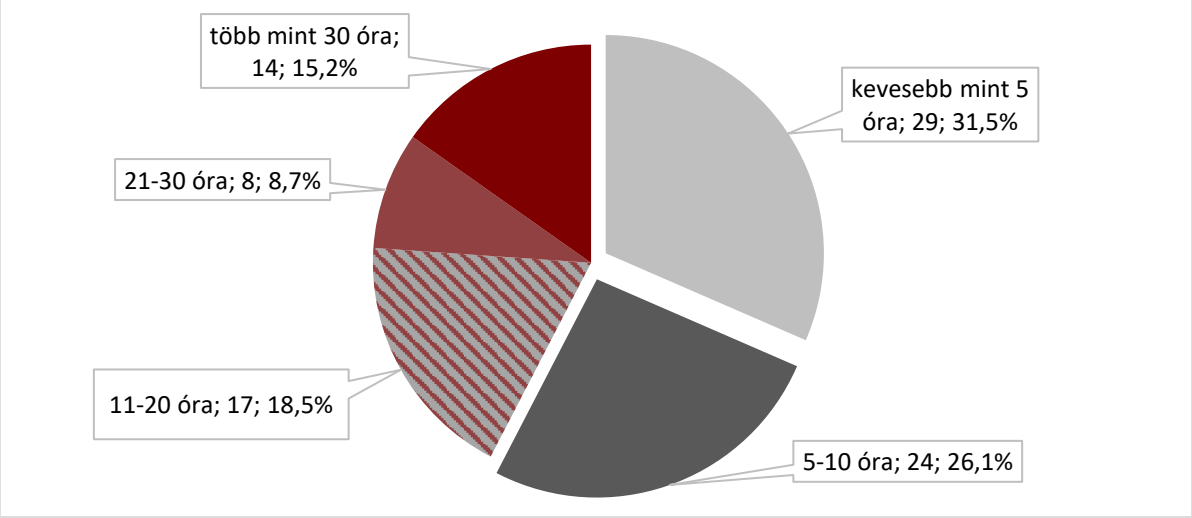
Az összóraszámra kapott válaszok (N=92) alapján az végső célpupulációra irányuló programok a megvalósulási idő tekintetében meglehetősen széles sávban mozognak, a legrövidebb program 1 órás, a leghosszabb 200 órás. Azonban a beavatkozások többsége ennek a széles sávnak az első felében helyezkedik el, a programok átlagos megvalósítási ideje 18,2 óra (45 perces órában számolva), és a programok fele kevesebb mint 7 órában valósul meg. Ez a megvalósulási időket kategorizálva méginkább látható: 45 perces órában számolva a programok közel egyharmada (29 progam; 31,5%) kevesebb, mint 5 órában zajlik, több mint egynegyedük (24 program; 26,1%) 5-10 órás, és mindössze a programok 15,2%-a (14 program) valósul meg 30

[30] A célzott és a javallott beavatkozások körében nagyobb mértékben, körülbelül egyharmados arányban jellemző a szolgáltatás formájában történő megvalósulás (6.2. melléklet 8. táblázat)

[31] Például, ha a program összes óraszáma 15x45perc, a foglalkozásokat kéthetente tartják, alkalmanként három órában, akkor: az össz. óraszám: 15 x 45 perc; mivel egy alkalommal 3 órát tartanak, így az alkalmak száma 15/3, azaz a Hány alkalom kérdésre a válasz: 5; tekintettel arra, hogy a foglalkozásokat kéthetente tartják, így az 5 alkalom 10 hét alatt tud megvalósulni, tehát az első és utolsó foglalkozás között eltelő időintervallum: 10 hét.

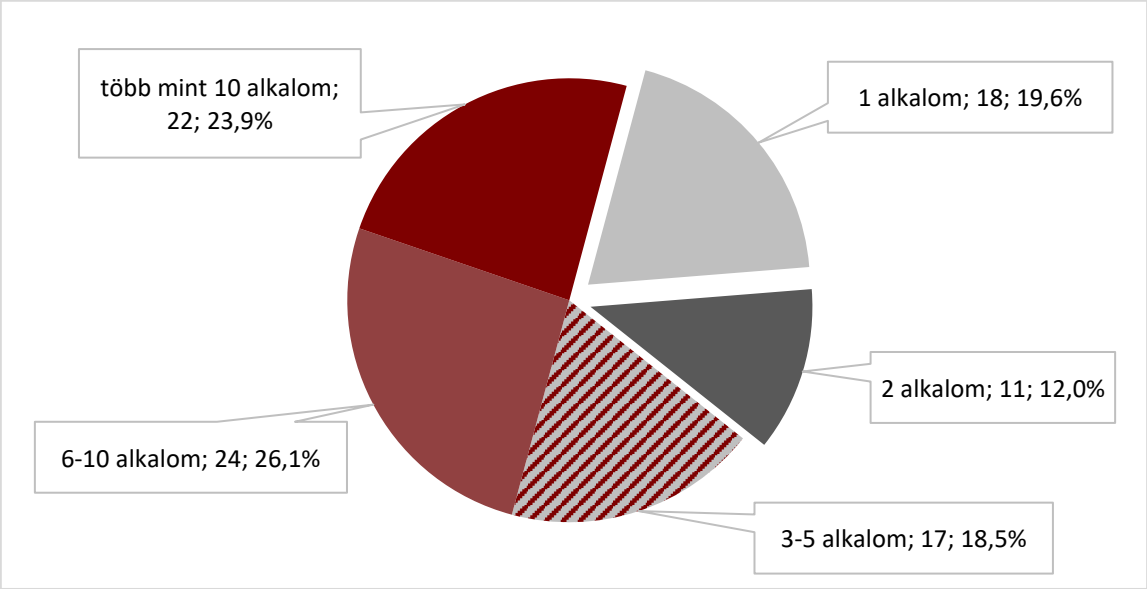
óránál hosszabb beavatkozás keretében. Összességében azt mondhatjuk, hogy a prevenciós kínálatban jelenleg a 10 órás, vagy annál rövidebb programok vannak többségben (21. ábra).

21.ábra: A közvetlenül végső célcsoportra irányuló programok száma (db) és megoszlása (%) a program időtartama (összóraszáma) szerint (45 perces órában; N=92)



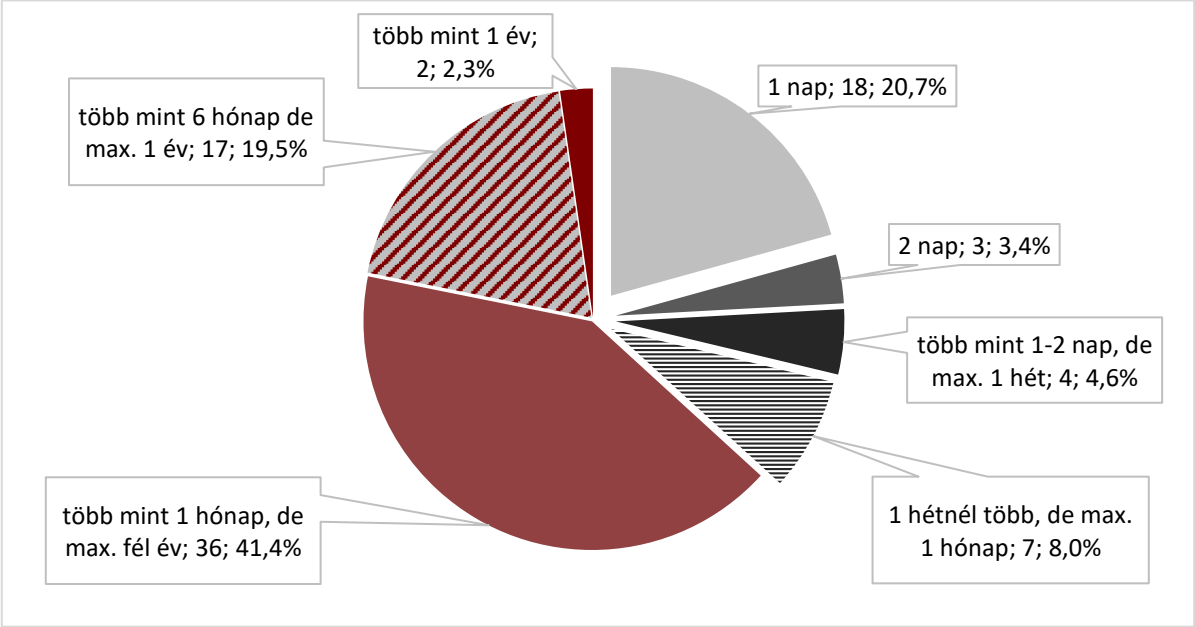
Az intervenciók összóraszámának eloszlásánál láthattuk, hogy minden harmadik program kevesebb mint 5 óra alatt valósul meg. Ezzel összhangban a végső célpupulációra irányuló programok közel egyharmadát (31,6%) az 1-2 alkalomból álló programok teszik ki, melyek többsége, a programok egyötöde (18 porgram, 19,6%) valamilyen „prevenciós nap", vagy egyéb egy alkalomból álló beavatkozás. Összességében a programok fele (50,1%) legfeljebb 5 találkozás során valósul meg, az ennél hosszabb pogramokon belül közel azonos arányban vannak a 10 alkalomnál rövidebb, illetve annál hosszabb programok (22. ábra).

22.ábra: A közvetlenül végső célcsoportra irányuló programok száma (db) és megoszlása (%) aszerint, hogy a program egy futása hány alkalomból áll (N=92)



A programok egy-egy megvalósulása során az első és az utolsó alkalom között eltelt időre vonatkozóan kapott válaszok (N=87) alapján – az alkalmak számával összhangban – azt láthatjuk, hogy a programok egyötöde (18 program, 20,7%) egy nap alatt lezajlik. Ezek az előző ábrákon is megjelenő, rövid idejű, valamilyen „prevenciós nap", vagy egyéb, egy alkalom keretében megvalósuló beavatkozások. A programok 8,0%-a esetében maximum egy hét, másik 8%-uk esetében ennél több, de maximum egy hónap a megvalósítás teljes futamideje. Összességében tehát a programok több mint egyharmada legfeljebb egy hónap alatt lezajlik. A legjellemzőbb azonban az egy hónapnál hosszabb, de maximum fél éves időintervallumban való megvalósítás, a programok több mint kétötödére (63 program, 41,4%) ez, másik egyötödére (17 program; 21,8%) azonban az ennél hosszabb futási idő jellemző (23. ábra).

23.ábra: A közvetlenül végső célcsoportra irányuló programok száma (db) és megoszlása (%) a megvalóuslás időintervalluma szerint (N=87)

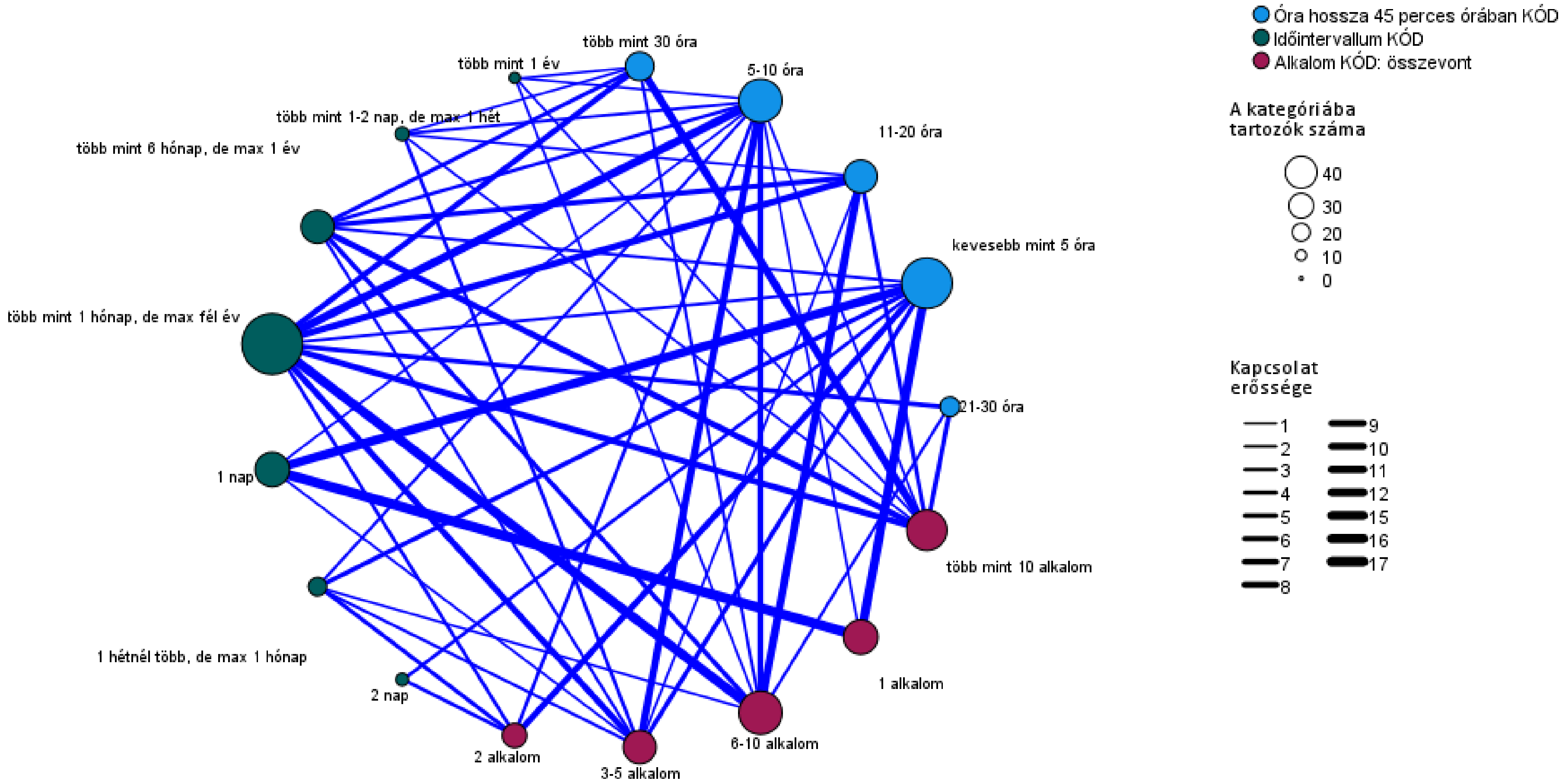


A végső célpopulációra irányuló programok összóraszáma, az alkalmak száma, illetve a megvalósítás időtartama alapján felrajzolt, az idői dimenziók együttjárását ábrázoló kapcsolati térkép segítségével összességében három jellemző programtípus rajzolódott ki (24. ábra). A programok egyik meghatározó csoportját képezik a több mint egy hónap, de maximum fél év alatt megvalósításra kerülő, 3-5 alkalomból álló, 5-10 órás beavatkozások. Egy másik csoport a szintén több mint egy hónap, de maximum fél év alatt megvalósításra kerülő, 6-10 alkalomból álló, 11-20 órás beavatkozások csoportja, illetve a szintén féléven belül megvalósuló, de több mint 10 alkalomból álló, s több mint 30 órás programok. Emelett egy további jelentős csoport a kevesebb mint 5 órás, 1 nap, illetve 1 alkalom alatt megvalósításra kerülő programoké. Tehát azt mondhatjuk, hogy a megismert programok idői dimenziói alapján a programkínálatban az egy hónapnál hoszabb, de fél év alatt lefutó, az összóraszám és a megvalósítási alkalmak te-

kintetében heterogén (5-20 óra közötti vagy 30 óránál több összóraszámú, 3-nál több találkozásból álló), valamint a rövid idejű, 1 alkalomra korlátozódó beavatkozások a leginkább jellemzőek.

Az általános, célzott és javallott programok idői jellemzői a programokra összességében jelemzőtől és egymástól némileg eltérőek. A fentiekben leírtak leginkább az átalános prevenciós programokat jellemzik. A célzott progamok között gyakori a több mint 30 órás, és jellemzően legalább 6-nál több alkalomból állnak, a javallott programok fele pedig több mint 10 alkalomból (6.2. melléklet 9. táblázat).

24.ábra: A különböző idői jellemzők kapcsolódása a közvetlenül végső célcsoportra irányuló programokban (N=80)



3.2.1.4.2. A programok módszerei

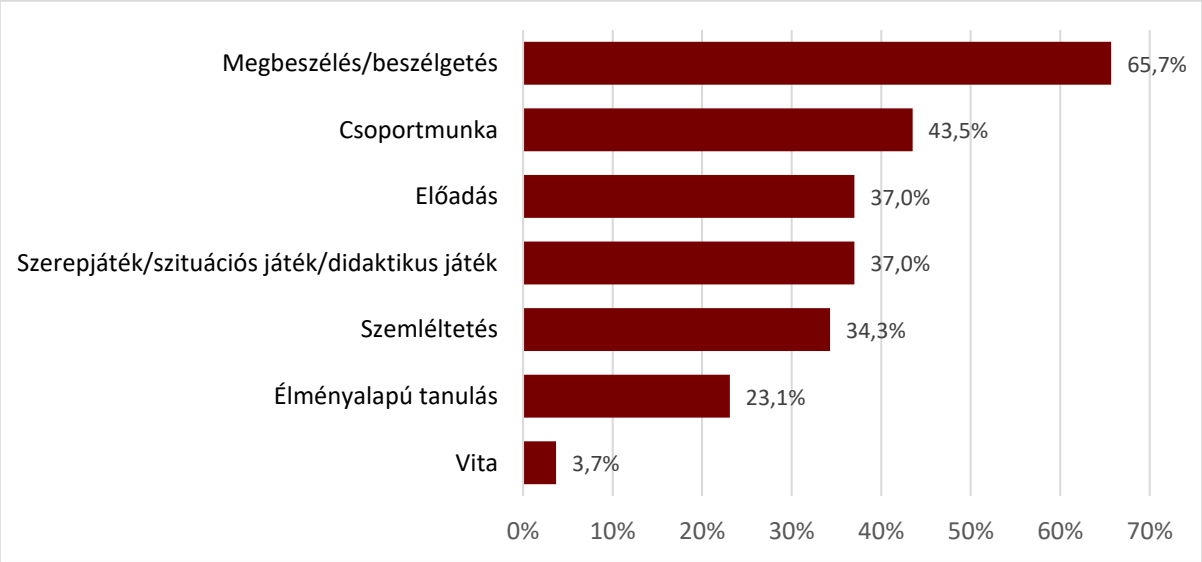
A végső célpopulációra irányuló programok esetében az alkalmazott módszerek vonatkozásában az alábbi módszereket tudtuk elkülüníteni a programinformációs adatlapotban megjelenő válaszok alapján az adatlapot kitöltő programokban esetében:

a) előadás
b) megbeszélés/beszélgetés
c) szemléltetés (vizuális/tárgyi/egyéb)
d) vita
e) csoportmunka
f) szerepjáték/szituációs játék/didaktikus játék
g) élményalapú tanulás

A programok/szolgáltatások módszertani leírása alapján a fenti típusok mentén a beavatkozások átlagosan 2,4 féle módszert alkalmaznak, több mint felük (57%; 62 program/szolgáltatás) maximum 2 félét, egynegyedük (16,9%; 29 program) 3 félét, s csak minden hetedik program alkalmaz ennél többféle módszert.

A válaszok alapján a fentiek közül a programok megvalósítására leginkább a megbeszélés/beszélgetés a jellemző, a programok kétharmada alkalmazza ezt a módszert. Az összes többi módszer a programok kevesebb mint felében kerül alkalmazásra. Minazonáltal a különböző csoportos technikák, illetve az előadás, valamint a szemlélteltés (vizuális, tárgyi vagy egyéb módon) a programok több mint egyharmadánál megjelenik. Az élményalapú tanulás módszerének alkalmazását azonban csak minden negyedik-ötödik program jelezte, s a válaszok alapján egyelőre kifejezetten ritka a vita-módszer megjelenése a prevenciós programokban (25. ábra).

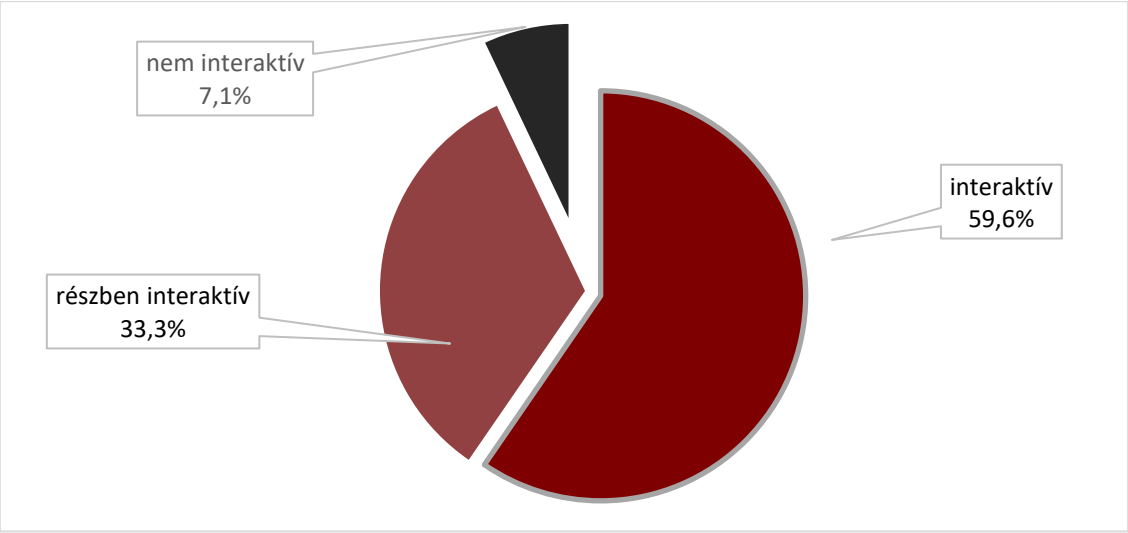
25.ábra: A közvetlenül végső célcsoportra irányuló programok során alkalmazott módszerek előfordulása (%; N=108)



Az általános, célzott és javallott programokban egyaránt a megbeszélés/beszélgetés a leggyakrabban alkalmazott módszer, azonban míg az általános prevenciós programokban ezt az előadás és a szemléltetés követi, a célzott és javallot programoknál a csoportmunka a második legnépszerűbb módszer, ami a célzott programok esetében még kiegészül szerepjátékkal/szituációs játékkal/dinamikus játékkal (6.2. melléklet, 10. táblázat).

Tekintettel arra, hogy prevenciós programok eredményességének/hatékonyságának vizsgálata során – elsősorban a közvetlenül a diákokkal foglalkozó beavatkozások esetében – a szakirodalom kitüntetett szerepet tulajdonít az interaktivitás kérdéskörének,[32] így a módszerek típusai mellett megvizsgáltuk a programok interaktivitását. Az e tekintetben értékelhető információval szolgáló programok (N=99) nagy többsége (92 program; 92,9%) legalább részben alkalmaz interaktív módszereket: háromötödük (59 program; 59,6%) teljes mértékben, egyharmaduk (33 program; 33,3%) részben interaktív módszertani elemekből építkezik. Mindössze 7 program (7,1%) esetében nem jelent meg a frontális előadáson kívül más programelem (26. ábra).

26.ábra: A közvetlenül végső célcsoportra irányuló programok megoszlása interaktivitás szerint (%; N=99)



Az általános prevenció körébe tartozó beavatkozások interaktivitási jellemzői a fentiekhez hasonlóak, azonban a célzott és javallott beavatkozások mindegyike legalább részben interaktív,

[32] Tobler és kutatócsoportja (1997) a 80-as–90-es években az iskolai színtéren megvalósított és értékelt drogprevenciós programok eredményértékeléseinek metaanalízise alapján arra a megállapításra jutott, hogy a prevenciós program viselkedésre gyakorolt hatása szempontjából a legnagyobb jelentőséggel a programmegvalósítás interaktivitása bír. Ehhez képest másodlagos a program célkitűzése, illetőleg annak tartalmi fókusza. Az interaktivitás ebben az esetben azt jelenti, hogy a résztvevők nem pusztán hallgatóságként vannak jelen a prevenciós beavatkozások során, hanem ténylegesen részt vevő módon. A szokásos, „frontális" beavatkozás alanyai bevonásra kerülnek a gyakorlatokba, szerepjátékokba; csoportosan megbeszélik a felmerülő kérdéseket; stb. (Tobler, 1997; Tobler, és Stratton, 1997).

s a célzott programok 70,6%-a, a javallott beavatkozásoknak pedig közel négyötöde egyértelműen csak interaktív módszereket alkalmaz (6.2. melléklet 11. táblázat)

3.2.1.5. A programok/szolgáltatások egyéb jellemzői

A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programok/szolgáltatások területi lefedettségére, célcsoportjára, célkitűzéseire és az alkamazott módszerekre vonatkozó információk mellett a kutatás során adatokat gyűjtöttünk

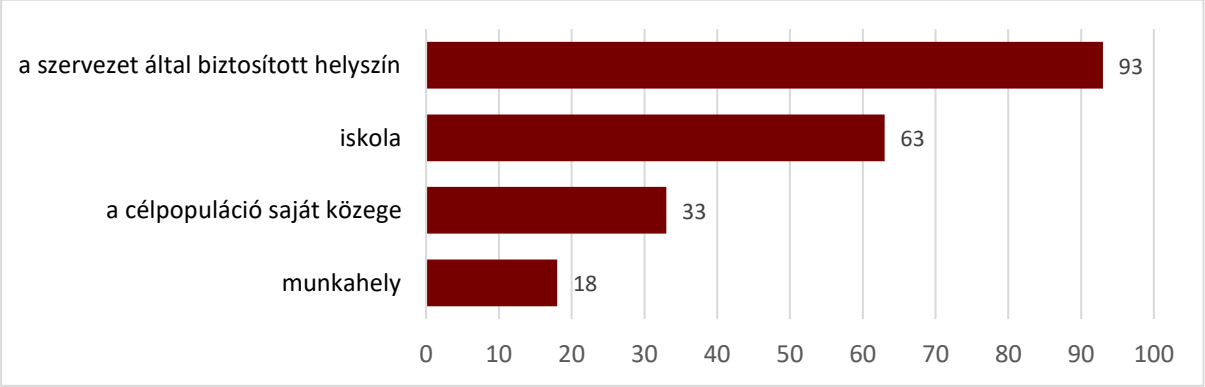
- a program/szolgáltatás színterére
- a programok/szolgáltatások értékelésére
- a programok/szolgáltatások humánerőforrás összetételére vonatkozóan.

3.2.1.5.1. A programok/szolgáltatások színtere

A programok/szolgáltatások megvalósítási színterének vizsgálata során a következő 4 féle megvalósítási helyszín megadására volt lehetőség: iskola, munkahely, a célpopuláció saját közege és a szervezet által biztosított helyeszín. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozások több mint kétharmada (69,1%), 103 program/szolgáltatás a vizsgált 4 színtér közül 1 színtéren jelenik meg, egynegyedük (24,8%; 37 program/szolgáltatás) 2 színtéren is jelen van, kettőnél többféle megvalósítási helyszín mindössze a beavatkozások 6 %-ára (9 program/szolgáltatás) jellemző.

A kérdésre válaszoló programok/szolgáltatások (N=149) esetében átlagosan egy beavatkozás 1,4 féle színtéren dolgozik. A programok/szolgáltatások közel kétharmada (62,4%; 93 program/szolgáltatás) esetében a megvalósítás (egyik) színtere a saját szervezet által biztosított helyszín. A második legnépszerűbb színtér az iskola, a beavatkozások több mint kétötöde (42,3%, 63 program/szolgáltatás) jelölte meg az iskolát (is) megvalósítási helyszínként. Jóval kevésbé jellemző, hogy a beavatkozások a célpopuláció saját közegében (is) elérhetőek (22,1%; 33 program), s csak alig több mint a beavatkozások tizedénél jelent meg munkahelyi színtér (12,1%; 18 program/szolgáltatás) (27. ábra).

27.ábra: A végső célcsoportra irányuló beavatkozások megvalósításának színtere (beavatkozások száma db; N=149)



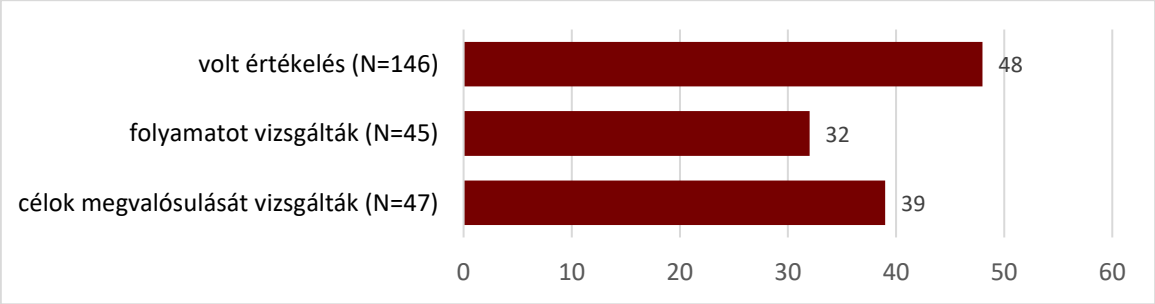
Az iskolát a megvalósítás helyszíne mellett a beavatkozásban résztvevők rekrutálási színtereként is vizsgáltuk. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programok/szolgáltatások háromötöde esetében (90 program/szolgáltatás; 59,6%) az iskolán keresztül (is) kapcsolatba lép a célpopulációval, egyötödük (30 porgram/szolgáltatás; 19,9%) kizárólag az iskolán kereszül kerül kapcsolatba az interveniált populációval,[33] kétötödük (60 program/szolgáltatás, 3,7%) pedig az iskolában és más színtereken is.

3.2.1.5.2. A programokok/szolgáltatásokok értékelése

A kutatás során a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozások közel egyharmada (48 program/szolgáltatás; 32,9%) számolt be arról, hogy van lezárult programértékelésük, bár meg kell jegyeznünk, hogy írásos összefoglaló meglétét csak 15 beavatkozás jelezte.

Az értékelés céljaként a válaszolók valamivel nagyobb arányban (83,0%; 39 program/szolgáltatás) számoltak be a célok megvalósulására irányuló értékelésről, mint a folyamat vizsgálatáról (71,1%; 32 program/szolgáltatás), s az értékelést végző, s mindkét kérdésre válaszoló (N=45) beavatkozások több mint fele (55,6%; 25 program/szolgáltatás) – bevallásuk szerint – mindkét értékelési elemet alkalmazta (28. ábra).

28.ábra: A végső célcsoportra irányuló beavatkozások értékelése (beavatkozások száma db)



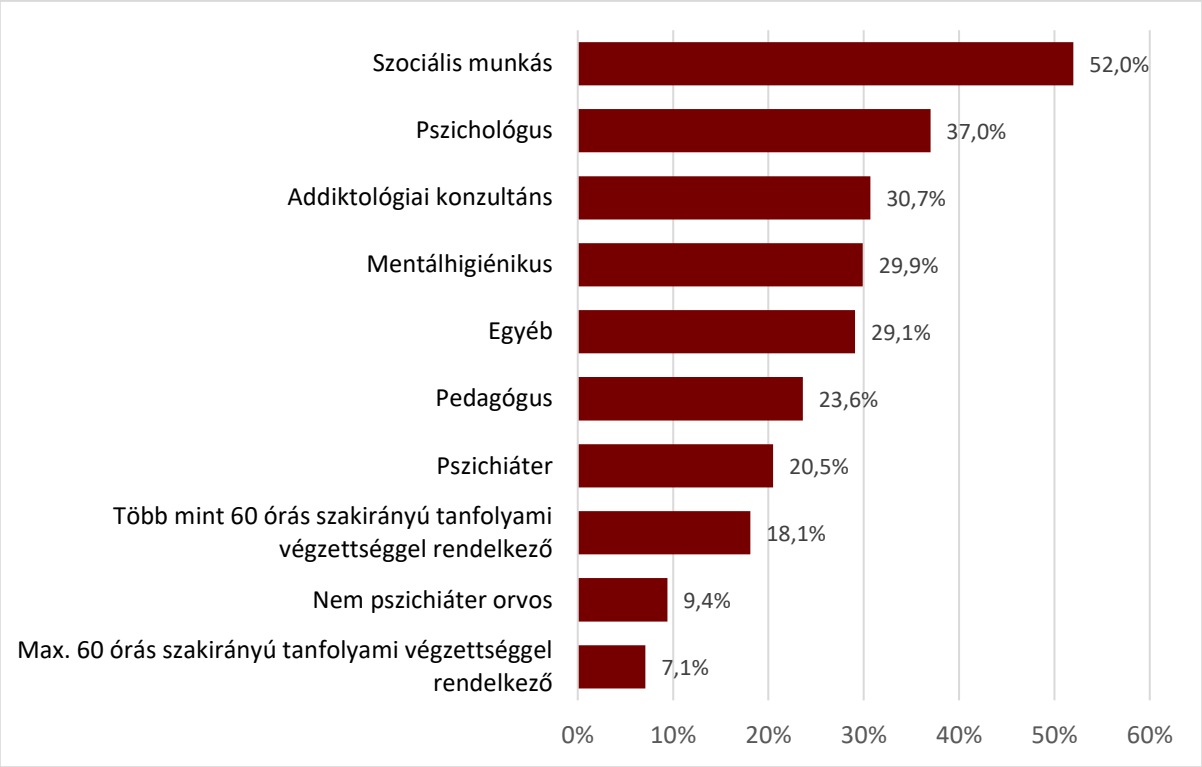
3.2.1.5.3. A programok/szolgáltatások humánerőforrás összetétele

A munkatársi összetételükről információt adó közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozások (N=127) valamivel több mint felében (66 program/szolgáltatás; 52,0%) dolgozik legalább egy szociális munkás, a beavatkozások 37%-ban (47 program/szolgáltatás) találkozhatunk pszichológussal, megközelítően tízből három program/szolgáltatás munkájában részt vesz addiktológiai konzultáns és/vagy mentálhigiénés szakember. Minden negyedik-ötödik programban találkozhatunk pedagógus vagy pszichiáter kollégával, illetve hasonló arányban több mint 60 órás szakirányú tanfolyami véeezttséggel rendelkező munkatárssal. Ugyanakkor

[33] 1 program esetében a kapcsolatbalépés kizárólag az iskolában történik, de a megvalósítás helyszíne nem az iskola.

csak minden tizedik beavatkozásban dolgozik nem pszichiáter orvos. Emellett a programok/szolgáltatások közel egyharmada említett valamilyen egyéb végzettségű szakembert[34] (29. ábra)

29.ábra: A különböző szakemberek jelenléte a közvetlenül végső célcsoportra irányuló beavatkozásokban (as programok/szolgáltatások %-ában; N=127)



A fentieken túlmenően a programok esetében külön elemzési szempontként szerepeltettük a sorstárs segítő/leállt szenvedélybeteg bevonását. A kutatásban résztvevő 120, közvetlenül a végső célpopulációra irányuló program közül 87 esetében (72,5%) rendelkezünk erre vonatkozóan információval, s közülük körülbelül minden hetedik (12 porgram, 13,8%) programnál azonosítottuk sorstárs segítő/leállt szenvedélybeteg személy részvételét.

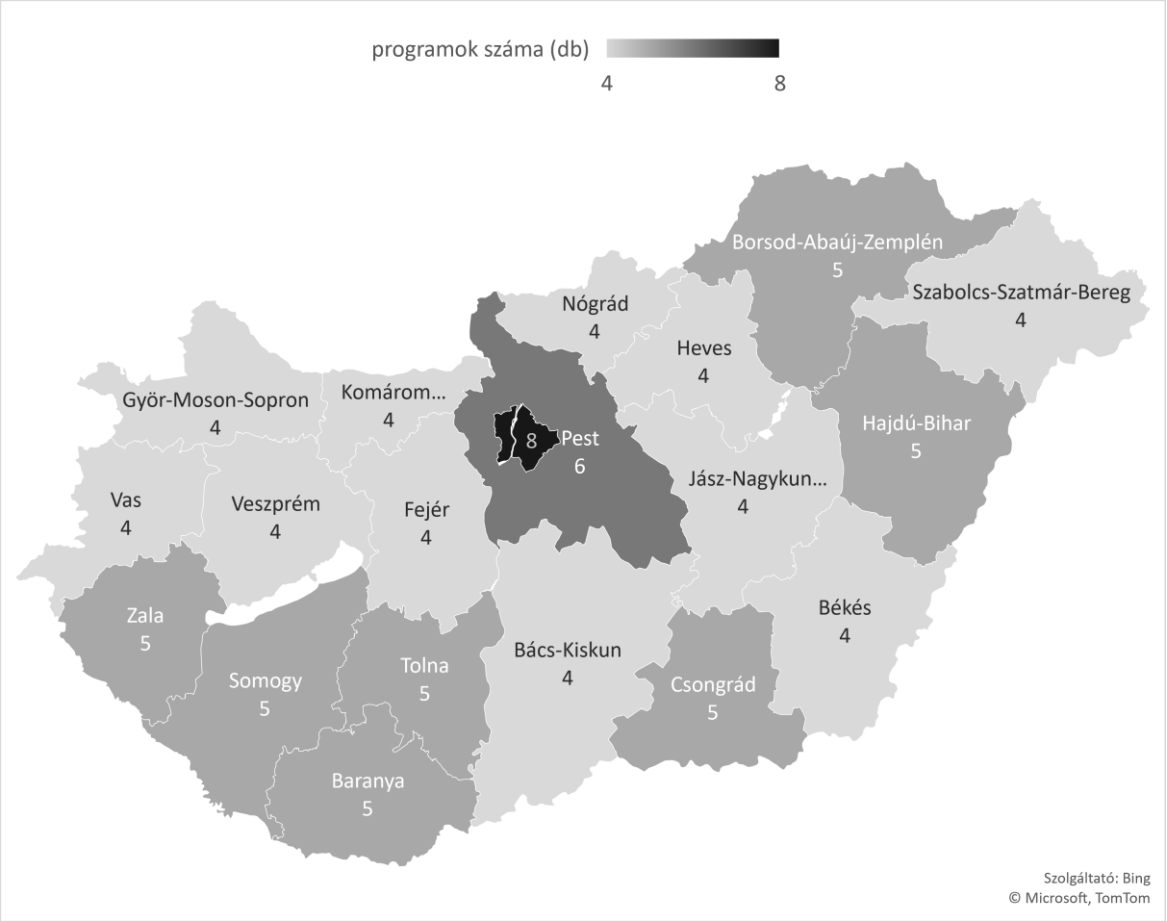
[34] Az egyéb munkatársak között a legkülönfélébb szakmák kerültek megjelenítésre, pl. rendőr, lelkész, szociológus, ifjúságfejlesztő, újságíró, színész, edző, gyógypedagógus, védőnő.

3.2.2. Közvetítő célcsoportra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások jellemzői

3.2.2.1. A képző programok/szolgáltatások területi lefedettsége

A közvetítő célcsoportra irányuló, képző programok/szolgáltatások területi lefedettségét vizsgálva – a közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások főváros-vidék mintázódásához hasonlóan – elmondhatjuk, hogy Budapesten közel kétszer akkora programkínálat található, mint egy átlagos megyében. A fővárosban 8, míg egy átlagos megyében 4,5 képző program/szolgáltatás érhető el. Ugyanakkor míg a közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások esetében megyénként átlagosan közel 8, számos megyében 10-15 „helyi" programmal/szolgáltatással találkoztunk, a képző programok esetében a vidéken elérhető beavatkozások döntően (4 képzés) országos lefedettségűek. Azaz a közvetítő célcsoportra irányuló, képző programok/szolgáltatások tekinetében a megyék között minimális különbség figyelhető meg, 11 megyében csak az országos hatókörű képzések érhetők el, 7 megyében az országos mellett 1-1 „helyi" képzés van jelen, egyedül Pest megyében találunk az országos elérhetőségűek mellett még 2 beavatkozást (30. ábra).

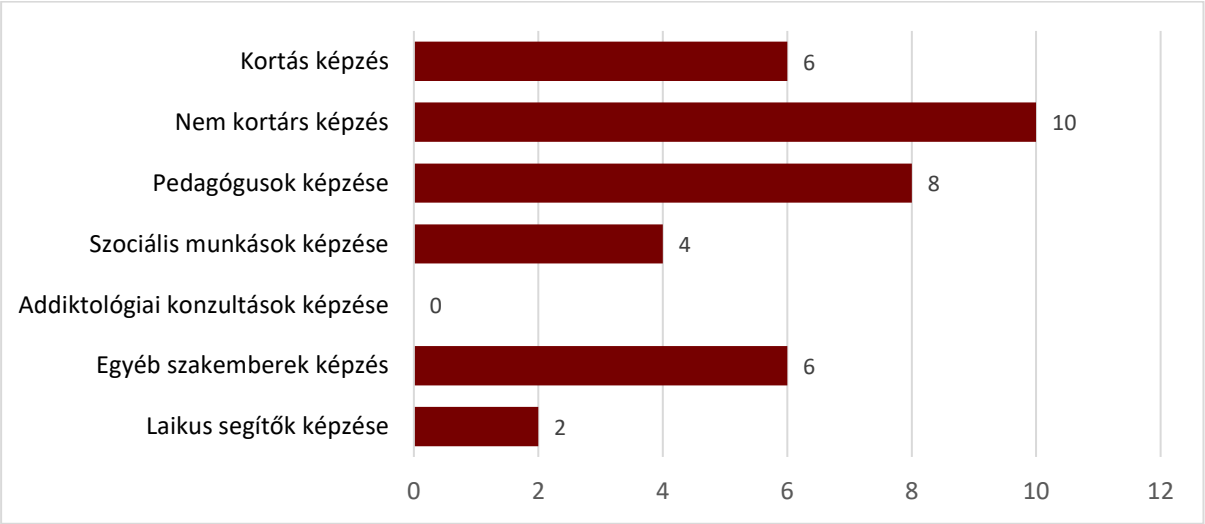
30.ábra: A közvetítő célcsoportra irányuló, képző programok/szolgáltatások területi elhelyezkedése: a beavatkozások száma megyénként és Budapesten (db; N=16)



3.2.2.2. A képző programok/szolgáltatások célcsoportja

A közvetítő célcsoportra irányuló képző programok/szolgáltatások valamivel több mint egyharmada (6 képzés; 37,5%) kortásképzés, másik közel kétharmada (10 képzés; 62,5%) pedig szakemberek és/vagy laikus segítők képzésére irányul. A nem kortásképzők képzései elsősorban pedagógusokat (8 képzés), szociális munkásokat (4 képzés), vagy egyéb, főként ifjúsági szociális területen dolgozó (6 képzés), nem képzett addiktológiai szakembereket céloznak meg. Két közvetítő célcsoportra irányuló program/szolgáltatás képzettséghez kötés nélkül, általános populációba tartozó laikusokat (is)[35] megszólít.

31.ábra: A közvetítő célcsoportra irányuló, képző programok/szolgáltatások célcsoportjának főbb jellemzői (db; N=151)



3.2.2.2.1. A képző programok/szolgáltatások szükségletalapúsága

A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozásokhoz képest – melyek közel kétharmada jelezte, hogy végzett a program/szolgáltatás indítása előtt szükségletfelmérést – a képző programoknak több, mint háromnegyede esetében a program indítását megelőzte a szükségletek megismerésére irányuló felmérés (10 képzés, 76,9%; N=13). Emellett a képzések többsége egyéb forrásokat (is) használt a célpopuláció tekintetében való tájékozódáshoz: a képzések több mint fele a színtéren dolgozóktól (9 kézés; 56,3%), több mint egyharmaduk (6 képzés; 37,5%) pedig a szakirodalom alapján (is[36]) próbált információkat szerezni.

[35] Az egyik képzés esetében különböző szakemberek mellett.

[36] 3 program csak egyéb információkat használt: 1 képzés csak a színtéren dolgozóktól, 1 pedig kizárólag a szairodalomból, 1 pedig mindkét forrásból tájékozódott a képzés indítását megelőzően.

3.2.2.2.2. A képző programok/szolgáltatások által elért populáció nagysága

A megismert képző programok/szolgáltatások forgalmáról a 2019-es évre vonatkozóan rendelkezésre álló adatok (N=12) alapján a közvetítő célpopulációra irányuló beavatkozások 2019-ben összesen 525 főt, átlagosan 43,8 személyt értek el. A kérdésre válaszoló képzések fele kevesebb mint 40 főt, a legtöbb program 30 vagy 40 főt ért el. A legkisebb létszámú képzés 12 fős, a legnagyobb 100 fős volt. A közvetítő célpopulációra irányuló beavatkozások egy átlagos évre vonakozó elérési adatai a 2019-es évihez hasonlóak. (3. táblázat).

3. táblázat: A képző programok/szolgáltatások által elért populáció nagysága 2019-ben, és egy átlagos évben (fő)

	2019-ben	Egy átlagos évben
N	12	12
Átlag	43,8	45,3
Medián	39	40
Módusz (dupla)	30/40	30/40
Minimum	12	15
Maximum	100	100
Összesen elért személyek száma	525	544

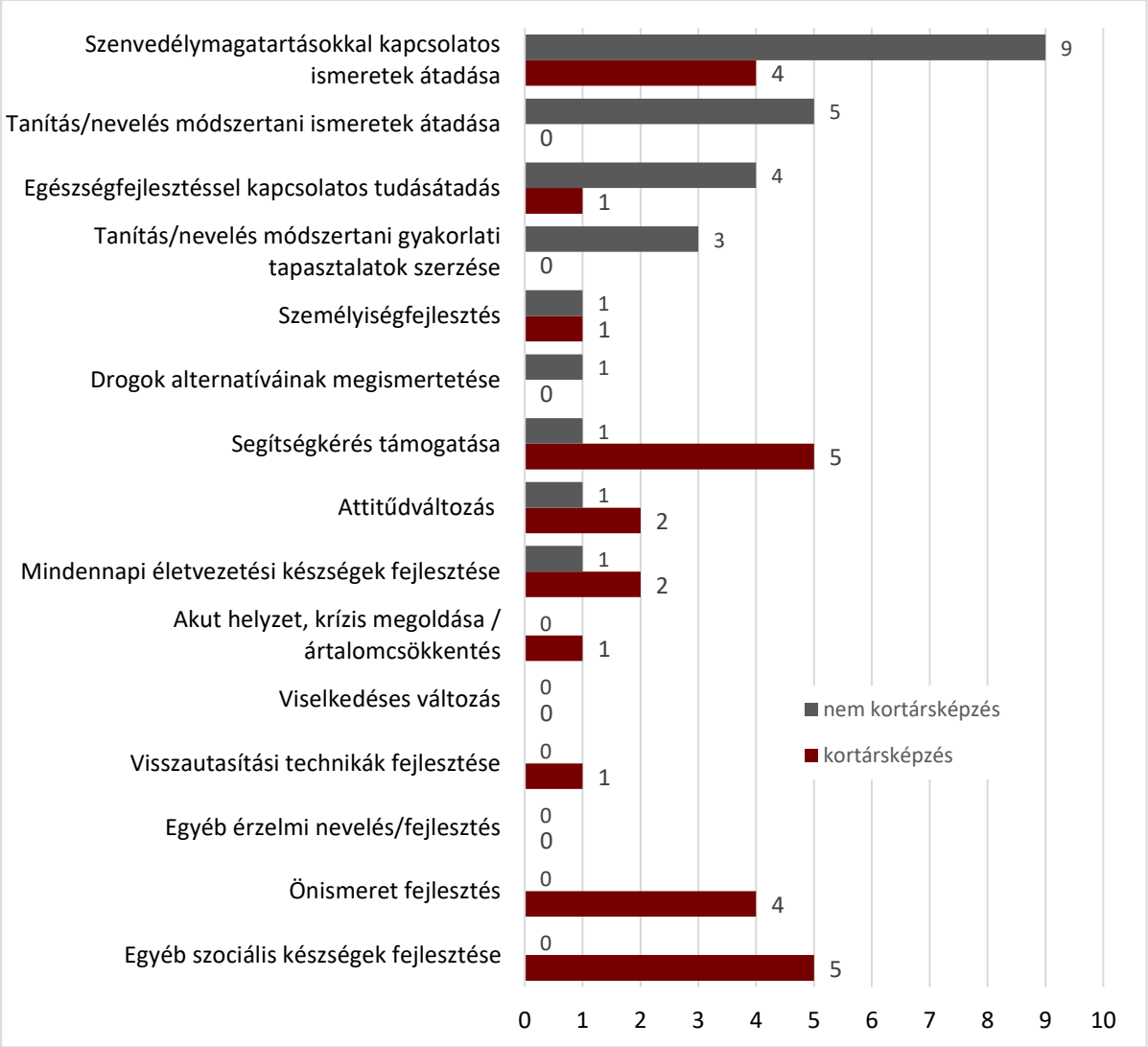
3.2.2.3. A képző programok/szolgáltatások célkitűzései

A képző programok/szolgáltatások célkitűzéseinek kategorizálása során a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozások céljainak tipizálásánál azonosított szempontokat használtuk, két további tanítás/nevelés módszertani kategóriával kiegészítve:

a) Szenvedélymagatartásokkal kapcsolatos ismeretek átadása
b) Egészségfejlesztéssel kapcsolatos tudásátadás
c) Önismeret fejlesztés
d) Egyéb érzelmi nevelés/fejlesztés
e) Visszautasítási technikák fejlesztése
f) Egyéb szociális készségek fejlesztése
g) Mindennapi életvezetési készségek fejlesztése (megküzdési, döntéshozatali készségek)
h) Személyiségfejlesztés
i) Drogok alternatíváinak megismertetése
j) Segítségkérés támogatása
k) Akut helyzet, krízis megoldása / ártalomcsökkentés
l) Viselkedéses változás
m) Attitűdváltozás
n) Tanítás/nevelés módszertani ismeretek átadása
o) Tanítás/nevelés módszertani gyakorlati tapasztalatok szerzése.

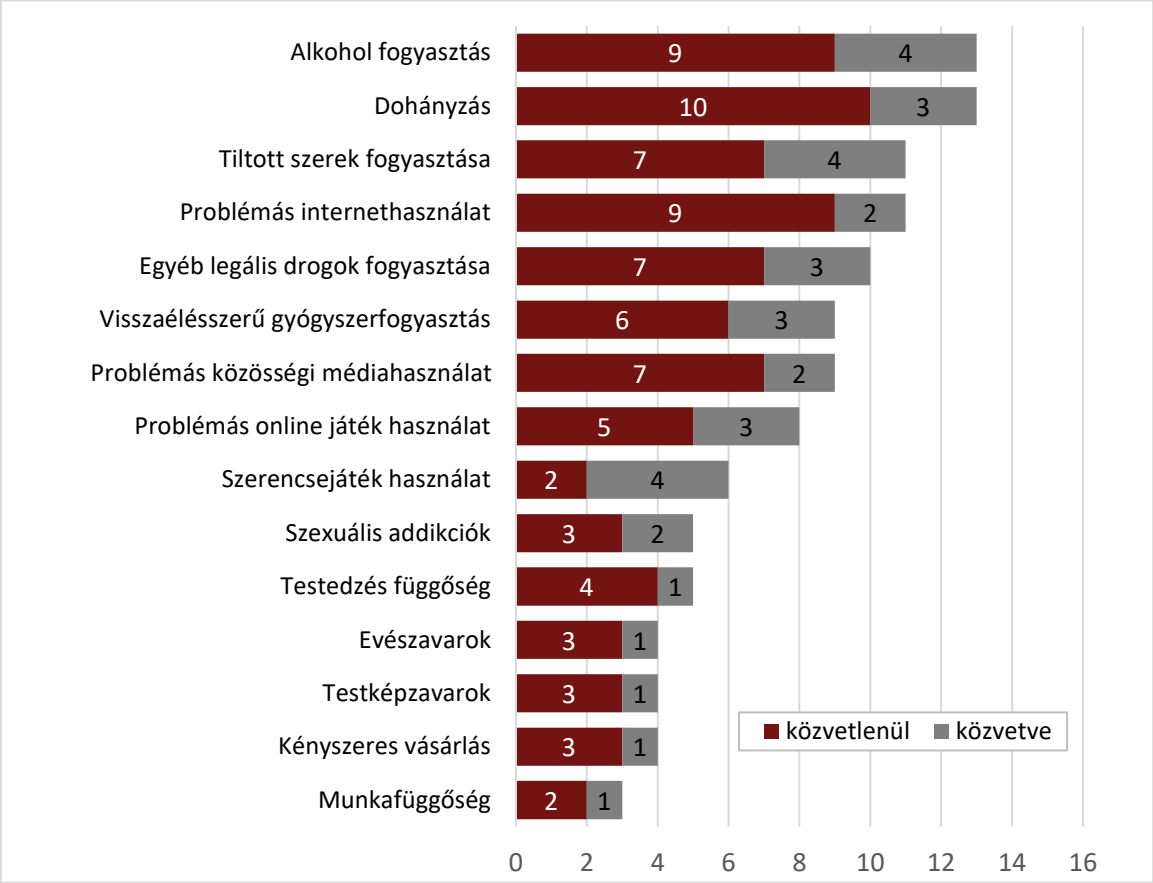
A közvetítő célcsoportra irányuló programok/szolgáltatások esetében a célok különböző strukturája rajzolódik ki a kortárs és nem kortás képzések esetében. A túlnyomórészt szakemberek képzésére irányuló nem kortárs képzések a szenvedélymagatartásokkal (9 képzés) – és ritkábban egészségfejlesztéssel (4 képzés) – kapcsolatos ismeretek átadása mellett tanítás/nevelési módszertani ismeretek (5 képzés) átadására fókuszálnak, és egyáltalán nem jelennek meg a nem kortárs képzésekben viselkedésváltozással, visszautasítási technikák fejlesztésével, érzelmi neveléssel, egyéb szociális készségekkel valamint akut helyzet/krízis megoldásával kapcsolatos célok. A kortársképzések esetében azonban – a szenvedélymagatartásokkal kapcsolatos ismeretek átadása mellett – éppen ezek némelyike, leginkább az egyéb szociális készségek fejlesztése, a segítségkérés támogatása, illetve az önismeret fejlesztés hangsúlyos, és a tanítás/neveléssel kapcsolatos módszertani és gyakorlati ismeretek nem jelennek meg.

32.ábra: A különböző célkitűzések megjelenése a közvetítő célcsoportra irányuló, kortárs és nem kortárs képző programokban/szolgáltatásokban (%; $N_{nem\ kortárs}$=10; $N_{nem\ kortárs}$=10)



A közbülső célpopulációra irányuló képző programok/szolgáltatások által megcélzott szenvedélymagatartások esetében is – a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozásokhoz hasonlóan – azt tapasztaltuk, hogy a szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos céltételezések népszerűsége valamelyest nagyobb, mint a viselkedési addikcióké. A képzések döntő többsége (15 képzés) közvetlenül és/vagy közvetetten[37] megcélozza valamelyik szerhasználó magatartás megelőzését, ebből 12 képzés direkt módon is. Valamilyen viselkedési addikció közvetlen és/vagy közvetett interveniálásával kapcsolatos céltételezést ugyanakkor csak 12 program/szolgáltatás fogalmazott meg, s ebből 10 képzés fogalkozik közvetlenül a témával. Tehát míg mindössze egy olyan képzés van az aktuális szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló képzések között, ahol a szerhasználó magatartásokról nem esik szó, a viselkedési addikciókkal azonban a képzések egynegyede semmilyen módon nem foglalkozik.

33.ábra: A közvetítő célcsoportra irányuló képző programok/szolgáltatások által közvetlenül vagy közvetve megcélzott szenvedélymagatartások (db; N=16)



[37] Az egyes magatartásokat közvetlenül ill. közvetetten megcélzó beavatkozások halmaza független egymástól (ha egy beavatkozás valamelyik magatartással közvetlenül foglalkozik, akkor az esetében a közvetetten megcélzott magatartások között az nem szerepelhet), de mivel előfordul, hogy egy program/szolgáltatás az egyik szerhasználó magatartást közvetlenül célozza meg, a másikat pedig közvetetten, így a szerhasználó magtartásokat közvetlenül ill. közvetetten megcélzó beavatkozások halmaza átfedésben lehet.

Mint a fenti (33.) ábrán láthatjuk, a kutatás során megismert képzések a szerhasználó magatartások közül a dohányzással, az alkoholfogyasztással és a tiltott szerek használatával foglalkoznak közvetlenül legnagyobb arányban, a viselkedési addikciók közül pedig a problémás internet- és a közösségi média használat kérdésével. Ugyanakkor a képző programok/szolgáltatások több mint fele semmilyen módon (sem közvetlenül, sem közvetetten) nem érinti a szexuális addikcók, illetve a testedzés függőség témáját, és maximum egynegyedük foglalkozik az evészavarokkal, testképzavarokkal, kényszeres vásárlással, vagy a munkafüggőséggel.

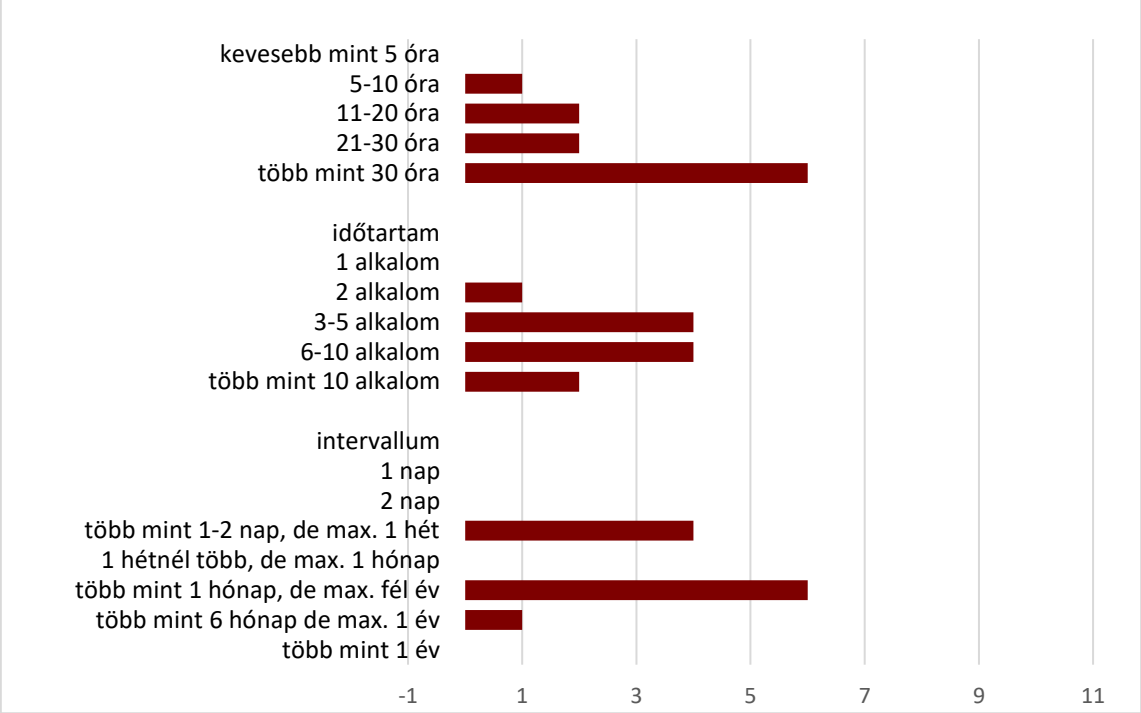
3.2.2.4. A képzések megvalósításának módja

A megismert közbülső célpopulációra irányuló képzések között mindössze 2 szolgáltatást találtunk, a többi 14 képzés megvalósítása program formában történik

3.2.2.4.1. A képző programok idői jellemzői

A képző programok megvalósulásának idői jellemzőit is az összóraszámmal, az alkalmak számával, valamint a „futás” időintervallumával, azaz egy teljes megvalósulás során az első és az utolsó alkalom között eltelt idővel írjuk le. Az összóraszámra kapott válaszok (N=11) alapján a képző programok meghatározó többsége több mint 30 órás, és a megismert képzések között nincs 5 óránál rövidebb program. A nagy óraszámmal összhangban a megvalósításuk 1-2 alkalomnál több, jellemzően 3-10 alkalom keretében történik (8 program), és 1-2 naposnál hosszabbak, többnyire (1 program kivételével) azonban maxiumum fél éves intervallumban megvalósulnak. (34. ábra).

34.ábra: A képző programok száma (db) a különböző idői jellemzők (összóraszám, alkalmak száma, időintervellum) mentén (N=11)



3.2.2.4.2. A képző programok módszerei

A képző programok esetében az alábbi alkalmazott módszertani elemek jelenlétét vizsgáltuk:

a) előadás
b) megbeszélés/beszélgetés
c) szemléltetés (vizuális/tárgyi/egyéb)
d) vita
e) csoportmunka
f) saját élményű gyakorlat
g) szupervízió

A fenti nyolcféle módszertani elem közül a megismert képző programok (N=13) közel fele (6 program) háromféle elemet alkalmaz, 2-2 progam alkalmaz kettő, illetve négyféle módszert, 1 program pedig kizárólag csoportmunkát használ. A válaszok alapján a fentiek közül a képző programok megvalósítására összességében is leginkább a csoportmunka jellemző, de a programok több mint felében alkalmazzák a megbeszélés/beszélgetés, valamint az előadás módszerét (is). A szerepjáték/szituációs játék/didaktikus játék, valamint a saját élményű gyakorlat alkalmazása azonban csak a megismert képzések kevesebb mint negyedénél fordult elő, nagyon ritka a szupervízió jelenléte, és egyáltalán nem találkoztunk a vita, mint módszer alkalmazásával a közvetítő populációra irányuló programokban (35. ábra).

35.ábra: A képző programok során alkalmazott módszerek előfordulása (%; N=13)

4. VÁLTOZÁSOK A PREVENCIÓS KÍNÁLATBAN AZ ELMÚLT 15 ÉVBEN

A prevenciós kínálat változásainak bemutatása során – a szenvedélymagatartások teljes spektrumát, a különböző színtereket, s az ország egész területét lefedni szándékozó – kutatásunk eredményeit elsősorban a 2015-ben (Paksi, Magi, Kó & Demetrovics, 2015; Paksi, Magi & Demetrovics, 2016), a jelenlegi adatgyűjtéssel nagymértékben megegyező módszertan alapján készült, a 9-24 éves korosztályt (is) megcélzó, függőségek megelőzésére irányuló prevenciós programok feltárására irányuló országos kutatás adataival hasonlítjuk össze. Emellett lehetőség szerint igyekszük a jelen kutatás erdményeinek hosszabbtávú időbeni kontextusát is megteremtetni a 15 évvel ezelőtt az iskolai szintéren megjelenő drogprevenciós programok országos kataszterével (Paksi & Demetrovics 2005; Paksi, Demetrovics, Nyírády, Nádas, Buda, Felvinczi, 2006), valamint egy 2009-ben az ország három régiójában[38] a drogprevenciós beavatkozások színtértől független leírására irányuló kutatás (Paksi & Arnold 2010) eredményievel való összehasonlítás révén.

A jelenlegi adatok időbeni kontextusának megteremtésére használt, rendelkezésre álló kutatási adatok – mint azt a fenti rövid bemutatásból is láthatjuk – a szolgáltatók, illetve beavatkozások eltérő körének lefedésére irányultak. A jelenlegi, minden szenvedélymagatartásra és minden populációra kiterjedő országos adatokat az 5 évvel ezelőtti adatokkal összehasonlítva a célpopuláció eltérősége jelent némi korlátot, de tekintettel a prevenciós beavatkozások életkori spektrumára, ez a korlát talán a legkevésbé jelentős. A nagyobb időtávra való visszatekintés esetében azonban már fokozottabb korlátokkal kell számolnunk. A 10 évvel ezelőtti kutatás esetében a területi lefedettség, a 15 évvel ezelőtti adatok esetében pedig a célpopuláció/színtér és az interveniált magatartások tekintetében is egy szűkített – az iskolai drogprevenciós programokra vonatkozó – adatbázissal történik az összehasonlítás. A rendelkezésre álló adatok által lefedett/elért szolgáltatók és programok eltérő köre miatt az időbeli összehasonlítások során a programok száma helyett csak eloszlásokra érdemes fókuszálnunk, bár a szolgáltatók/programok különböző jellemzőiben lefedettségi szempontok mentén esetlegesen megjelenő mintázódások miatt az eloszlásokban megjelenő tendenciákat is óvatossággal kell kezelnünk.

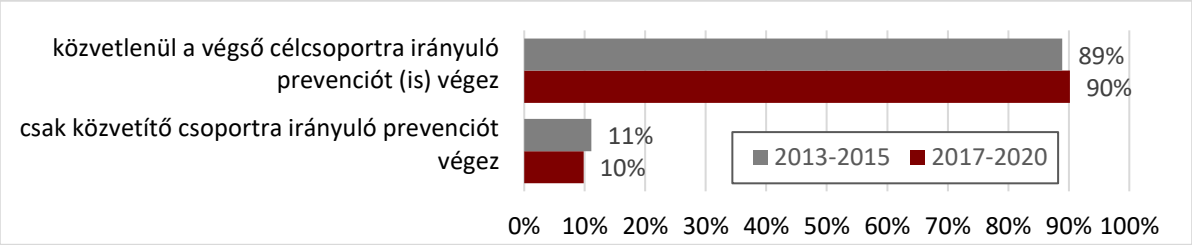
[38] A Dél-Alföldi, Észak-Alföldi és a Közép-Magyarországi régióban.

4.1.A prevenciós tevékenységet végző szervezetek jellemzőinek változása

4.1.1. A 2013-2015 és 2017 és 2020 között valamilyen prevenciós tevékenységet végző szervezetek jellemzőinek változása

A szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló valamilyen prevenciós tevékenységet[39] a végső célcsoportban közvetlenül (is), illetve csak közvetetten végző szervezetek arányában a 2013-2015 és a 2017-2020 közötti időszakban nem láttunk jelentős változást (36. ábra): a prevenciós munkát végző szervezetek döntő többsége a végső célcsoport számára (is) kínál valamilyen intervenciót.

36.ábra: Közvetlenül a végső célcsoportra irányuló prevenciós tevékenységet (is) végző, illetve azt csak valamilyen közvetítő csoporton keresztül elérő szervezetek aránya a jelenlegi (N=430), illetve a 2015-ös (N=253) kutatás során elért, szenvedélymagatartások megelőzésével valamilyen módon[40] foglalkozó szolgáltatók körében



A korábbi adat forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

A korábbiakhoz hasonlóan most is a fővárosban sikerült a legtöbb prevenciós szolgáltatót elérnünk, sőt az 5 évvel korábbi kutatási adatokhoz képest a jelenlegi kutatás során valamelyest nagyobb az elért szervezetek között a budapesti székhellyel rendelkezők aránya (16,6% vs. 18,1 %). Adataink a 2017-2020 közötti időszakban az egyes megyékben jelenlévő prevenciós szolgáltatók száma alapján legnagyobb és a legkisebb ellátottságú megyék tekintetében is hasonlóságot mutatnak az 5 évvel korábbi adatokkal: Pest, Hajdú-Bihar, Csongrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Bács-Kiskun és Békés megyében mindkét kutatás során az átlagosnál nagyobb számú szolgáltató került a látókörünkbe, és mindkét vizsgálatban a legkeveseb szolgáltatóval jellemezhető megyék között volt Nógrád, Vas és Somogy megye (4. táblázat). A megyék átlagához képest mindössze három megye relatív helyzete változott. Győr-Moson-Soporon megyében ugyan a látókörünkbe került szervezetek száma növekedett, de ennek ellenére elvesz-

[39] Közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként.

[40] Az ábra mindazokat a szervezeteket tartalmazza, akik a vizsgált időszakban közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként végeztek valamilyen prevenciós munkát.

tette a korábban átlagosnál jobb pozícióját, Tolna megye pedig a korábban is átlag alatti helyeztéből a kifejezetten alacsony ellátottságú megyék közé kerül. Egy megye ugyanakkor javított a relatív helyzetén, Baranya megye átlag alatti pozícióját cserélte átlag felettire.

4. táblázat: A szenvedélymagatartások megelőzésével valamilyen módon[41] foglalkozó szolgáltatók székhely szerinti eloszlása 2017-2020 között (N=430), illetve a 2013-2015 között (N=253) (elért szervezetek száma db, %)

Szolgáltató székhelye	2013-2015 között prevenciót végző szervezetek		2017-2020 között prevenciót végző szervezetek	
	szervezetek száma	%	szervezetek száma	%
Budapest	42	16,6	78	18,1
Pest megye	34	13,4	42	9,8
Hajdú-Bihar megye	21	8,3	39	9,1
Csongrád megye	14	5,5	31	7,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	15	5,9	25	5,8
Bács-Kiskun megye	12	4,7	24	5,6
Békés megye	17	6,7	24	5,6
Baranya megye	7	2,8	20	4,7
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	11	4,3	19	4,4
Zala megye	10	4	18	4,2
Fejér megye	11	4,3	18	4,2
Győr-Moson-Sopron megye	13	5,1	17	4,0
Jász-Nagykun-Szolnok megye	6	2,4	15	3,5
Heves megye	6	2,4	13	3,0
Veszprém megye	8	3,2	11	2,6
Komárom-Esztergom megye	6	2,4	10	2,3
Somogy megye	4	1,6	9	2,1
Tolna megye	9	3,6	8	1,9
Vas megye	4	1,6	5	1,2
Nógrád megye	3	1,2	4	0,9
Összesen	253	100,0	430	100,0
Megyei átlag	11	4,4	19	4,3
		átalag fölötti számú szerevezet (+ BP)		
		az átlag felénél kevesebb szerevezet		

A korábbi adatok forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

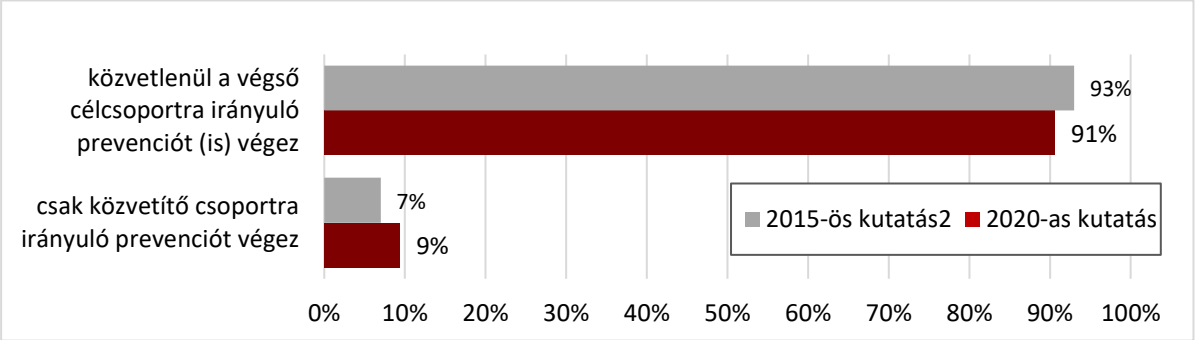
[41] A táblázat mindazokat a szervezeteket tartalmazza, akik a vizsgált időszakban közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként végeztek valamilyen prevenciós munkát.

Ugyanakkor a beavatkozások programszerűsége tekintetében jelentősen eltérnek a jelenleg elért szervezetek a 2015-ös kutatással (Paksi & Demetrovics, 2005) összehasonlítva. Míg 2013 és 2015 között valamilyen prevenciós tevékenységet végző szolgáltatók döntő többsége (90%-a) programszerű beavatkozást kínált, a jelenlegi kutatás során elért szervezetek közel egyharmada (29%-a) csak eseti jelleggel végez prevenciót. További eltérés, hogy hálózatok szerepe visszaszorulóban lévőnek látszik: míg a2013-2015 között az elért szolgáltatók közel 8%-a működött hálózat részeként, addig ez az arány a jelenlegi kutatásban 3,5%. Az aktuálisan a prevenciós tevékenységüket szüneteltető, illetve azzal felhagyó szolgáltatók aránya azonban jellemzően nem változott a két kutatás közötti időszakban: 2013-2015 között az elért szolgáltatók 3,5%-a adta fel végleg a prevenciós munkát, jelenleg ez az arány 3,2%. Összességében a 2015-ös kutatatás során elért, 2013-2015 között valamilyen prevenciós tevékenységet végző szervezetek 78%-a 2015-ben is jelen volt a prevenciós kínálatban valamilyen saját, programszerű beavatkozással, míg ez az arány a jelenlegi kutatás során azonosított prevenciós szervezetek körében csak 64%.

4.1.2. A saját programszerű prevenciós beavatkozást aktuálisan kínáló szervezetek jellemzőinek változása

A saját programszerű prevenciós beavatkozásokat aktuálisan a végső célcsoportban közvetlenül (is), illetve csak közvetetten végző szervezetek arányában – a 2013-2015 és a 2017-2020 közötti időszakban szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló valamilyen prevenciós tevékenységet[42] a végző szervezetek körében tapasztalthoz hasonlóan – nem látunk változást a 2015-ös és a jelenlegi, 2020-as kutatás adatai alapján (37. ábra).

37.ábra: A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló prevenciós tevékenységet (is) végző, illetve azt csak valamilyen közvetítő csoporton keresztül elérő szervezetek aránya az aktuálisan saját, programszerű prevenciós beavatkozást működtető, a 2015-ös (N=194), illetve a 2020-as (N=276) kutatás során elért szolgáltatók körében



A korábbi adat forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

[42] Közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként.

A saját programszerű prevenciós beavatkozásokat akutálisan (is) működetető[43] szervezetek területi elhelyezkedése tekintetében – a vizsgált időszakban valamilyen prevenciós tevékenységet[44] végző szervezetek körében hapasztalthoz hasonlóan – szintén nem látunk markáns átrendeződéseket (5. táblázat). A jelenlegi helyzethez hasonlóan 2015-ben is Budapesten, valamin Pest és Hajdú-Bihar megyében működött a legtöbb saját programszerű beavatkozást kínáló szolgáltató, s mindkét időszakban átlag fölötti volt Csongrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Békés, Bács-Kiskun és Győr-Moson-Sopron megye ellátottsága. Szintén megegyezik a két vizsgálatban relatíve legkedvezőtlenebb pozícióban lévő három terület: Vas, Nógrád és Veszprém megye. Ugyanakkor öt megyének változott a megyék átlagához képest meghatározható helyzete: Baranya, Jász-Nagykun-Szolnok, Somogy és Tolna megye relatív pozíciója javult, Baranya megye ellátottsága jelenleg az átlagosnál jobb, a többi említett megye pedig kikerült a legkedvezőtlenebb helyzetű megyék közül. Két megye azonban relatíve vesztett pozíciójából: Borsod-Abaúj-Zemplén és Fejér megyében korábban átlag feletti számban működtek programszerű prevenciós beavatkozások, mára azonban már ezek a megyék nem érik el az átlagot.

A 15 évvel korábbi adatok (Paksi & Demetrovics, 2005) szerint az iskolai színtéren jelenlévő prevenciós szolgáltatók esetében méginkább markánsan megjelent a főváros centrikusság: 2003-2005-ben az iskolai programokat kínáló szolgáltatók 40%-a fővárosban működött. Emellett az iskolai színtéren 15 évvel ezelőtt jelenlévő szolgáltatók területi eloszlása (Paksi & Demetrovics, 2005) is azt jelzi, hogy a prevenciós szolgáltatók elhelyezkedése meglehetősen stabil területi mintázódást mutat: a 2003-2005 között készült kutatás eredményei szintén a délkeleti megyék átlag feletti szolgáltató-ellátottságát mutatták, s a legkevesebb szolgáltatót magukénak tudó megyék – Vas, Veszprém, Somogy és Nógrád megye – tekintetében is nagy átfedés tapasztalható a jelenlegi kutatás alapján kedvezőtlen ellátottságú megyékkel (38. ábra).

5. táblázat: A szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló saját, programszerű prevenciós beavatkozást az adatfelvétel idején aktuálisan is működtető szolgáltatók száma és eloszlása (%) megyénként a 2015-ös (N=194) és a jelenlegi kutatásban (N=276)

Szolgáltató székhelye	2015-ös kutatás		2020-as kutatás	
	szervezetek száma	%	szervezetek száma	%
Budapest	36	18,6	60	21,7
Pest megye	27	13,9	30	10,9
Hajdú-Bihar megye	19	9,8	26	9,4
Csongrád megye	13	6,7	19	6,9
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	9	4,6	19	6,9

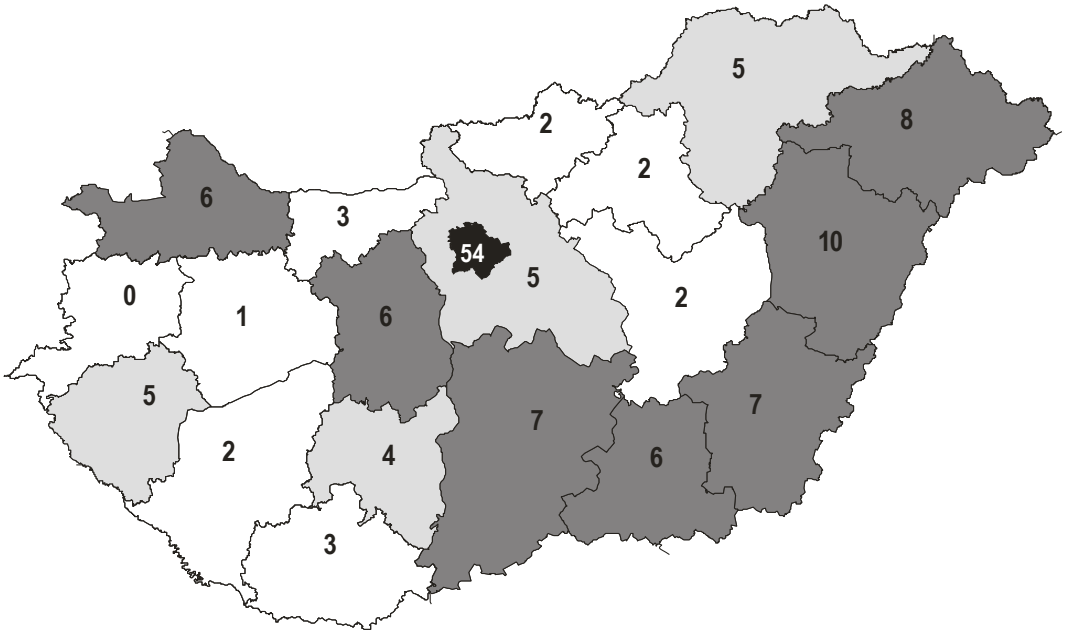
[43] Vagy csak átmenetileg szüneteltető.

[44] Közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként.

Szolgáltató székhelye	2015-ös kutatás		2020-as kutatás	
	szervezetek száma	%	szervezetek száma	%
Békés megye	9	4,6	15	5,4
Bács-Kiskun megye	11	5,7	13	4,7
Baranya megye	7	3,6	13	4,7
Győr-Moson-Sopron megye	10	5,2	13	4,7
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	9	4,6	10	3,6
Fejér megye	9	4,6	10	3,6
Zala megye	8	4,1	8	2,9
Jász-Nagykun-Szolnok megye	3	1,5	7	2,5
Komárom-Esztergom megye	5	2,6	7	2,5
Heves megye	5	2,6	6	2,2
Somogy megye	2	1	6	2,2
Tolna megye	4	2,1	6	2,2
Veszprém megye	3	1,5	4	1,4
Nógrád megye	3	1,5	2	0,7
Vas megye	2	1	2	0,7
Összesen	194	100,0	276	100,0
Megyei átlag	8	4,3	11	4,0
		átalag fölötti számú szerevezet (+ BP)		
		az átlag felénél kevesebb szerevezet		

A korábbi adatok forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

38.ábra: A prevenciós szolgáltatók székhely szerinti eloszlása a 2003-2005 közötti kutatás alapján (szolgáltatók száma; (N=136)

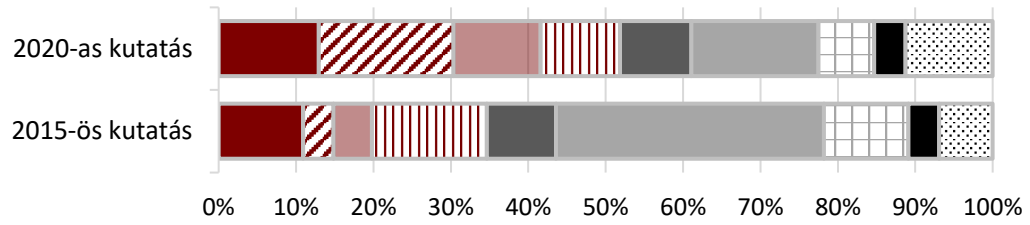


Forrás: Paksi & Demetrovics, 2005

A prevenciós tevékenységet végző szervezetek fő tevékenységét[45] vizsgála azt láthatjuk, hogy döntő többségük – a maihoz hasonlóan – 5 évvel ezelőtt sem főtevékenységként végezte a szenvedélymagatartás(ok) megelőzését. Azonban az 5 évvel korábbi helyzethez képest a főtevékenységként valamilyen prevenciós/egészségfejlesztési feladatok ellátására orientálódott szervezetek együttes aránya ma jelentősen magasabb (2015: 15%; 2020: 30%). Az egészségfejlesztési profilú szervezetek mellett az alacsonyküszöbű ellátás területén dolgozók szerepe növekedett az utóbbi években, valamint az egyéb tevékenységterületként megjelentek a szabadidős/közművelődési profilú szolgáltatóké. Ugyanakkor a fő tevékenységként egyéb segítő tevékenységet végző szervezetek szerepe – melyek a 2015-ös kutatás alapján meghatározó arányban voltak jelen a prevenciós szervezetek között – mára a felére csökkent, és a szenvedélybeteg ellátással/rehabilitációval foglalkozók prevenciós területen betöltött szerepe is valamelyest visszaszorult (39. ábra).

Ugyanakkor a mintegy 15 évvel ezelőtti, iskolai színtéren dolgozó drogprevenciós szervezetek kataszterével összehasonlítva (Paksi és Demetrovics, 2005) a jelenleg szenvedélymagatartások megelőzését végző szervezetek főtevékenység szerinti összetételét, nagymértékű hasonlóságot tapasztalhatunk: a főtevékenységként prevenciós/egészségfejlesztési tevékenységet végzők együttes aránya 15 évvel ezelőtt is 30% közelében volt, s az egyéb segítő tevékenység aránya is inkább a jelenlegihez közelített (40. ábra).

39.ábra: A szenvedélymagatartások megelőzésével foglalkozó szervezetek megoszlása fő tevékenység szerint 2015-ös (N=76) és a jelenlegi (N=97) kutatásban (%)

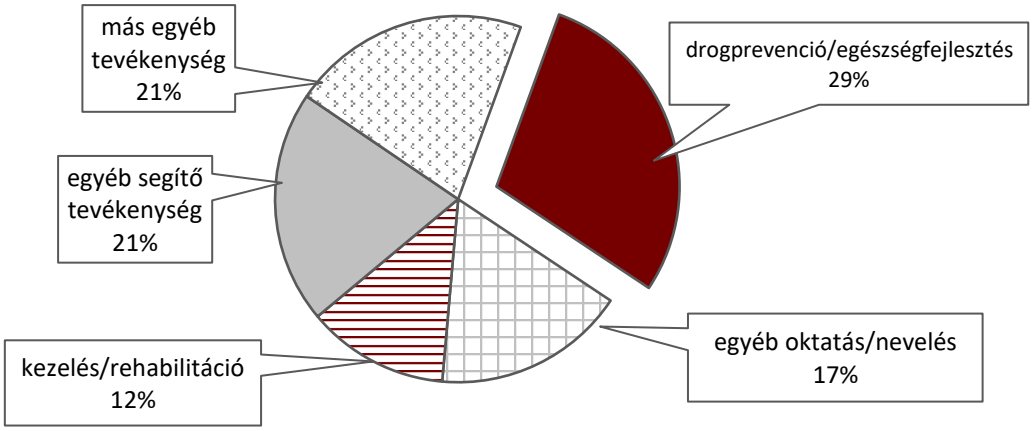


	2015-ös kutatás	2020-as kutatás
szenvedélymagatartások megelőzése	11	13
egészségfejlesztés	4	18
alacsonyküszöb	5	11
szenvedélybeteg ellátás/rehab	15	10
egyéb egészségügyi ellátás	9	9
egyéb segítő tevékenység	35	17
oktatás/nevelés	11	7
büntető igazságszolgálatás	4	4
egyéb	7	11

A korábbi adatok forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

[45] A prevenciós szervezetek fő tevékenység szerintei eloszlását a korábbi kutatatásokban is csak a Programinformációs Adatlapot kitöltő szervezetek körében tudtuk vizsgálni.

40.ábra: Az iskolai drogprevenciós tevékenységgel foglalkozó szervezetek megoszlása fő tevékenység szerint a 2003-2005 közötti kutatás alapján (%; N=136)

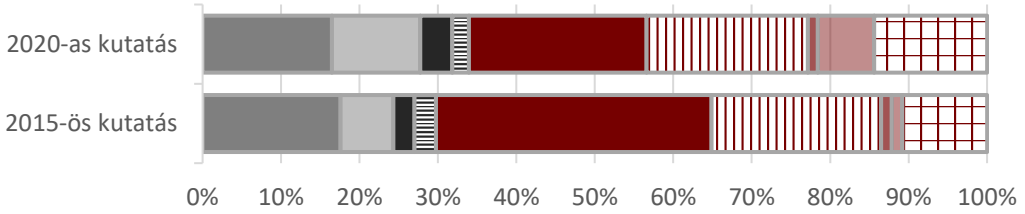


Forrás: Paksi & Demetrovics, 2005

A szenvedélymagatartással kapcsolatos megelőző tevékenységet végző szervezetek jogi státusa[46] alapján markáns változásokat nem látunk. Az 5 évvel ezelőtti állapothoz hasonlóan ma is a nonprofit szervezetek, ezen belül is az alapítványok, valamint az egyesületek a meghatározóak a prevenciós szolgáltatók körében, de szerepük valamelyest kisebb (összes nonprofit szervezet aránya 2015: 70%; 2020: 66%), s ezen belül különösen az alapítványi forma aránya alacsonyabb (34% vs. 23%) ma a korábbihoz képest. Az egyházi szervezetek és az önkormányzatok szerepvállalása azonban növekedni látszik a két vizsgálat alapján. (41. ábra). Ezek a tendenciák nem csak a 2015-ös vizsgálathoz képest jelennek meg, hanem a 10 évvel ezelőtt három régióban készült kutatás adataihoz (Paksi & Arnold 2010) képest is: 2009-ben a civil szervezetek aránya a prevenciós szervezetek között – az 5 évvel ezelőttihez hasonlóan – 71,5%-volt, s az egyházi nonprofit szervezetek és az önkormányzatok szerepvállalása is a 2015-ös kutatásban kapott értékekhez volt hasonló (3,2% és 7,9%).

[46] A prevenciós szervezetek jogi státus szerintei eloszlását a korábbi kutatatásokban is csak a Programinformációs Adatlapot kitöltő szervezetek körében tudtuk vizsgálni.

41.ábra: A szenvedélymagatartások megelőzésével foglalkozó szervezetek megoszlása jogi státusz szerint a 2015-ös (N=76) és a jelenlegi (N=97) kutatásban (%)



	2015-ös kutatás	2020-as kutatás
költségvetési szerv	18%	17%
önkormányzati szerv	7%	11%
társas vállalkozás	3%	4%
egyéni vállalkozó	3%	2%
alapítvány (nonprofit)	35%	23%
egyesület (nonprofit)	22%	21%
egyház (nonprofit)	1%	1%
egyházi szervezet (nonprofit)	1%	7%
egyéb nonprofit szervezet	11%	14%

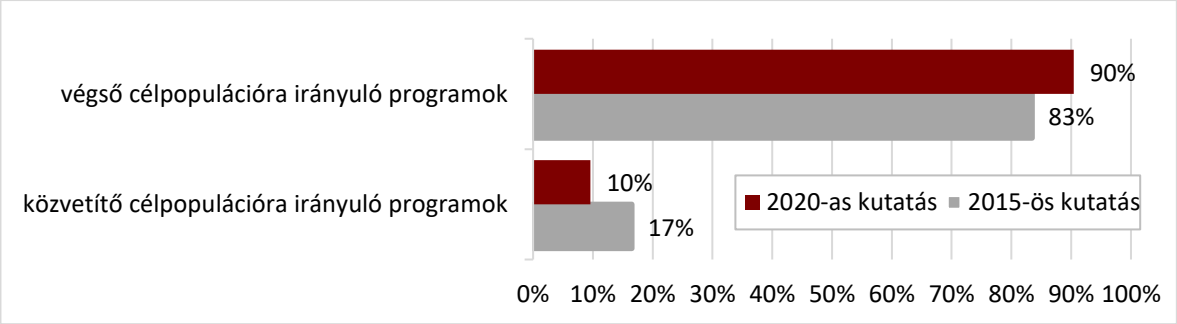
A korábbi adatok forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

A jelenlegi kutatásban elért prevenciós szervezetek által átlagosan működtetett programok/szolgáltatások száma nem tér el jelentősen a 2015-ös kutatásban kapott értéktől, de az elmúlt 15 év adatai (2005: 2,0 program; 2015:1,8 program; 2020:1,7 program) összességében egy csökkenő tendenciát jeleznek (Paksi & Demetrovics, 2005; Paksi, Magi & Demetrovics, 2016).

4.2.A prevenciós programok jellemzőinek változása

Ugyan – mint az az előző fejezetben láthattuk – a 2015-ös kutatással összehasonlítva az elért szervezetek összetételében nem tapasztaltunk átrendeződést a programszerű prevenciós beavatkozásokat a végső célcsoportban közvetlenül (is), illetve csak közvetetten végző szervezetek arányában, azonban azoknak a programoknak az öszetétele, melyekről a szervezetek Programinformációs adatlapot töltöttek ki, némileg eltérő. A jelenlegi vizsgálatban feltárt prevenciós programok/szolgáltatások között a végső célpopulációt közvetlenül megcélzó beavatkozások dominanciája az elmúlt 5 évben – a prevenciós kínálatot korábban is dominánsan meghatározó szerepükhöz képest – valamelyest tovább növekedett (42. ábra).

42.ábra: A végső célcsoportra közvetlenül, ill. valamilyen közvetítő csoporton keresztül irányuló prevenciós beavatkozások aránya a a 2015-ös (N=115) és a jelenlegi (N=167) kutatásban (%)



A korábbi adatok forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

A következőkben a prevenciós kínálatot dominánsan meghatározó, a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozások területén tapasztalható változásokat mutatjuk be.

A 2015-ös és a 2020-as kutatás során megismert, közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások területi lefedettségét vizsgálva az 5 évvel ezelőttivel megegyező módon az országban azonosított beavatkozások mintegy kétötöde (2015: 39; 2020: 38%) hozzáférhető a fővárosban. Azonban míg 2015-ben egy megyében átlagosan az országban azonosított programok/szolgáltatások 25%-a volt hozzáférhető, ma ez az arány csak 19%, s jelenleg számszerűen kétszer annyi prevenciós beavatkozás érhető el Budapesten mint egy átlagos megyében (5 évvel ezelőtt ez az arány 1,5 volt). Amennyiben a megyék relatív ellátottságát vizsgáljuk, azt láthatjuk, hogy azok a megyék, ahol ma a megyei átlagot meghaladó számú beavatkozás hozzáférhető – Győr-Moson-Sopron, Hajdú-Bihar, Fejér, Borsod-Abaúj-Zemplén, Pest, Baranya és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék – jellemzően – Fejér megye kivételével – 5 évvel ezelőtt is kiemelkedő ellátottsággal bírtak. Ugyanakkor néhány korábban az átlagosnál jobb ellátottsági helyzettel jellemezhető megye vesztett relatív pozíciójából[47] (Csongrád, Veszprém és Bács-Kiskun megye[48]). Mindez arra utal, hogy az ellátottsági rangsor élére nehéz bekerülni (mindössze Fejér megye az új szereplő a mezőny élén) de „a plafon nem ragadós”. A legkisebb programkínálattal jellemezhető megyék viszont nem azonosak a korábban az ellátottsági rangsor legvégén lévőkkel. Ennek alapján úgy tűnik, hogy az átlagosnál kedvezőtlenebb ellátottsági helyzet bizonytalan státus, de a „padló sem ragdós” (6. táblázat).

[47] Hangsúlyozzuk, hogy itt relatív pozíció vesztésről van szó, az elérhető beavatkozások száma egyik megyében sem csökkent, sőt Veszprém megyében növekedett.

[48] Bács-Kiskum megye az átalgosnál jobb relatív helyezetű megyék közül a legalacsonyabb ellátottságú megyék közé került, az elérhető beavatkozások számának változatlansága mellett.

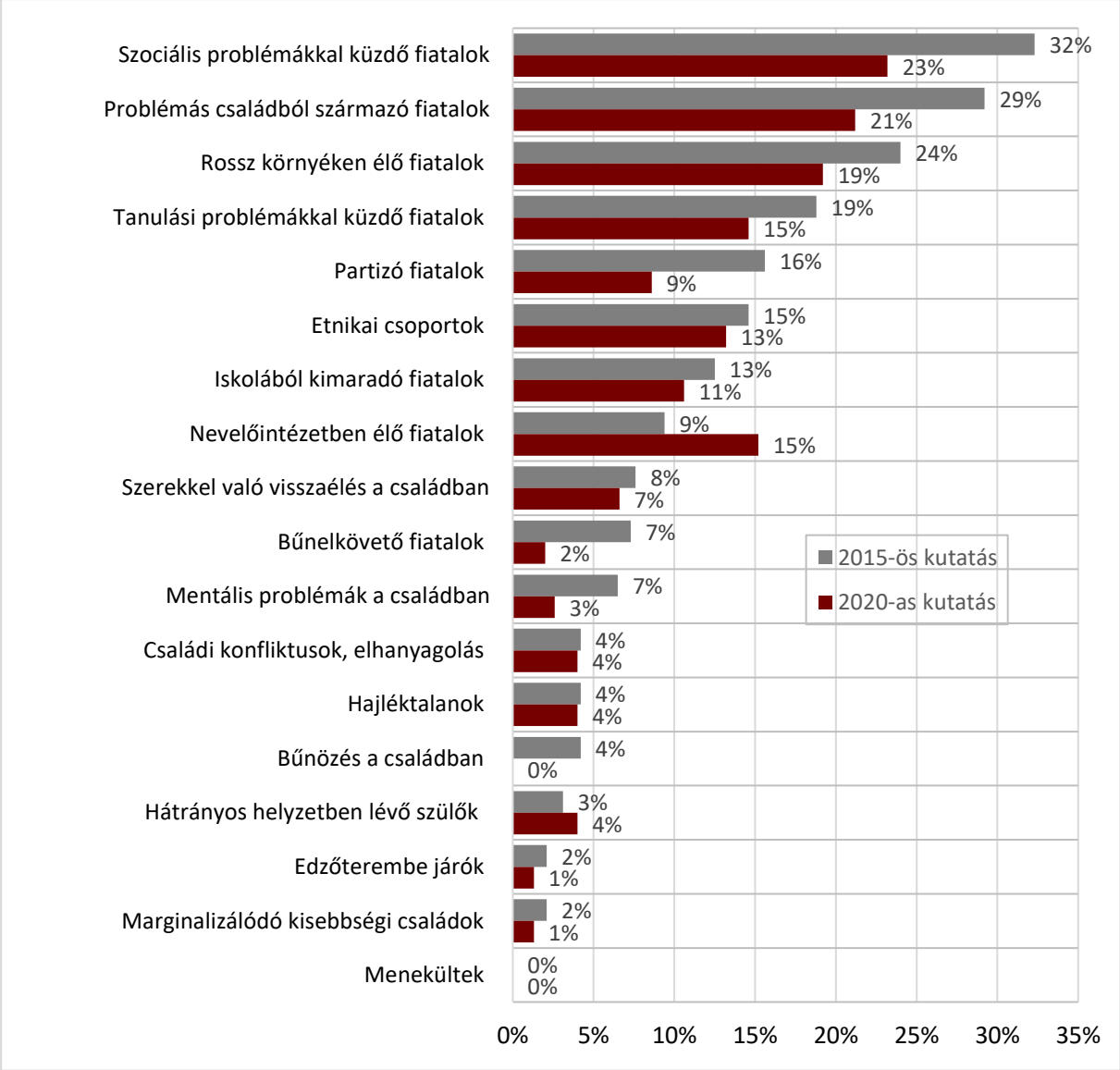
6. táblázat: A közvetlenül a végső célcsoportban kínált prevenciós programok/szolgáltatások száma és eloszlása (%) megyénként és Bp-en a 2015-ös (N=96) és a jelenlegi kutatásban (N=150)

Szolgáltató székhelye	2015-ös kutatás		2020-as kutatás	
	programok száma	%	programok száma	%
Budapest	37	39%	58	38%
Győr-Moson-Sopron megye	29	30%	35	23%
Hajdú-Bihar megye	28	29%	35	23%
Fejér megye	23	24%	34	23%
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	25	26%	33	22%
Pest megye	27	28%	33	22%
Baranya megye	26	27%	30	20%
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	26	27%	30	20%
Jász-Nagykun-Szolnok megye	22	23%	29	19%
Csongrád megye	28	29%	28	19%
Zala megye	22	23%	28	19%
Békés megye	21	22%	27	18%
Heves megye	24	25%	27	18%
Tolna megye	20	21%	27	18%
Veszprém megye	25	26%	27	18%
Komárom-Esztergom megye	23	24%	26	17%
Somogy megye	20	21%	26	17%
Bács-Kiskun megye	25	26%	25	17%
Vas megye	21	22%	25	17%
Nógrád megye	23	24%	24	16%
Összesen	96	100%	151	100%
Megyei átlag	24	25%	29	19%
		átalag fölötti ellátottságú megyék. (+ BP)		
		a legkisebb elltátottságú megyék		

A korábbi adatok forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programok/szolgáltatások között az 5 évvel korábbi adatokkal összehasonlítva most is hasonló arányban vannak az általános populációra irányuló beavatkozások: mindkét időszakban a megismert programok közel kétharmada (2015: 62,5%; 2020: 62,3%) jelölte meg célcsoportként az általános populációt (is). Ugyanakkor az 5 évvel ezelőttihez képest aktuálisan a megismert beavatkozások kisebb hányada fogamazott meg céltételezéseket a különböző veszélyeztetett populációk vonatkozásában (is), összességében 10%-kal csökkent (2015: 50%; 2020: 40%) a célzott prevenciót (is) végző beavatkozások aránya. Ez azt is jelenti, hogy 2020-as kutatásban megismert beavatkozások rendre kevésbé célozzák meg a korábban a leginkább priorizált csoportokat: ma a programok/szolgáltatások kisebb része irányul a szociális problémákkal küzdő, és/vagy problémás családokból származó, és/vagy rossz környéken élő és/vagy tanulási prolémákkal küzdő fiatalokra, mint 5 évvel ezelőtt. De emellett kisebb a partizó, illetve a bűnelkövető fiatalokra irányuló beavatkozások aránya is. A nevelőintézeti fiatalokat megcélzó programok/szolgátatások aránya viszont közel megduplázódott. Mindezekkel együtt a megismert beavatkozások különböző veszélyeztetett csoportokra vonatkozó prioritás sorrendjének első és hátsó tartományában gyökeres változások nem tapasztalhatók. Az 5 évvel ezelőtti helyzethez hasonlóan ma is leginkább s a szociális problémákkal küzdő és/vagy problémás családból származó és/vagy rossz környéken élő fiatalokat célozzák meg legnagyobb arányban a végső célpopulációra irányuló beavatkozások, s nem, vagy csak nehezen találtunk olyan programot, ami menekülteket, edzőterembe járó fiatalokat, kisebbségi vagy olyan családokat céloz meg, ahol jelen van a családban a bűnözés (43. ábra).

43.ábra: A különböző speciális csoportokat megcélzó beavatkozások aránya (%) a közvetlenül a végső célcsoportra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások körében a 2015-ös (N=96) és a jelenlegi kutatásban (N=151)

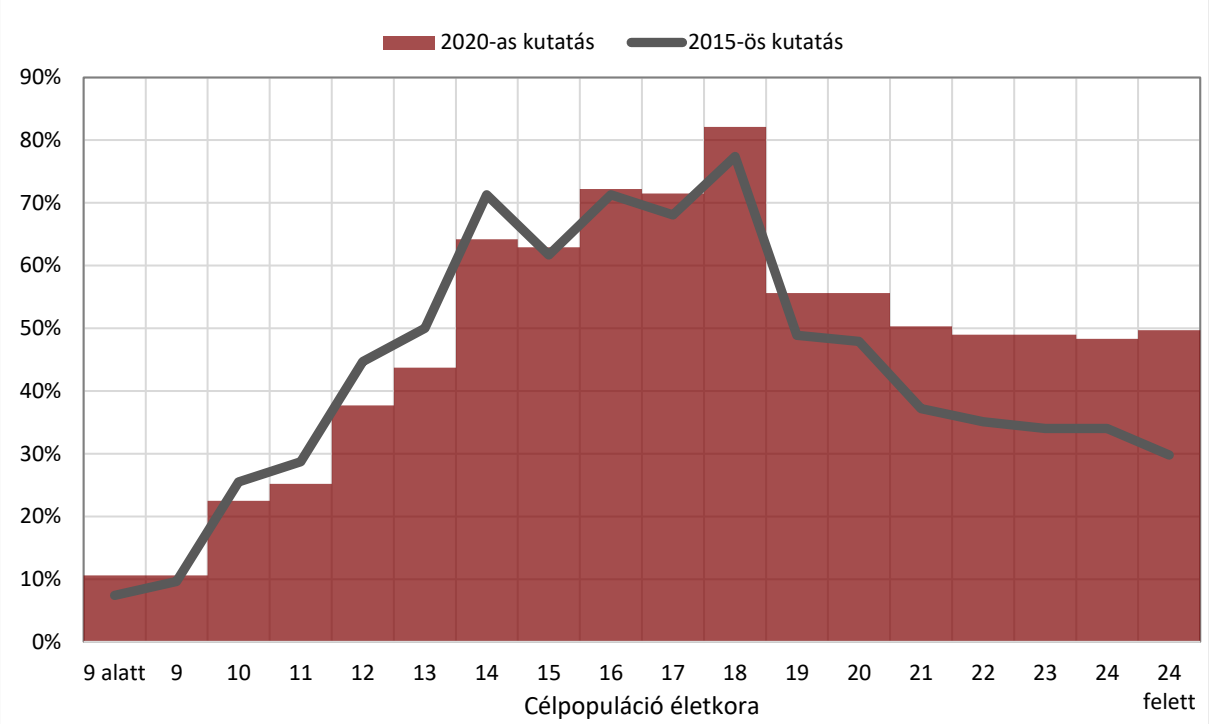


A korábbi adatok forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

A végső célpopulációval közvetlenül foglalkozó prevenciós beavatkozások 5 évvel ezelőtt is leginkább a 14-18 éves fiatalokat célozták meg. A 10-18 év közötti korosztályokban a progra-

mok kínálatának eloszlása a korábbival gyakorlatilag megegyező, azonban a 18 év feletti korosztályokban a 2020-as kutatás adatai alapján kevésbé tapasztalható lecsengés, a 2015-ös adatokhoz képest[49] (44. ábra).

44.ábra: A végső célcsoportra irányuló programok/szolgáltatások előfordulásának aránya a célpopuláció korévei szerint a 2015-ös (N=94) és a jelenlegi kutatásban (N=151)*



*Az ábrázolt %-os arányok azt fejezik ki, hogy a programok hány százaléka célozza meg az adott korévbe tartozó célpopulációt.

A korábbi adatok forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

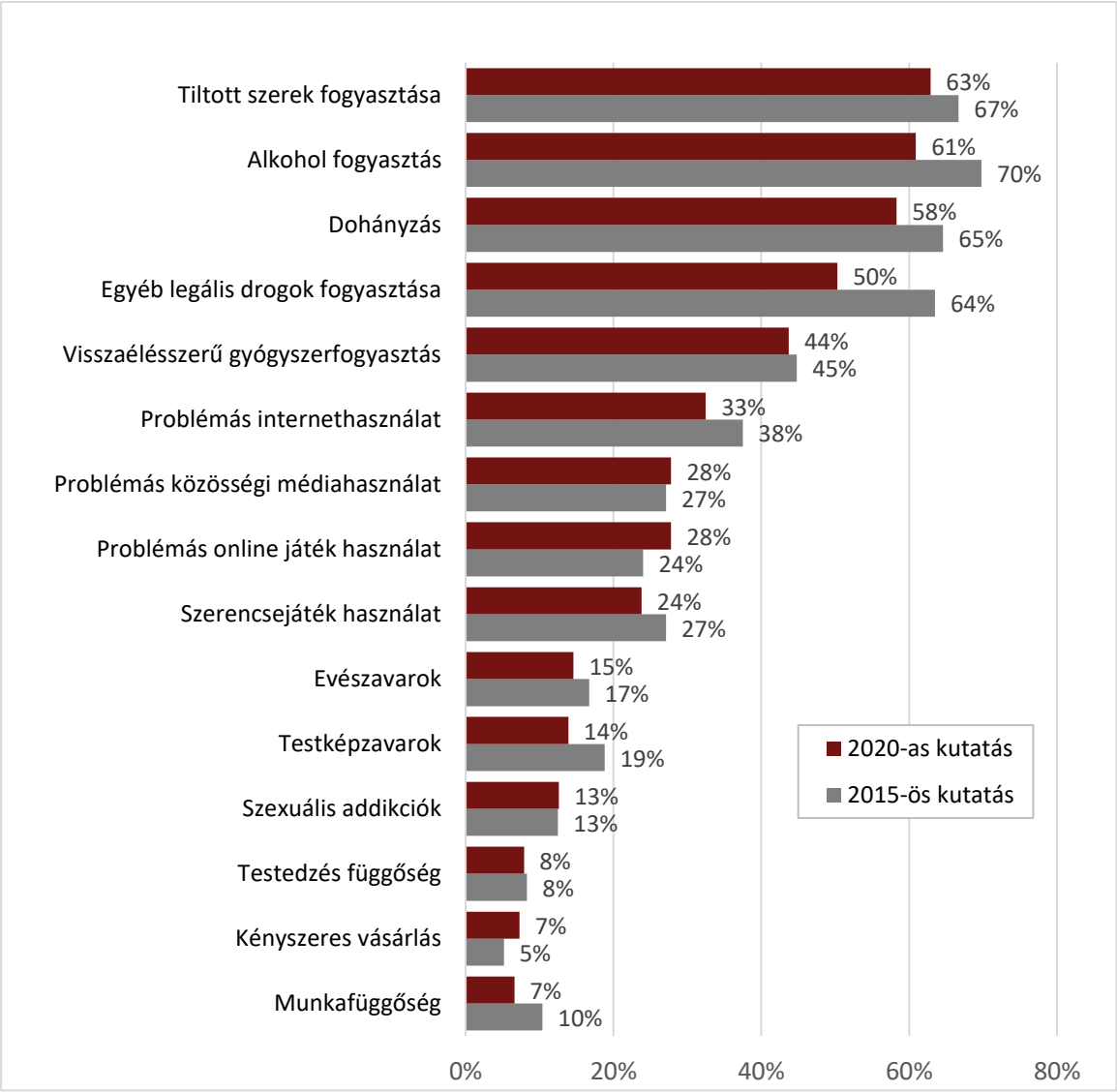
A végső célpopulációra irányuló beavatkozások által közvetlenül megcélzott szenvedélymagatartások struktúrájában nem mutatnak markáns eltérést a 2015-ös és a 2020-as kutatás eredményei. A szerhasználó magatartásokra irányuló intervenciók mindkét vizsgálatban jóval népszerűbbek a kutatásban résztvevő programok körében, mint a viselkedési addikciókat célba velvők. Ugyanakkor mintha némi közeledés is mutatkozna az 5 évvel ezelőtti helyzethez képest: a szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos tematikák – a domináns arányuk megőrzése mellett – valamelyest vesztettek népszerűségükből, míg a viselkedési addikciókkal foglalkozó beavatkozások aránya stabilabb, illetve néhány esetben kismértékben növekedett.

A szerhasználó magatartásokkal (is) foglalkozó beavatkozások abszolút arányának csökkenése mellett, azokon belül a tiltott drogfogyasztással kapcsolatos tematika relatív helyzete látszik

[49] A 18 év feletti populációba a korábbiakhoz képest nagyobb programkínálat a drogepidemiológiai vizsgálatok alapján kevéssé látszik indokoltnak, tekintettel arra, hogy a drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázatának a 18 éves kort meghaladó populációban való minimalizlódása épp a legfrissebb drogepidemiológiai vizsgálatok alapján és a legfiatalabb felnőtt korosztályban jelenik meg (Paksi és Pillok, 2021).

némileg erősödni az alkohol fogyasztással szemben. A viselkedési addikciókon belül pedig problémás online játék, a kényszeres vásárlás és közösségi médiahasználat aránya emelkedett valamelyest, mint a 2015-ben megismert programok/szolgáltatások esetében (45. ábra)

45.ábra: A közvetlenül megcélzott szenvedélymagatartások *aránya (%) a végső célcsoportra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások körében a 2015-ös (N=96) és a jelenlegi kutatásban (N=145)*



A korábbi adatok forrása: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016

5. FELHASZNÁLT IRODALOM

American Psychiatric Association (2014): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). American Psychiatric Association, Washington, DC.

Baker O., Mounteney J., Neaman O. (szerk) (1998): Evaluating Drug Prevention in the European Union. EMCDDA Scientific Monograph Series. N.2. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg

Bradshaw, J. R. (1972) The Taxonomy of Social Need. In: G. McLachlan (ed.) *Problems and Progress in Medical Care*. Oxford, Oxford University Press. pp. 71–82.

Brotherhood, A. & Sumnall, H.R. (2011) *European drug prevention quality standards.* EMCDDA, Lisbon. Fordítás: Nemzeti Drog Fókuszpont, 2012. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/prevencios_minosegi_standardok_HU.pdf

Caplan, G. (1964) Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

EMCDDA (1998): Guidelines for the evaluation of drug prevention. A Manual for Program-Planners and Evaluators. Office for Official Publications for the European Communities, Luxemburg.

EMCDDA (2008): Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

Gee, R.L., Espiritu, R.C. & Huang, L.N. (2006) Adolescents with cooccurring mental health and substance use disorders in primary care. Adolescent Medicine Clinics 17, 427–452.

Gondi J., Magi A. & Paksi B. (szerk.) (2010) *„Függő(k) kapcsolatok" – TÁMOP – 2.5.1.-07-2008-0136 – Projekt összefoglaló kiadvány*. Budapest. http://www.madaszsz.hu/images/doksik/zaro.pdf

IOM (1994): Institute of Medicine (IOM) for Prevention http://www.kitsco.com/casupport/WebHelp_Prevention101/Institute_of_Medicine_IOM_for_Prevention.htm

Kröger C., Winter H. és Shaw R. (1998): Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-planners and evaluators. EMCDDA, Lisbon

Morgan M. (2000): Evaluation and drug-prevention research: implications of unsuccessful outcomes for programme design. In: Neaman R., Nilson M. és Solberg U. (szerk.): Evaluation: a key tool for improving drug prevention. EMCDDA, Luxembourg, 33-39.

Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (eds.) (1994) *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press.

Nádas E. (szerk) (2004): Kézikönyv a drog-prevenciós beavatkozások tervezéséhez és értékeléséhez. Nemzeti Drog Fókuszpont

Nádas E. (2007): A drogmegelőzés nemzetközi trendjei. Nemzeti Drog Fókuszpont, Kézirat

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

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

Neaman R., Nilson M. és Solberg U. (szerk.) (2000): Evaluation: a key tool for improving drug prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series. N.5. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg

Paksi B. (2008): Nem iskolai színtéren megjelenő prevenciós programok feltérképezése. Kutatási Beszámoló, SzMM

Paksi B., Demetrovics Zs. és Czakó Á. (2002a): Az iskolai drogprevenciós programok értékelése I. A programok teoretikus és szervezeti háttere, valamint a kivitelezésének vizsgálata. Addiktológia. 2002.1. (15-37)

Paksi B., Demetrovics Zs. és Czakó Á. (2002b): Az iskolai drogprevenciós programok értékelése II. – A programok eredményértékelése. Addiktológia. 2002.1. (38-49)

Paksi B. és Demetrovics Zs. (2002): A prevenciós gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenciós programok felmérése és értékelése. Szakmai forrás sorozat. 2. L'Harmattan. Budapest,

Paksi B. és Demetrovics Zs. (2003): Budapesti Drogprevenciós Adattár. CD. ISM, Budapest.

Paksi B. és Demetrovics Zs. (2005): Országos Drogprevenciós Adattár. CD. L'Harmattan Kiadó, Budapest.

Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B. és Felvinczi K. (2006): A magyarországi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. *Addiktológia*, 1-2. (5-36)

Paksi B. és Arnold P. (2010): *Az ország három régiójában drog területen jelen lévő civil szervezetek jellemzői, az általuk végzett tevékenység tartalmai vonatkozásai és a projekttel szembeni igények.* Hozzáférhető: http://www.madaszsz.hu/images/doksik/szervtev1.pdf

Paksi B. és Demetrovics Zs. (szerk) (2011): *Drogprevenció és egészségfejlesztés az iskolában. NDI*. Budapest: L'Harmattan.

Paksi B. és Arnold P. (2010): *Az ország három régiójában drog területen jelen lévő civil szervezetek jellemzői, az általuk végzett tevékenység tartalmai vonatkozásai és a projekttel*

szembeni igények. Hozzáférhető: http://www.madaszsz.hu/images/doksik/szervtev1.pdf [letöltve: 2015-11-28]

Paksi B., Magi A., Kó J., Demetrovics Zs. (2015): Szakértői tanulmány - A Szerencsejáték Zrt. társadalmi felelősségvállalási programjához kapcsolódóan, a fiatal 14-24 év között populáció körében tervezett, a szerencsejáték tevékenység kockázatainak csökkentésére irányuló prevenciós tevékenység szakmai megalapozása. Kutatási Beszámló. Szerencsejáték Zrt, Kézirat.

Paksi B., Magi A., Demetrovics Zs. (2016): Szenvedélymagatartásokra irányuló prevenciós beavatkozások országos katasztere, Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése, 2016. június 2-4., Budapest. In. Vargha A. (szerk) Kivonatkötet. pp. 56-57. http://mptnagygyules.hu/images/MPT_Ngy2016_kivonatkotet_0509.pdf. [Letöltve: 2016-09-01]

Paksi B. & Pillók P. (2021). Drogfogyasztás In: Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében*. *I.* Budapest: ELTE PPK - L'Harmattan. 62-105.

Rácz J. (2001): Prevenciós programok értékelése. ISM, Budapest.

Robertson, E.B., David, S.L. & Rao, S.A. (2003) Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders. National Institute on Drug Abuse. Second Edition. NIH Publication No. 04–4212(A)

Robinson, J., Haaz, E., Petrica, S., Hillsberg, B. & Kennedy, N. (2004) Managed care and prevention of mental health and substance abuse problems: Opportunities for growth through collaboration in the new millenium. *Journal of Primary Prevention*, 24(3).

Tobler, N. S. (1997): Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention programs: Results of the 1933 Meta-Analysis. In: Bukovski, W. J. (ed.): *Meta-analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. (NIDA Research Monograph, 170.) US Department of Health and Human Services. National Institute of Health. 5–68.

Tobler, N. S., Stratton H. H. (1997): Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18 (1), 71–128.

6. MELLÉKLETEK

6.1.Az adatfelvétel eszközei

6.1.1. SZŰRŐKÉRDŐÍV

Egy, a Magyar Addiktológiai Társaság által végzett kutatás kertében keresem Önt. A kutatás célja a különböző szenvedély-magatartások megelőzésére irányuló prevenciós szervezetek/ programok feltárása és tevékenységük nemzetközi standardok szerinti strukturált leírása. A kutatást Felvinczi Katalin és Paksi Borbála vezeti.

Eddig 2003-2005-ben készült egy ehhez hasonló országos kutatás az iskolai prevenciós programokról (Paksi és Demetrovics 2005), majd 2008-ban az iskolán kívüli (Nádas és Paksi, 2009), s legutóbb 2015-ben általában a szenvedélymagatartások megelőzését célzó beavatkozásokról (Paksi, Magi, Demetrovics, 2015). A rendelkezésre álló információk frissítésre, kiegészítésre szorulnak. Az utóbbi időben a szenvedélymagatartások megelőzésével foglalkozó szakemberekkel folytatott szakmai beszélgetésekben egyre többször találkozunk azzal, hogy az információ hiánnyal maguk a szakmai szolgáltatók is szembesülnek, hiszen ezek az információk elengedhetetlenek a megfelelő szolgáltatási struktúra kialakításához, a hiányterületekre fókuszáló fejlesztéséhez.

Kutatásunk célja: a nemzetközi adatgyűjtési és értékelési iránymutatások/standardok mentén a szenvedélymagatartással kapcsolatos prevenciós programok/szervezetek aktuális kataszterének elkészítése. Emellett a kutatásban való részvétel révén a szolgáltatók számára lehetőség nyílik a - külföldön már haszonnal alkalmazott protokollok mentén – saját programjuk elhelyezésére, áttekintésére.

Ebben a munkában szeretnénk kérni az Ön segítségét!

A kutatás első lépéseként szeretnénk azonosítani azokat a szervezeteket, melyek működtetnek szenvedélymagatartások megelőzésével kapcsolatos prevenciós programokat vagy szolgáltatásokat. Ezért elsőként azt szeretném, ha tisztáznánk, hogy az Önök szervezete ezek közé tartozik-e.

Kérem, e célból válaszoljon néhány kérdésemre.

1. Az Önök szervezete 2017 és 2020 között működtetett-e valamilyen szenvedélymagatartással kapcsolatos prevenciós programot/szolgáltatást?

1-igen

0-nem

HA „1-IGEN”, AKKOR UGRÁS A 3. KÉRDÉSRE.

2. És olyan programot/szolgáltatást működtetett-e 2017 és 2020 között az Önök szervezete, ami valamilyen módon – közvetetten – hozzájárul szenvedélymagatartások megelőzéséhez (pl. kortárssegítők, vagy más segítők képzése révén)?

1-igen

0-nem

HA AZ 1-ES ÉS 2-ES KÉRDÉSRE IS „0-NEM” AKKOR BEFEJEZŐDIK A KÉRDEZÉS!

HA LEGALÁBB AZ EGYIKRE „1-IGEN”, AKKOR FOLYTATÓDIK A KÉRDEZÉS.

3. Tevékenységét programszerűen végzi-e, vagy eseti jelleggel?

1-igen, programszerűen;

0-nem, eseti jelleggel

AZT A TEVÉKENYSÉGET TEKINTJÜK PROGRAMSZERŰNEK, AMI EGY ADOTT CÉLCSOPORTNAK, A CÉLOK ÉS AZ ALKALMAZOTT MÓDSZEREK TEKINTETÉBEN MINDEN KIVITELEZÉSI HELYEN, MINDEN INTERVENCIÓ SORÁN AZONOS. EZZEL A KÉRDÉSSEL AZ ESETI TEVÉKENYSÉGEKET SZŰRJÜK KI.

„0-NEM” VÁLASZ ESETÉN BEFEJEZŐDIK A KÉRDEZÉS!

4. Programja/szolgáltatása jelenleg is működik?

1-igen

0-nem

HA „1-IGEN”, AKKOR UGRÁS A 6. KÉRDÉSRE! HA „0-NEM”, AKKOR AZ 5. KÉRDÉSSEL FOLYTATÓDIK A KÉRDEZÉS!

5. Jelenleg csak átmenetileg szünetel a program/szolgáltatás, vagy már nem fogják végezni?

1-csak átmenetileg szünetel

0-már nem fogjuk folytatni

„0- MÁR NEM FOGJUK FOLYTATNI” VÁLASZ ESETÉN BEFEJEZŐDIK A KÉRDEZÉS!

6. Programját/szolgáltatását valamilyen – országos vagy kisebb térségre kiterjedő - hálózat keretében végzi-e?

1-igen

0-nem

HA NEM HÁLÓZAT RÉSZE (0-NEM), AKKOR UGRÁS A 7. KÉRDÉSRE.

HA HÁLÓZAT RÉSZE (1-IGEN), AKKOR A 6/A-D KÉRDÉSSEL FOLYTATÓDIK A KÉRDEZÉS:

ABBAN AZ ESETBEN, HA KIZÁRÓLAG OLYAN PROGRAMJA/SZOLGÁLTATÁSA VAN, AMIT HÁLÓZAT RÉSZEKÉNT VÉGEZ, A 6/D UTÁN BEFEJEZŐDIK A KÉRDEZÉS!

6/a. Mi a hálózat neve, melyhez a programja tartozik?

ÍRJUK BE A HÁLÓZAT PONTOS NEVÉT A CELLÁBA,

6/b. Az ön szervezete működteti a hálózatot, vagy más szervezet? Milyen szervezet működteti a hálózatot?

0-a kérdezett szervezet a hálózatvezető

1-más szervezet a hálózatvezető

HA A KÉRDEZETT SZERVEZET A HÁLÓZAT VEZETŐJE (0-VÁLASZ), AKKOR UGRUNK A 7. KÉRDÉSRE!

6/c. Kérem, adja meg a programgazda nevét!

6/D. KÉREM, ADJA MEG A HÁLÓZATGAZDA ÖN ÁLTAL ISMERT KONTAKTADATAIT: SZERVEZET VEZETŐ NEVE, TELEFONSZÁM, VAGY E-MAIL CÍM!

A 7. KÉRDÉST CSAK AZOKTÓL KÉRDEZZÜK, AKIKNEK VAN OLYAN PROGRAMJA, AMELYET ÖNÁLLÓAN VAGY HÁLÓZATGAZDAKÉNT MŰKÖDTET (6=0 VAGY 6/B=0), **ÉS** PROGRAMSZERŰEN MŰKÖDŐ (2. KÉRDÉS=1) **ÉS** AKTUÁLISAN IS FUTÓ (4. KÉRDÉS=1) **VAGY** CSAK ÁTMENETILEG SZÜNETELŐ (5. KÉRDÉS=1) PREVENCIÓS PROGRAMJA/SZOLGÁLTATÁSA!

7. Szeretnénk megkérni, hogy a programjukról/programjaikról töltsön ki egy ún. Program-információs Adatlapot! Vállalja a kutatásban való részvételt?

1-igen

0-nem kíván részt venni a kutatásban

A Program-információs Adatlap online tölthető ki, ezért e-mailben hamarosan fog kapni egy linket, ahol a kérdőív elérhető, valamint kiküldjük a saját felhasználónevét és jelszavát. Kérem, adja meg az e-mail címét!

Az adatlap kitöltéséhez az online felületen talál majd segítséget, de szívesen válaszolunk telefonon vagy e-mailben feltett kérdéseire is, vagy akár személyes segítséget is tudunk

nyújtani az adatlap kitöltésében. Ehhez a linket is tartalmazó e-mailben talál majd elérhetőséget.

KÖSZÖNÖM A SEGÍTSÉGÉT, KOLLÉGÁNK HAMAROSAN KAPCSOLATBA LÉP ÖNÖKKEL, AKI MINDEN FELMERÜLŐ KÉRDÉSÉVEL KAPCSOLATBAN AZ ÖNÖK SEGÍTSÉGÉRE LESZ.

MINDEN KÉRDEZÉS-BEFEJEZÉSI PONTON KÉRDEZZÜK MEG, HOGY:

+1. Tud-e a környezetében olyan szervezetet, aki végez valamilyen prevenciós tevékenységet.

+1b. Kérem, adja meg a szervezet Ön által ismert kontaktadatait: szervezet vezető neve, telefonszám, vagy e-mail cím!

6.1.2. PROGRAMINFORMÁCIÓS ADATLAP

Tisztelt Programvezető!

Az Magyar Addiktológiai Társaság hiánypótló kutatást végez a különböző szenvedély-magatartások megelőzésére irányuló prevenciós szervezetek/programok feltárása és tevékenységük nemzetközi standardok szerinti strukturált leírása céljából.

Az utóbbi időben a szenvedélymagatartások megelőzésével foglalkozó szakemberekkel folytatott szakmai beszélgetésekben is egyre többször találkozunk azzal, hogy a szakmai szolgáltatók számára munkájuk tervezése, a területen elfoglalt helyük értelmezése során információhiányba ütköznek. A prevenció területére vonatkozóan különösen is kevés információnk van, mivel ezekről a programokról nincsenek rendszeres adatgyűjtések. Eddig 2003-2005-ben készült egy ehhez hasonló országos kutatás az iskolai prevenciós programokról (Paksi & Demetrovics 2005), majd 2008-ban az iskolán kívüli (Nádas & Paksi, 2009), s legutóbb 2015-ben általában a szenvedélymagatartások megelőzését célzó beavatkozásokról (Paksi, Magi, Demetrovics, 2015). A rendelkezésre álló információk frissítésre, kiegészítésre szorulnak.

Kutatásunk célja szenvedély-magatartással kapcsolatos prevenciós beavatkozások, illetve a szakembereket ezekre felkészítő programok/szolgáltatások leírása, a prevenciós programok/szervezetek kataszterének elkészítése. Ezek az információk elengedhetetlenek a megfelelő szolgáltatási struktúra kialakításához, a hiányterületekre fókuszáló fejlesztéséhez, emellett azonban a kutatásban való részvétel révén a szolgáltatók számára lehetőség nyílik a - külföldön már haszonnal alkalmazott protokollok mentén - saját programjuk elhelyezésére, áttekintésére is.

A szenvedély-magatartással kapcsolatos prevenciós programok/ szolgáltatások kataszterének elkészítéséhez a korábbi hazai tapasztalatok és a nemzetközi adatgyűjtési és értékelési irány-mutatások/standardok szerint állítottuk össze az alábbi ún. Programinformációs Adatlapot, melyet a felkérő levélben küldött belépési adatok megadása után érhet el.

Köszönjük az együttműködését!

Az adatlap kitöltésében segítséget kérhet az Önnel kapcsolatot tartó munkatársunktól. Felmerülő kérdéseikkel fordulhatnak még Tóth Mátéhoz (tel: +36 70/797-8484, Email: mate244@gmail.com), illetve a kutatás vezetőihez, Felvinczi Katalinhoz (tel: +363 0/311-9145, Email: felvinczi.katalin@ppk.elte.hu) és Paksi Borbálához (tel: +36 70/452-0404, Email: paksi.borbala@viselkedeskutato.hu)

Informatikai támogatást pedig a +36 (20) 55-4803-as telefonszámon kaphatnak.

Kérjük, az adatlapot 2020. október 30-ig töltsék ki!

Paksi Borbála

Felvinczi Katalin

1. Szervezeti, illetve projekt jellemzők

1.1. A felelős szervezet (programgazda) neve, és elérhetősége

1.1.1. A felelős szervezet (programgazda) neve

1.1.1.1. Jogi státusa

LEGÖRDÜLŐ MENÜ

1 költségvetési szerv
2 önkormányzati szerv
3 társas vállalkozás
4 nonprofit szervezet (alapítvány)
5 nonprofit szervezet (egyesület)
6 nonprofit szervezet (egyház)
7 nonprofit szervezet (egyházi szervezet)
8 nonprofit szervezet (egyéb)

1.1.2. A szervezet vezető neve

1.1.3. Cím

1.1.4. Telefon

1.1.5. Weboldal

1.2. A szervezet tevékenysége

1.2.1. Kérem, nevezze meg a szervezet fő tevékenységét, valamint sorolja fel a szervezet minden tevékenységét, majd az alatta lévő mezőben tüntesse fel, hogy az adott tevékenység jelenleg kapacitásának hány százalékát foglalja le.

	Tevékenység megnevezése	%		
1.2.1.1. A szervezet (programgazda) fő tevékenysége:				
1.2.1.2.				
1.2.1.3.				
1.2.1.4. A szervezet (programgazda) egyéb, nem főtevékenységként végzett tevékenységei:				
1.2.1.5.				
1.2.1.6.				
1.2.1.7.				
1.2.1.8.				
1.2.1.9.				

HA AZ 1.2.1. KÉRDÉS EREDETILEG FELKÍNÁLT SORÁT KITÖLTÖTTE, AKKOR + SOR JELENIK MEG. EZ MINDADDIG FOLYTATÓDIK, AMÍG NEM LESZ EGY OLYAN SOR, AMIT TELJESEN ÜRESEN HAGYOTT.

1.2.2. Kérjük, külön sorokban tüntesse fel az összes jelenleg kínált szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló programját, szolgáltatását. Minden olyan programot, szolgáltatást tüntessen fel, ami 2017-2020 között működött, és jelenleg is szerepel a szervezetük programkínálatában. Kérjük, aktuálisan nem futó, de a szervezetük programkínálatban szereplő, és 2017-2020 között működő programokat is tüntesse fel! Azonban a programkínálatukban már nem szereplő, nem működő, illetve csak tervezett programok leírását nem kérjük.

A megnevezések alatti mezőkben programonként/szolgáltatásonként tüntesse fel a szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló tevékenységének megoszlását aszerint, hogy az összes szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló tevékenységének hány százalékát fordítja aktuálisan (2020-ban) az adott tevékenységre. (Ahány sort ebben a táblázatban kitölt, összesen annyi adatlapot kell majd Önnek kitöltenie!)

AZT A TEVÉKENYSÉGET TEKINTJÜK EGY PROGRAMNAK, ILLETVE EGY SZOLGÁLTATÁSNAK, AMI EGY ADOTT CÉLCSOPORTBAN, A CÉLOK ÉS AZ ALKALMAZOTT MÓDSZEREK TEKINTETÉBEN MINDEN KIVITELEZÉSI HELYEN, MINDEN INTERVENCIÓ SORÁN AZONOS.

AMENNYIBEN EGY PROGRAMON/SZOLGÁLTATÁSON BELÜL

- CÉLJA ÉS/VAGY
- A CÉLCSOPORT TÍPUSA, ÉS/VAGY
- AZ ALKALMAZOTT MÓDSZEREK (TÉMAFELDOLGOZÁS MÓDJA, VAGY A PROGRAMALKALMAK GYAKORISÁGA, VAGY A PROGRAM/SZOLGÁLTATÁS MEGVALÓSÍTÁSÁBAN KÖZVETLENÜL RÉSZTVEVŐ SZEMÉLYEK FŐBB JELLEMZŐI)

SZERINT KÜLÖNBÖZŐ ALTERNATÍVÁKAT KÍNÁLNAK, AKKOR AZOKAT AZ ALÁBBIAKBAN KÜLÖN SORBAN TÜNTESSE FEL.

	A program, szolgáltatás megnevezése		%	
1.2.2.1.				
1.2.2.2.				
1.2.2.3.				
1.2.2.4.				
1.2.2.5.				
1.2.2.6.				
1.2.2.7.				
1.2.2.8.				

HA AZ 1.2.2. KÉRDÉS EREDETILEG FELKÍNÁLT SORÁT KITÖLTÖTTE, AKKOR + SOR JELENIK MEG. EZ MINDADDIG FOLYTATÓDIK, AMÍG NEM LESZ EGY OLYAN SOR, AMIT TELJESEN ÜRESEN HAGYOTT.

AMIKOR EGY PREVENCIÓS PROGRAMRÓL/SZOLGÁLTATÁSRÓL KITÖLTÖTTE AZ ADATLAPOT, AKKOR IDE UGRIK VISSZA A PROGRAM.

AZ 1.3. KÉRDÉSHEZ AUTOMATIKUSAN BEKERÜL ELSŐ KÖRBEN AZ 1.2.2.1, AZTÁN A KÖVETKEZŐ KÖRBEN AZ 1.2.2.2. STB. SOROKBAN LÉVŐ PROGRAMOK/SZOLGÁLTATÁSOK NEVE.

1.3. A program, szolgáltatás neve

1.4. A program, szolgáltatás indításának időpontja

Mióta működik a program? Csak olyan programokra, szolgáltatásokra vonatkozva töltse ki az adatlapot, ami 2017-2020 között valamikor működött és jelenleg a programkínálatban szerepel! Már nem működő, illetve csak tervezett programok leírását itt nem kérjük.

1.5. A program, szolgáltatás felelőse és elérhetősége

1.5.1. Programvezető neve

1.5.2. Telefon

1.5.3. E-mail

1.6. A kontakt-személy neve és elérhetősége (a kutatásban kapcsolattartó személy)

HELP: Kérjük, jelöljön ki olyan kapcsolattartó személyt, akit a kutatás során a későbbiekben esetleg felmerülő kérdéseinkkel kereshetünk.

1.6.1. Név

1.6.2. Telefon

1.6.3. E-mail

1.6.4. Elérési idő

2. Tevékenység

A program, szolgáltatás keretében végzett tevékenység részletes leírása

HELP: Itt a program/szolgáltatás keretében végzett tevékenységét kérjük röviden összefoglalni. A későbbiek során, a 4. részben részletesen, célok, eszközök, módszerek, koncepció szerint részletesen leírásra kerül a program/szolgáltatás. Itt ezekre nem kell kitérni, csak egy átfogó leírást kérünk a programról/szolgáltatásról! Kérjük, a leírás csak az 1.3. kérdésnél szereplő programra (illetve szolgáltatásra) vonatkozzon, ne a szervezet tevékenységének általános leírását adja meg!

U.1. Közvetlenül a végső célpopulációra irányul a program, szolgáltatás? Akkor jelölje meg a **NEM választ**, ha Ön valamilyen **képző programot/szolgáltatást nyújt** (pl. kortársoktatókat, kortárssegítőket vagy más szakembereket képez) és az Ön által kiképzett szakemberek a későbbiek során önállóan, nem az Ön szervezete által végzett program/szolgáltatás keretében foglalkoznak a végső célpopulációval (pl. diákokkal, vagy szociális problémákkal küzdő fiatalokkal). Akkor is a „nem" opciót válassza, ha a későbbiek során kapcsolatot tart az Ön által kiképzett személyekkel (pl. szupervízió keretében), de a prevenció a későbbiekben nem az Ön szervezetének megbízásából, és a közvetlen felelősség tekintetében is Öntől függetlenül folyik.

Az **IGEN választ** akkor jelölje meg, ha az **Ön programja/szolgáltatása közvetlenül az interveniálni kívánt célpopulációt (pl. diákokat, vagy szociális problémákkal küzdő fiatalokat) célozza meg**, a végső célpopulációval az Ön szervezetének munkatársai, illetve az Ön szervezete által megbízottak foglalkoznak. Azaz a végső célpopulációval foglalkozó szakembereknek az Ön szervezete a megbízója, és a közvetlen felelősség az Ön szervezetét terheli.

☐	igen	Ugrás a D.3. kérdésre
☐	nem	Ugrás a K.3. kérdésre

K.3. Célpopuláció

K.3.1. Kérem, jellemezze a program/szolgáltatás által közvetlenül elérni kívánt <u>célcsoportot</u> az alábbi szempontok szerint! Arra a populációra gondoljon, ahol a program kivitelezését vállalja!

K.3.1.1. Életkori jellemzők	
K.3.1.2. Foglalkozási jellemzők	
K.3.1.3. Földrajzi jellemzők (pl. Budapest VI. ker., Hajdú-Bihar megye)	
K.3.1.4. Egyéb jellemzők	

K.3.2. A célpopulációról rendelkezésre álló információk, a fentiekben leírt tevékenyég helyzet-adekvátságának indoklása, kiinduló helyzet leírása

K.3.2.0.1 ☐ nem volt információnk

K.3.2.1. Végeztek-e a program/szolgáltatás indítása előtt szükségletfelmérést?

☐ igen
☐ nem

K.3.2.2. Milyen egyéb forrásokat használtak a szükségletek tekintetében való tájékozódáshoz?

K.3.2.2.1 ☐ szakiroda-
K.3.2.2.2 ☐ a színtéren dolgozóktól

K.3.2.2.3. CSAK AKKOR JELENJEN MEG, HA K.3.2.2.=SZAKIRODALOM

K.3.2.2.1. Kérjük, adja meg a pontos forrásokat:

☐

K.3.3. Hány főt képzett ki?

K.3.3.1. 2019-ben? ☐☐☐☐

HELP: Ha 2019-ben nem működött a programja/szolgáltatása, akkor ide nullát írjon!

Az elért személyek számát adja meg, ne a kontaktok számát!

K.3.3.2. Egy átlagos évben? ☐☐☐☐

HELP: Ha csak 2019-ben működött a programja/szolgáltatása, akkor ide nullát írjon!

Az elért személyek számát adja meg, ne a kontaktok számát!

K.3.4. Hogyan, milyen módon lépnek kapcsolatba a célcsoporttal?

HELP: Itt tudja megkülönböztetni az iskolai színtéren kínált programokat/ szolgáltatásokat az iskolán kívüli prevenciós programoktól/szolgáltatásoktól

☐ Csak és kizárólag az iskola intézményén keresztül
☐ Az iskolában és azon kívül is
☐ Semmilyen formában nem jelenünk meg az iskolákban

K.3.5. A program/szolgáltatás megvalósításának helyszíne

HELP: Több választ is megjelölhet!

K.3.5.1 ☐ iskola
K.3.5.2 ☐ munkahely
K.3.5.3 ☐ A célpopuláció egyéb saját közege (pl. utca, szabaidő eltöltésének helyszíne, otthon, szórakozóhely)
K.3.5.4 ☐ A programot végrehajtó szervezet által biztosított helyszín (pl. családsegítő szolgálat irodája, ellátóhely, sportklub stb.)

K.4. Célok

K.4.1. Végső cél

K.4.1.1. A program, szolgáltatás során **közvetlenül** megcélzott magatartások

K.4.1.1.1.	Alkohol fogyasztás	☐
K.4.1.1.2.	Dohányzás	☐
K.4.1.1.3.	Visszaélésszerű gyógyszer-fogyasztás	☐
K.4.1.1.4.	Egyéb legális drogok fogyasztása	☐
K.4.1.1.5.	Tiltott szerek fogyasztása	☐
K.4.1.1.6.	Szerencsejáték használat	☐
K.4.1.1.7.	Problémás internethasználat	☐
K.4.1.1.8.	Problémás online játék használat	☐
K.4.1.1.9.	Problémás közösségi médiahasználat	☐
K.4.1.1.10.	Testedzés függőség	☐
K.4.1.1.11.	Kényszeres vásárlás	☐
K.4.1.1.12.	Munkafüggőség	☐
K.4.1.1.13.	Evészavarok	☐
K.4.1.1.14.	Testképzavarok	☐
K.4.1.1.15.	Szexuális addikciók	☐
K.4.1.1.16.	Egyéb, éspedig	
K.4.1.1.17.	Egyéb, éspedig	

K.4.1.2. A program, szolgáltatás során **közvetetten** megcélzott magatartások

K.4.1.2.1.	Alkohol fogyasztás	☐
K.4.1.2.2.	Dohányzás	☐
K.4.1.2.3.	Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás	☐
K.4.1.2.4.	Egyéb legális drogok fogyasztása	☐
K.4.1.2.5.	Tiltott szerek fogyasztása	☐
K.4.1.2.6.	Szerencsejáték használat	
K.4.1.2.7.	Problémás internethasználat	☐
K.4.1.2.8.	Problémás online játék használat	☐
K.4.1.2.9.	Problémás közösségi médiahasználat	☐
K.4.1.2.10.	Testedzés függőség	☐
K.4.1.2.11.	Kényszeres vásárlás	☐
K.4.1.2.12.	Munkafüggőség	☐
K.4.1.2.13.	Evészavarok	☐
K.4.1.2.14.	Testképzavarok	☐
K.4.1.2.15.	Szexuális addikciók	☐
K.4.1.2.16.	Egyéb, éspedig	
K.4.1.2.17.	Egyéb, éspedig	

K.4.2. Specifikus (közbenső/rövidtávú) célok

K.4.2.1. Célok megnevezése

Kérem, jelölje meg, hogy a program, szolgáltatás milyen közbenső/rövidtávú célokat tűz ki ahhoz, hogy a végső cél megvalósuljon. Ezek kapcsolatban állhatnak a különböző szenvedélymagatartásokkal is, vagy pl.: iskolai teljesítménnyel, agresszióval, életvezetési készségekkel, rugalmassággal, foglalkoztatással.

K.4.2.1.1. Az első specifikus cél

K.4.2.1.2. A második specifikus cél

K.4.2.1.3. A harmadik specifikus cél

HA A K.4.2.1.3. KÉRDÉST KITÖLTÖTTE, AKKOR JELENJEN MEG + SPECIFIKUS CÉL. EZ MINDADDIG FOLYTATÓDJON, AMÍG NEM LESZ EGY OLYAN, AMIT ÜRESEN HAGYOTT.

K.4.2.2. Az egyes célokhoz kapcsolódó alapkoncepció

Kérem, ismertesse az alapkoncepciót, elméleti megalapozottságot vagy teoretikus modellt a program, szolgáltatás megvalósítása mögött, az egyes specifikus célokhoz rendelve. Ez lehet már létező modell (pl. társas hatás modell, magatartási alternatívák, racionális döntés elmélete, stb) vagy teljesen új koncepció. Az utóbbi az esetekben szükséges a hipotézis vagy az eredményességről rendelkezésre álló empirikus adatok rövid leírása. Kérem, adja meg a koncepció mögött álló szakirodalomi hivatkozásokat is!

ANNYI ALKÉRDÉS JELENJEN MEG, AHÁNY CÉLT MEGFOGALMAZOTT K.4.2.1. KÉRDÉSNÉL!

K.4.2.2.1. Az első specifikus célhoz kapcsolódó koncepció

K.4.2.2.2. A második specifikus célhoz kapcsolódó koncepció

K.4.2.2.3. A harmadik specifikus célhoz kapcsolódó koncepció

U.2. A tevékenység program vagy szolgáltatás keretében valósul meg?

☐	program	UGRÁS A P.K.4.3. KÉRDÉSRE
☐	szolgáltatás	UGRÁS AZ S.K.4.3. KÉRDÉSRE

P.K.4.3. A teljes program megvalósításának egyes paraméterei

Pl. ha a program összes óraszáma 15x45perc, a foglalkozásokat kéthetente tartják, alkalmanként három órában, akkor: az Össz. óraszám: 15 x 45 perc; mivel egy alkalommal 3 órát tartanak, így az alkalmak száma 15/3, azaz a Hány alkalom kérdésre a válasz: 5; tekintettel arra, hogy a foglalkozásokat kéthetente tartják, így az 5 alkalom 10 hét alatt tud megvalósulni, tehát az első és utolsó foglalkozás között eltelő időintervallum: 10 hét.

Kérem, adja meg az „Össz. óraszám” kérdésnél, hogy az összes óraszámot 45 perces tanórában, vagy 60 perces órában számolja, az „Időintervallum” kérdésnél pedig azt, hogy az időintervallumot, napban, hétben, hónapban, vagy évben érti!

A "Hány személy tartja" kérdés arra vonatkozik, hogy az egy csoportban, a program során összesen a program hány munkatársa foglalkozik a képzésben résztvevőkkel személyesen.

Ha tört értéket szeretne megadni, kérjük tizedes jelölőnek a pontot használja!

P.K.4.3.1. Össz. óraszám		
P.K.4.3.1.1. Óra hossza		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	45 perc
	2	60 perc
P.K.4.3.2. Időintervallum		
P.K.4.3.2.1. Időintervallum időegysége		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	nap
	2	hét
	3	hónap
	4	év
P.K.4.3.3. Hány alkalom		
P.K.4.3.4. Hány személy tartja		

P.K.4.4. Az egyes specifikus célokhoz kapcsolódó módszerek és paraméterek

Kérem, ismertesse az egyes specifikus célok megvalósítása során alkalmazott módszereket, majd töltse ki a paraméterekre vonatkozó rovatokat! A teljes program megvalósításának paramétereit bontsa le specifikus célokra!

ANNYI ALKÉRDÉS JELENJEN MEG, AHÁNY CÉLT MEGFOGALMAZOTT K.4.2.1. KÉRDÉSNÉL!

P.K.4.4.1. Az első specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

P.K.4.4.1.1. Az elérésére fordított óraszám		
P.K.4.4.1.2. Óra hossza		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	45 perc
	2	60 perc
P.K.4.4.1.3. Hány alkalom		
P.K.4.4.1.4. Hány fős csoportban		
P.K.4.4.1.5. Hány személy tartja		
P.K.4.4.1.6. Elérésének időintervalluma		
P.K.4.4.1.7. Időintervallum időegysége		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	nap
	2	hét
	3	hónap
	4	év

P.K.4.4.2. A második specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

P.K.4.4.2.1. Az elérésére fordított óraszám		
P.K.4.4.2.2. Óra hossza		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	45 perc
	2	60 perc
P.K.4.4.2.3. Hány alkalom		
P.K.4.4.2.4. Hány fős csoportban		
P.K.4.4.2.5. Hány személy tartja		
P.K.4.4.2.6. Elérésének időintervalluma		
P.K.4.4.2.7. Időintervallum időegysége		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	nap

2	hét
3	hónap
4	év

P.K.4.4.1. A harmadik specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

P.K.4.4.3.1. Az elérésére fordított óraszám	
P.K.4.4.3.2. Óra hossza	LEGÖRDÜLŐ MENÜ
1	45 perc
2	60 perc
P.K.4.4.3.3. Hány alkalom	
P.K.4.4.3.4. Hány fős csoportban	
P.K.4.4.3.5. Hány személy tartja	
P.K.4.4.3.6. Elérésének időintervalluma	
P.K.4.4.3.7. Időintervallum időegysége	LEGÖRDÜLŐ MENÜ
1	nap
2	hét
3	hónaő
4	év

S.K.4.3. A szolgáltatás elérhetősége, nyitvatartása

S.K.4.3.1. Hétfő	
S.K.4.3.2. Kedd	
S.K.4.3.3. Szerda	
S.K.4.3.4. Csütörtök	
S.K.4.3.5. Péntek	
S.K.4.3.6. Szombat	
S.K.4.3.7. Vasárnap	

S.K.4.4. Hány személy biztosítja:	

S.K.4.5. Az egyes specifikus célokhoz kapcsolódó módszerek és paraméterek

Kérem, ismertesse az egyes specifikus célok megvalósítása során alkalmazott módszereket, majd töltse ki a paraméterekre vonatkozó rovatokat! (Ezek a rovatok mindig egy csoportra vonatkoznak.)

ANNYI ALKÉRDÉS JELENJEN MEG, AHÁNY CÉLT MEGFOGALMAZOTT K.4.2.1. KÉRDÉSNÉL!

S.K.4.5.1. Az első specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

S.K.4.5.1.1. Hány fős csoportban	
S.K.4.5.1.2. Hány személy biztosítja	

S.K.4.5.2. A második specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

S.K.4.5.2.1. Hány fős csoportban	
S.K.4.5.2.2. Hány személy biztosítja	

S.K.4.5.3. A harmadik specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

S.K.4.5.3.1. Hány fős csoportban	
S.K.4.5.3.2. Hány személy biztosítja	

Ugrás az U.3. kérdésre

U.3. Van-e a programnak a végső célpopulációra vonakozóan valamilyen célja?

Akkor jelölje az **IGEN választ**, amennyiben a képző programjuk során nem csak a program/szolgáltatás közvetlen célpopulációjára vonatkozóan fogalmaznak meg célokat, hanem a kiképzettek által elért végső célpopulációra is, azaz **ha az Ön által kiképzett szakembereket** (pl. kortársoktatókat) **önálló prevenciós programok/szolgáltatások kivitelezésére készítik fel.**

Amennyiben az Ön programja azt szolgálja, hogy bizonyos színtereken dolgozók informáltsága, készségei (pl. problémaérzékenysége) stb. fejlődjenek, de **a képzés hatására nem válnak alkalmassá önálló prevenciós programok/szolgáltatások kivitelezésére, abban az esetben a NEM választ jelölje**.

☐ igen	UGRÁS A D.3. KÉRDÉSRE
☐ nem	UGRÁS AZ 5. KÉRDÉSRE

D.3. Célpopuláció

D.3.1. Kérem, jellemezze a program/szolgáltatás által elérni kívánt <u>végső célcsoportot</u> az alábbi szempontok szerint. Arra a populációra gondoljon, ahol a program kivitelezését Önök (illetve kiképző program esetén az Önök által kiképzett személyek) vállalják!

D.3.1.1. Életkori jellemzők ☐

D.3.1.2. Földrajzi jellemzők (pl. Budapest VI. ker., Hajdú-Bihar megye) ☐

D.3.1.3. Egyéb jellemzők ☐

D.3.1.4. Nemi jellemzők ☐

D.3.2. Mely csoportokra irányul a program, szolgáltatás?

D.3.2.1. Általános populáció ☐

D.3.2.2. Etnikai csoportok ☐

D.3.2.3. Iskolából kimaradó fiatalok ☐

D.3.2.4. Hajléktalanok ☐

D.3.2.5. Problémás családból származó fiatalok ☐

D.3.2.6. Szociális problémákkal küzdő fiatalok ☐

D.3.2.7. Partizó fiatalok ☐

D.3.2.8. Kondi terembe járók ☐

D.3.2.9. Menekültek ☐

D.3.2.11. Bűnelkötők/fogvatartottak ☐

D.3.2.11. Nevelőintézetben élő fiatalok ☐

D.3.2.12. Tanulási problémákkal küzdő fiatalok ☐

D.3.2.13. Rossz környéken élő, (hátrányos helyzetű) fiatalok ☐

D.3.2.14. Egyénre szabott prevenció (javallott, eltelerés megelőző felvilágosító szolgáltatás) ☐

HELP: **Családi prevenció** körébe tartoznak azok a programok, melyek elsődlegesen a családokat/szülőket célozzák meg.

Ezek közül az alternatívák közül csak abban az esetben válasszon, ha közvetlenül a családokra irányul a program/szolgáltatás.

Ha az Önök programjának/ szolgáltatásának célpopulációját az ezekből a családokból származó fiatalok képezik (rájuk vonatkozóan fogalmazza meg a program/szolgáltatás céljait), de emellett a program keretében rendszeresen foglalkoznak a célpopulációt körülvevő családokkal (mint közvetítő célcsoporttal) is, azt a **D.3.7** kérdésnél írja be.

D.3.2.20. Általában a családok ☐
D.3.2.21. szerekkel kapcsolatos visszaélés a családban ☐
D.3.2.22. társadalmilag hátrányos helyzetben lévő szülők (pl.: munkanélküliek) ☐
D.3.2.23. mentális problémák a családban ☐
D.3.2.24. családi konfliktusok és a gyermek elhanyagolása ☐
D.3.2.25. marginalizálódó kisebbségi családok ☐
D.3.2.26. bűnözés a családban ☐
D.3.2.30. Egyéb, éspedig: ☐

D.3.3. A célpopulációról rendelkezésre álló információk, a fentiekben leírt tevékenyég helyzetadekvátságának indoklása, kiinduló helyzet leírása

☐ nem volt információnk

D.3.3.1. Végeztek-e a program/szolgáltatás indítása előtt szükségletfelmérést?

☐ igen
☐ nem

D.3.3.2. Milyen egyéb forrásokat használtak a szükségletek tekintetében való tájékozódáshoz?

D.3.3.2.1 ☐ szakirodalom
D.3.3.2.2 ☐ a színtéren dolgozóktól

D.3.3.2.3. CSAK AKKOR JELENJEN MEG, HA D.3.3.2.=SZAKIRODALOM

D.3.3.2.3. Kérjük, adja meg a pontos forrásokat:

D.3.4. Hány főt értek el

D.3.4.1. Ténylegesen hány főt ért el 2019-ben? ☐☐☐☐

HELP: Ha 2019-ben nem működött a programja/szolgáltatása, akkor ide nullát írjon!

D.3.4.2. Hány főt ér el egy átlagos évben? ☐☐☐☐

HELP: Ha csak 2019-ben működött a programja/szolgáltatása, akkor ide nullát írjon!

D.3.5. Hogyan, milyen módon lépnek kapcsolatba a célcsoporttal?

HELP: Itt tudja megkülönböztetni az iskolai színtéren kínált programokat/ szolgáltatásokat az iskolán kívüli prevenciós programoktól/szolgáltatásoktól

- ☐ Csak és kizárólag az iskola intézményén keresztül
- ☐ Az iskolában és azon kívül is
- ☐ Semmilyen formában nem jelenünk meg az iskolákban

D.3.6. A program/szolgáltatás megvalósításának helyszíne

- D.3.6.1. ☐ Iskola
- D.3.6.2 ☐ Munkahely
- D.3.6.3. ☐ A célpopuláció egyéb saját közege (pl. utca, szabadidő eltöltésének helyszíne, otthon, szórakozóhely)
- D.3.6.4. ☐ A programot végrehajtó szervezet által biztosított helyszín (pl. család-segítő szolgálat irodája, ellátóhely, sportklub stb.)

D.3.7. Van-e valamilyen közbenső (közvetítő) célcsoport, melyet felhasznál a végső célcsoport, illetve az abban megvalósítani kívánt célok eléréséhez? (pl. szülők, családgondozók, stb.)

Kérem, írja le röviden az itt végzett tevékenységet, és annak főbb jellemzőit (hány órában, milyen csoportban, milyen céllal végzi)! NEM arra vonatkozik a kérdés, hogy Önök folytatnak-e pl. pedagógus- vagy kortársképzést, hanem hogy a végső célcsoportra irányuló program/szolgáltatás keretében, annak részeként működtetnek-e pl. szülőcsoportot.

☐

D.4. Célok

D.4.1. Végső cél

Kérem, jelölje meg a program, szolgáltatás általános célját! Adjon rövid leírást a várható változásokról (Pl. attitűdváltozások, szándékolt fogyasztás csökkenése), mérhető eredményekről, a célok elérésének várható idejéről!

D.4.1.1. A program, szolgáltatás során **közvetlenül** megcélzott magatartások

- D.4.1.1.1. Alkohol fogyasztás ☐
- D.4.1.1.2. Dohányzás ☐
- D.4.1.1.3. Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás ☐
- D.4.1.1.4. Egyéb legális drogok fogyasztása ☐
- D.4.1.1.5. Tiltott szerek fogyasztása ☐
- D.4.1.1.6. Szerencsejáték használat ☐
- D.4.1.1.7. Problémás internethasználat ☐
- D.4.1.1.8. Problémás online játék használat ☐
- D.4.1.1.9. Problémás közösségi médiahasználat ☐
- D.4.1.1.10. Testedzés függőség ☐
- D.4.1.1.11. Kényszeres vásárlás ☐
- D.4.1.1.12. Munkafüggőség ☐
- D.4.1.1.13. Evészavarok ☐
- D.4.1.1.14. Testképzavarok ☐
- D.4.1.1.15. Szexuális addikciók ☐
- D.4.1.1.16. Egyéb, éspedig ☐
- D.4.1.1.17. Egyéb, éspedig ☐

D.4.1.2. A program, szolgáltatás során **közvetetten** megcélzott magatartások

- D.4.1.2.1. Alkohol fogyasztás ☐
- D.4.1.2.2. Dohányzás ☐
- D.4.1.2.3. Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás ☐
- D.4.1.2.4. Egyéb legális drogok fogyasztása ☐
- D.4.1.2.5. Tiltott szerek fogyasztása ☐
- D.4.1.2.6. Szerencsejáték használat ☐
- D.4.1.2.7. Problémás internethasználat ☐
- D.4.1.2.8. Problémás online játék használat ☐
- D.4.1.2.9. Problémás közösségi médiahasználat ☐
- D.4.1.2.10. Testedzés függőség ☐
- D.4.1.2.11. Kényszeres vásárlás ☐
- D.4.1.2.12. Munkafüggőség ☐

D.4.1.2.13. Evészavarok
D.4.1.2.14. Testképzavarok
D.4.1.2.15. Szexuális addikciók
D.4.1.2.16. Egyéb, éspedig
D.4.1.2.17. Egyéb, éspedig

D.4.2. Specifikus (közbenső/rövidtávú) célok

Kérem, jelölje meg, hogy a program/alprogram, szolgáltatás milyen közbenső/rövidtávú célokat tűz ki ahhoz, hogy a végső cél megvalósuljon. Ezek kapcsolatban állhatnak a szerhasználattal is, vagy pl.: iskolai teljesítménnyel, agresszióval, életvezetési készségekkel, rugalmassággal, foglalkoztatással...

D.4.2.1. Célok megnevezése

D.4.2.1.1. Az első specifikus cél

D.4.2.1.2. A második specifikus cél

D.4.2.1.3. A harmadik specifikus cél

HA A D.4.2.1.3. KÉRDÉST KITÖLTÖTTE, AKKOR JELENIK MEG + SPECIFIKUS CÉL.

D.4.2.2. Az egyes célokhoz kapcsolódó alapkoncepció

Kérem, ismertesse az alapkoncepciót, elméleti megalapozottságot vagy teoretikus modellt a program, szolgáltatás megvalósítása mögött, az egyes specifikus célokhoz rendelve. Ez lehet már létező modell (racionális döntés elmélete, társas hatás modell, magatartási alternatívák stb.) vagy teljesen új koncepció. Az utóbbi az esetekben szükséges a hipotézis vagy az eredményességről rendelkezésre álló empirikus adatok rövid leírása. Kérem, adja meg a koncepció mögött álló szakirodalomi hivatkozásokat!

ANNYI ALKÉRDÉS JELENIK MEG, AHÁNY CÉLT MEGFOGALMAZOTT D.4.2.1. KÉRDÉSNÉL!

D.4.2.2.1. Az első specifikus célhoz kapcsolódó koncepció

D.4.2.2.2. A második specifikus célhoz kapcsolódó koncepció

D.4.2.2.3. A harmadik specifikus célhoz kapcsolódó koncepció

U.2.1. A tevékenység program vagy szolgáltatás keretében valósul meg?

☐	program	UGRÁS A P.D.4.3. KÉRDÉSRE
☐	szolgáltatás	UGRÁS AZ S.D.4.3. KÉRDÉSRE

P.D. 4.3. A teljes program megvalósításának egyes paraméterei

Az időintervallum egy program egy csoportban való teljes futásának ideje, vagyis az a periódus, ami az első és az utolsó foglalkozás között eltelik egy csoport esetén. Pl. a program összes óraszáma 15 óra, ezt 5 alkalommal tartják, kéthetente, alkalmanként három órában, akkor: a teljes időtartam 15 óra, az intervallum pedig 10 hét. A „Hány személy tartja” kérdés, az egy csoportban, a program teljes megtartására vonatkozik. Kérem, az „Össz. óraszám” kérdésnél adja meg, hogy az összes óraszám 45 perces tanórában, vagy 60 perces órában értendő! (pl., 15x45 perc, vagy 9x60 perc)

P.D.4.3.1. Össz. óraszám		
P.D.4.3.1.1. Óra hossza		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	45 perc
	2	60 perc
P.D.4.3.2. Időintervallum		
P.D.4.3.2.1. Időintervallum időegysége		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	nap
	2	hét
	3	hónap
	4	év
P.D.4.3.3. Hány alkalom		
P.D.4.3.4. Hány személy tartja		

P.D.4.4. Az egyes specifikuscélokhoz kapcsolódó módszerek és paraméterek

Kérem, ismertesse az egyes specifikus célok megvalósítása során alkalmazott módszereket, majd töltse ki a paraméterekre vonatkozó rovatokat! (Ezek a rovatok mindig egy csoportra, és az egyes specifikus célokra vonatkoznak.)

ANNYI ALKÉRDÉS JELENIK MEG, AHÁNY CÉLT MEGFOGALMAZOTT D.4.2.1. KÉRDÉSNÉL!

P.D.4.4.1. Az első specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

P.D.4.4.1.1. Elérésére fordított óraszám		
P.D.4.4.1.2. Óra hossza		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	45 perc
	2	60 perc
P.D.4.4.1.3. Hány alkalom		
P.D.4.4.1.4. Hány fős csoportban		
P.D.4.4.1.5. Hány személy tartja		
P.D.4.4.1.6. Elérésének időintervalluma		
P.D.4.4.1.7. Időintervallum időegysége		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	nap
	2	hét
	3	hónap
	4	év

P.D.4.4.2. A második specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

P.D.4.4.2.1. Elérésére fordított óraszám		
P.D.4.3.2.2. Óra hossza		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	45 perc
	2	60 perc
P.D.4.4.2.3. Hány alkalom		
P.D.4.4.2.4. Hány fős csoportban		
P.D.4.4.2.5. Hány személy tartja		
P.D.4.4.2.6. Elérésének időintervalluma		
P.D.4.3.2.7. Időintervallum időegysége		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	nap
	2	hét
	3	hónap
	4	év

P.D.4.4.3. A harmadik specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

P.D.4.4.3.1. Elérésére fordított óraszám		
P.D.4.3.3.2. Óra hossza		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	45 perc
	2	60 perc
P.D.4.4.3.3. Hány alkalom		
P.D.4.4.3.4. Hány fős csoportban		
P.D.4.4.3.5. Hány személy tartja		
P.D.4.4.3.6. Elérésének időintervalluma		
P.D.4.3.3.7. Időintervallum időegysége		LEGÖRDÜLŐ MENÜ
	1	nap
	2	hét
	3	hónap
	4	év

S.D.4.3. A szolgáltatás elérhetősége, nyitvatartása

S.D.4.3.1. Hétfő	
S.D.4.3.2. Kedd	
S.D.4.3.3. Szerda	
S.D.4.3.4. Csütörtök	
S.D.4.3.5. Péntek	
S.D.4.3.6. Szombat	
S.D.4.3.7. Vasárnap	
S.D.4.4. Hány személy bizto-	

S.D.4.5. Az egyes specifikus célokhoz kapcsolódó módszerek és paraméterek

Kérem, ismertesse az egyes specifikus célok megvalósítása során alkalmazott módszereket, majd töltse ki a paraméterekre vonatkozó rovatokat! (Ezek a rovatok mindig egy csoportra vonatkoznak.)

ANNYI ALKÉRDÉS JELENJEN MEG, AHÁNY CÉLT MEGFOGALMAZOTT D.4.2.1. KÉRDÉSNÉL!

S.D.4.5.1. Az első specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

S.D.4.5.1.1. Hány fős csoportban	
S.D.4.5.1.2. Hány személy biztosítja	

S.D.4.5.2. A második specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

S.D.4.5.2.1. Hány fős csoportban	
S.D.4.5.2.2. Hány személy biztosítja	

S.D.4.5.3. A harmadik specifikus célhoz kapcsolódó módszerek:

S.D.4.5.3.1. Hány fős csoportban	
S.D.4.5.3.2. Hány személy biztosítja	

5. Programértékelés

Értékelő vizsgálatok a program működéséről, hatékonyságáról.

5.1. Van-e már lezárult értékelés a programról/szolgáltatásról?

☐ volt — UGRÁS AZ 5.1.1. KÉRDÉSEKRE

☐ nem volt — UGRÁS AZ 5.2. KÉRDÉSRE

Mit vizsgáltak		Ki végezte			
5.1.1. A folyamatot	☐	5.1.2.	1 külső értékelő	2	belső értékelő
5.1.3. A célok megvalósulá-	☐	5.1.4.	1 külső értékelő	2	belső értékelő
5.1.5. A célok megvalósulá-	☐ igen (kérjük küldje el nekünk az összefoglalót)			☐	nem

5.2. Van-e folyamatban lévő értékelés a programról/szolgáltatásról?

☐ van — UGRÁS AZ 5.2.1. KÉRDÉSEKRE

☐ nincs — UGRÁS AZ 5.3. KÉRDÉSRE

Mit vizsgálnak		Ki végzi			
5.2.1. A folyamatot	☐	5.2.2.	1 külső értékelő	2	belső értékelő
5.2.3. A célok megvalósulá-	☐	5.2.4.	1 külső értékelő	2	belső értékelő

5.3. Terveznek-e értékelést a programról/szolgáltatásról?

☐ igen — UGRÁS AZ 5.3.1. KÉRDÉSEKRE
☐ nem — UGRÁS AZ 5.4. KÉRDÉSRE

	Mit vizsgálnak			Ki végzi			
5.3.1.	A folyamatot	☐	5.3.2.	1	külső értékelő	2	belső értékelő
5.3.3.	A célok megvalósulá-	☐	5.3.4.	1	külső értékelő	2	belső értékelő

HA 5.1.=VOLT VAGY 5.2.=VAN VAGY 5.3.=IGEN, AKKOR UGRÁS A 6. KÉRDÉSRE

5.4. Ha nem volt és nem is terveznek értékelést, annak mi az oka?

6. A programban résztvevő személyek (a program/szolgáltatás megvalósításában közvetlenül résztvevő személyek: szakemberek, oktatók stb.)

Kérem, jellemezze a program lebonyolításában résztvevő embereket a következő szempontok szerint. Minden jellemzőt csak a program vonatkozásában adjon meg! Egy munkatársat csak egy helyre számolion!

	Főmunkaként	Részmunkában	Külsős munkatársként	Önkéntesként
pszichiáter	6.1.1	6.1.2.	6.1.3.	6.1.4.
nem pszichiáter orvos	6.2.1	6.2.2.	6.2.3.	6.2.4.
pszichológus	6.3.1	6.3.2.	6.3.3.	6.3.4.
szociális munkás	6.4.1	6.4.2.	6.4.3.	6.4.4.
mentálhigiénikus	6.5.1	6.5.2.	6.5.3.	6.5.4.
pedagógus	6.6.1	6.6.2.	6.6.3.	6.6.4.
addiktológiai konzultáns	6.7.1	6.7.2.	6.7.3.	6.7.4.
egyéb több mint 60 órás szakirányú tanfolyami végzettséggel rendelkező munkatárs	6.8.1	6.8.2.	6.8.3.	6.8.4.

egyéb max 60 órás szakirányú tanfolyami végzettséggel rendelkező munkatárs	6.9.1	6.9.2.	6.9.3.	6.9.4.
egyéb, éspedig: 6.10.	6.10.1	6.10.2.	6.10.3.	6.10.4.

7. Finanszírozás

Itt 7.1. pontban adatlapban leírt a programnak/szolgáltatásnak a finanszírozására vonatkozóan töltse ki az alábbi kérdéseket. NE A SZERVEZETÜK FORRÁSÖSSZETÉTELÉT ADJA MEG!

7.1. Finanszírozás jellemzői a 2019-es évben

HELP: Abban az esetben, ha a program/szolgáltatás nem működött 2019-ben a finanszírozással kapcsolatos kérdésekre egy átlagos évre vonatkozóan legyen szíves válaszolni.

	A bevétel típusa			A bevételek mekkora hányada (%)
Folyamatossága	Állandó (költségkeret, vagy utófinanszírozás)		7.1.1.	
Forrása megnevezése	Pályázati, alkalmi		7.1.2.	
	Teljesítményhez kötött		7.1.3.	
	Állami finanszírozói		7.1.4.	
	Önkormányzati		7.1.5.	
	Nonprofit	Alapítványi	7.1.6.	
		Egyesületi, karitatív	7.1.7.	
		Adományozói	7.1.8.	
		Egyházi	7.1.9.	
	A megrendelő (piaci) fizet		7.1.10.	

7.2. Összesen mekkora volt a szervezet/programgazda összes bevétele 2019-ben, és ebből mennyit fordított a program megvalósítására?

	1000Ft-ban
7.2.1. A szervezet összes bevétele (forrása) 2019. évben	
7.2.2. Ebből mennyit fordított a program megvalósítására	

VISSZAUGRATNI, AZ 1.3. KÉRDÉSHEZ MINDADDIG, AMÍG NEM TÖLTÖTT KI ANNYI ADATLAPOT, AHÁNY SOR AZ 1.2.2. TÁBLÁZATBAN KITÖLTÉSRE KERÜLT.

U.4. A program leírásának végére ért. Véglegesnek tekinti a kitöltött adatlapot?

HELP: Kérjük, amennyiben a korábbi 2015-ös kutatás során töltötte ki az adatlapot, az „igen” válasz jelölésével validálja, azaz erősítse meg, hogy a program most is fut, és a leírás most is megfelel a valóságnak.

HELP: A véglegesítés után is módosíthatja az adatlapot!

A véglegesítés csak egy jelzés a helpdesk felé, Önnek nem jelent semmilyen megkötést!

☐ igen
☐ nem, még dolgozni fogok rajta

6.2.A szövegben felhasznált táblázatok

1. táblázat: A 2017 és 2020 között szenvedélymagatartások megelőzésével valamilyen módon[50] foglalkozó, a kutatás során elért szolgáltatók száma és székhely szerinti eloszlása megyénként (N=430)

Szolgáltató székhelye	szervezetek száma	%	kumulált %
Budapest	78	18,1	18,1
Pest megye	42	9,8	27,9
Hajdú-Bihar megye	39	9,1	37,0
Csongrád megye	31	7,2	44,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	25	5,8	50,0
Bács-Kiskun megye	24	5,6	55,6
Békés megye	24	5,6	61,2
Baranya megye	20	4,7	65,8
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	19	4,4	70,2
Fejér megye	18	4,2	74,4
Zala megye	18	4,2	78,6
Győr-Moson-Sopron megye	17	4,0	82,6
Jász-Nagykun-Szolnok megye	15	3,5	86,0
Heves megye	13	3,0	89,1
Veszprém megye	11	2,6	91,6
Komárom-Esztergom megye	10	2,3	94,0
Somogy megye	9	2,1	96,0
Tolna megye	8	1,9	97,9
Vas megye	5	1,2	99,1
Nógrád megye	4	0,9	100,0
Összesen	430	100,0	-

[50] A táblázat mindazokat a szervezeteket tartalmazza, akik a vizsgált időszakban közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként végeztek valamilyen prevenciós munkát.

2. táblázat: Az aktuálisan (2020-ban) működő,[51] a szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló saját, programszerű prevenciós beavatkozást működtető szolgáltatók száma és eloszlása (%) megyénként (N=276)

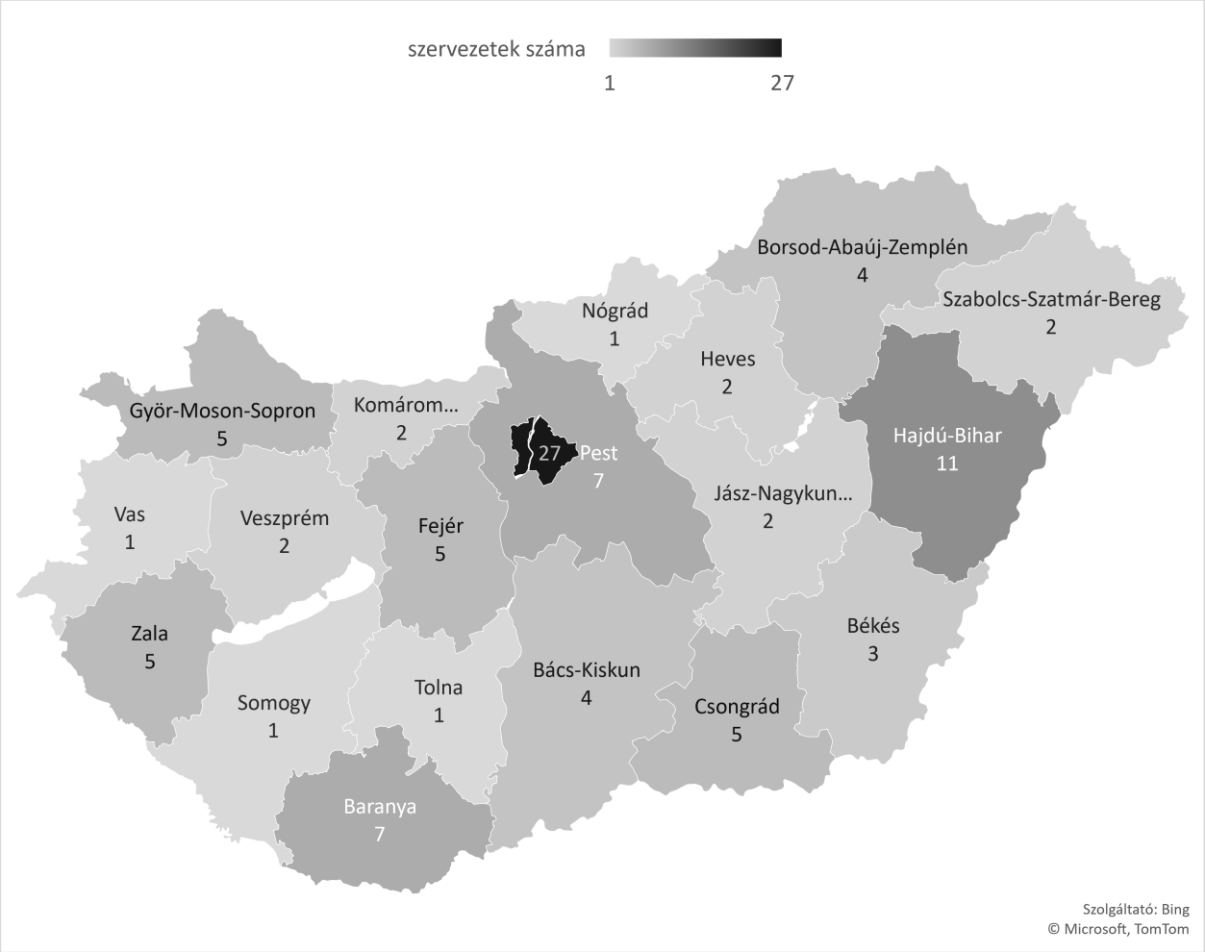
	szervezetek száma	%	kumulált %
Budapest	60	21,7	21,7
Pest megye	30	10,9	32,6
Hajdú-Bihar megye	26	9,4	42,0
Csongrád megye	19	6,9	48,9
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	19	6,9	55,8
Békés megye	15	5,4	61,2
Bács-Kiskun megye	13	4,7	65,9
Baranya megye	13	4,7	70,7
Győr-Moson-Sopron megye	13	4,7	75,4
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	10	3,6	79,0
Fejér megye	10	3,6	82,6
Zala megye	8	2,9	85,5
Jász-Nagykun-Szolnok megye	7	2,5	88,0
Komárom-Esztergom megye	7	2,5	90,6
Heves megye	6	2,2	92,8
Somogy megye	6	2,2	94,9
Tolna megye	6	2,2	97,1
Veszprém megye	4	1,4	98,6
Nógrád megye	2	0,7	99,3
Vas megye	2	0,7	100,0
Összesen	276	100,0	-

[51] Vagy csak átmenetileg szüneteltelő.

3. táblázat: A Programinformációs Adatlapot (PIAD) kitöltő szolgáltatók száma és eloszlása (%) megyénként és Budapesten, 2020-ban (N=97)

	szervezetek száma	%	kumulált %
Budapest	27	27,8	27,8
Hajdú-Bihar megye	11	11,3	39,2
Baranya megye	7	7,2	46,4
Pest megye	7	7,2	53,6
Csongrád megye	5	5,2	58,8
Fejér megye	5	5,2	63,9
Győr-Moson-Sopron megye	5	5,2	69,1
Zala megye	5	5,2	74,2
Bács-Kiskun megye	4	4,1	78,4
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	4	4,1	82,5
Békés megye	3	3,1	85,6
Heves megye	2	2,1	87,6
Jász-Nagykun-Szolnok megye	2	2,1	89,7
Komárom-Esztergom megye	2	2,1	91,8
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	2	2,1	93,8
Veszprém megye	2	2,1	95,9
Nógrád megye	1	1,0	96,9
Somogy megye	1	1,0	97,9
Tolna megye	1	1,0	99,0
Vas megye	1	1,0	100,0
Összesen	97	100	

1.ábra: A Programinformációs Adatlapot (PIAD) kitöltő szolgáltatók területi elhelyezdedése: a szolgáltatók száma megyénként és Budapesten, 2020-ban (db; N=97)



4. táblázat: A közvetlenül a végső célcsoportban kínált általános, célzott és javallott prevenciós beavatkozások száma megyénként és Budapesten (db)

	Általános prevenció (N=94)	Célzott prevenció (N=60)	Javallott prevenció (N=42)
Budapest	35	25	13
Bács-Kiskun megye	15	11	4
Baranya megye	19	10	6
Békés megye	14	12	5
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	18	13	6
Csongrád megye	16	12	6
Fejér megye	21	12	8
Győr-Moson-Sopron megye	18	14	8
Hajdú-Bihar megye	20	16	10
Heves megye	16	10	4
Jász-Nagykun-Szolnok megye	19	10	5
Komárom-Esztergom megye	14	10	6
Nógrád megye	13	10	5
Pest megye	20	10	7
Somogy megye	15	11	6
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	18	12	8
Tolna megye	15	12	7
Vas megye	13	9	6
Veszprém megye	16	10	5
Zala megye	17	9	5
Megyi átlag	16,7	11,2	6,2
Országos lefedettségű program	12	9	3

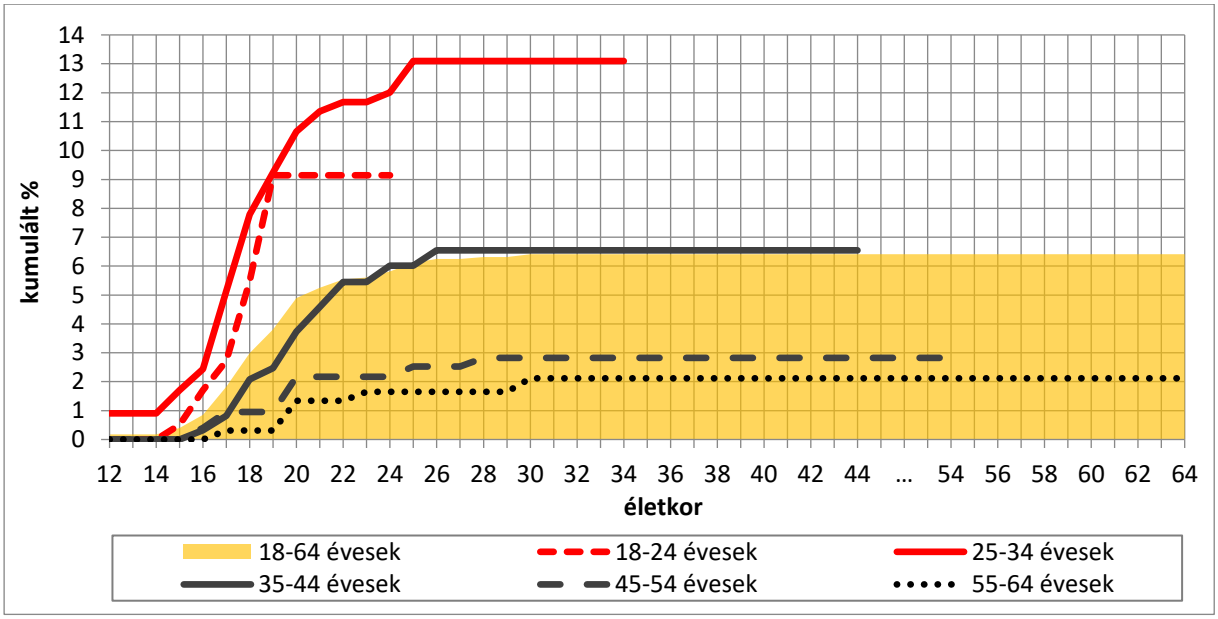
legrosszabb ellátottságú megye
legjobb ellátottságú megye
második legjobb ellátottságú megye

5. táblázat: A különböző speciális csoportokat megcélzó beavatkozások aránya a közvetlenül a végső célcsoportra irányuló célzott prevenciós programok/szolgáltatások körében (%; N=60)

Speciális csoportok	célzott programok %-a
Szociális problémákkal küzdő fiatalok	58,3%
Problémás családból származó fiatalok	53,3%
Rossz környéken élő fiatalok	48,3%
Nevelőintézetben élő fiatalok	38,3%
Tanulási problémákkal küzdő fiatalok	36,7%
Etnikai csoportok	33,3%
Iskolából kimaradó fiatalok	26,7%
Partizó fiatalok	21,7%
Szerekkel való visszaélés a családban	16,7%
Hátrányos helyzetben lévő szülők	10,0%
Családi konfliktusok, elhanyagolás	10,0%
Hajléktalanok	10,0%
Mentális problémák a családban	6,7%
Egyéb*	6,7%
Bűnelkövető fiatalok	5,0%
Marginalizálódó kisebbségi családok	3,3%
Edzőterembe járók	3,3%
Menekültek	0,0%
Bűnözés a családban	0,0%

* Az egyéb kategóriában megjelenő célcsoportok családi prevenciót takarnak: 1-1 esetben fordultak elő egyszülős családok, nevelőszülők, ill. fogyatékossággal élő családok.

2.ábra: A tiltott droghasználat kumulált prevalencia-görbéje a 18-64 éves népességben összességében és az egyes korcsoportokban (az OLAAP 2019 vizsgálat első használat életkorára vonatkozó adatai alapján, a válaszolók kumulált %-ában)



Forrás: Paksi & Pillók, 2021

Az első tiltott drogfogyasztás életkora alapján felrajzolt kumulált prevalencia-görbe (lásd a 2. ábrán a drogokkal valaha kapcsolatba került populációt megjelenítő sárga terület) azt mutatja, hogy 2019-ben 18-64 éves felnőtt népesség körében a valamilyen tiltott drog kipróbálása 12 éves korban megjelent, s 15 éves kortól mérsékelten (átlagosan 0,3%/év), majd 17 és 20 éves kor között gyakorlatilag egyenletesen, évente átlagosan 1,0%-kal emelkedett, azt követően a kapcsolatba kerülés kockázata mérséklődött (átlagosan 0,2%/év), majd 26 éves kor után gyakorlatilag megszűnt (mindössze két esetben tapasztaltunk ennél idősebb korban történő első használatot).

A különböző korosztályokra felrajzolt görbék alapján pedig egyrészt azt láthatjuk, hogy a 18-64 éves felnőtt népesség kockázati görbéje érdekes módon gyakorlatilag megegyezik a mai 35-44 évesek kockázati görbéjével. Másrészt a korcsoportos kumulált prevalencia görbék alapján azt is láthatjuk, hogy a 44 éves kor feletti korosztályok kockázata elmarad a felnőtt népesség egészére jellemzőtől, a 35 év alattiaké pedig meghaladja azt. A 18-34 éves fiatal felnőttek körében elkülönített legfiatalabb (18-24 éves) és az annál idősebb fiatal felnőttek görbéjének viszonya pedig egy egész különös jelenségre hívja fel a figyelmet: a két fiatal korcsoport görbéje 15 és 19 éves kor között nagyon meredeken emelkedik és gyakorlatilag teljesen párhuzamosan fut. Azonban míg a 25-34 éves fiatal felnőttek görbéje – ugyan a korábbi az intenzív kockázati időszakhoz képest – valamelyest mérsékeltebb ütemben tovább emelkedik 25 éves korig, s csak akkor áll meg (hasonlóan teljes felnőtt populáció görbéjéhez), a legfiatalabb felnőtt korosztályba tartozó válaszolók 19 éves koruk után – az addig nem használók – már nem próbálkoznak a tiltott drogok fogyasztásával.

6. táblázat: A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló általános, célzott és javallott prevenciós beavatkozásokban (%)

Célok	általános prevenció (N=93)	célzott prevenció (N=60)	javallott prevenció (N=41)
Szenvedélymagatartásokkal kapcsolatos ismeretátadás	64,5%	41,7%	41,5%
Mindennapi életvezetési készségek fejlesztése	43,0%	50,0%	65,9%
Egyéb szociális készségek fejlesztése	35,5%	36,7%	41,5%
Attitűdváltozás	28,3%	25,0%	31,7%
Önismeret fejlesztés	26,9%	35,0%	40,5%
Segítségkérés támogatása	23,7%	21,7%	26,8%
Egyéb érzelmi nevelés/fejlesztés	18,3%	20,0%	22,0%
Visszautasítási technikák fejlesztése	18,3%	15,0%	12,2%
Drogok alternatíváinak megismertetése	15,1%	30,0%	17,1%
Egészségfejlesztéssel kapcsolatos tudásátadás	12,7%	15,0%	9,8%
Személyiségfejlesztés	4,3%	18,3%	14,6%
Akut helyzet, krízis megoldása / ártalomcsökkentés	4,3%	13,3%	19,5%
Viselkedéses változás	4,3%	11,7%	19,5%

legritkábban megjelenő cél
második legritkábban megjelenő cél
leggyakrabban megjelenő cél
második leggyakrabban megjelenő cél

7. táblázat: A közvetlenül vagy közvetve megcélzott szenvedélymagatartások *a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló általános, célzott és javallott prevenciós beavatkozásokban (%)*

Célok	általános prevenció (N=94)	célzott prevenció (N=60)	javallott prevenció (N=42)
Szerhasználó magatartásokkal közvetlenül fogalkozik	84,0%	83,3%	92,9%
Szerhasználó magatartásokkal közvetetten fogalkozik	28,7%	38,3%	33,3%
Szerhasználó magatartásokkal közvetlenül és/vagy közvetetten fogalkozik	95,7%	98,3%	97,6%
Viselkedési addikciókkal közvetlenül fogalkozik	44,7%	48,3%	31,0%
Viselkedési addikciókkal közvetetten fogalkozik	36,2%	45,0%	33,3%
Viselkedési addikciókkal közvetlenül és/vagy közvetetten fogalkozik	69,1%	75,0%	50,0%

8. táblázat: A programok és szogáltatások száma és aránya a közvetlenül végső célcsoportra irányuló általános, célzott és javallott beavatkozásokban (db (%))

	általános prevenció (N=94)	célzott prevenció (N=60)	javallott prevenció (N=42)
programok	78 (83,0%)	42 (70,0%)	28 (66,7%)
szolgáltatások	16 (17,0%)	18 (30,0%)	14 (33,3%)

9. táblázat: A közvetlenül végső célcsoportra irányuló programok száma és megoszlása a program idői jellemzői szerint az általános, a célzott és a javallott programokban (db (%)

	általános	célzott	javallott
összóraszám	N=61	N=33	N=19
kevesebb mint 5 óra	26 (42,6%)	9 (27,3%)	2 (10,5%)
5-10 óra	17 (27,9%)	7 (21,2%)	5 (26,3%)
11-20 óra	11 (18,0%)	5 (15,2%)	4 (21,3%)
21-30 óra	1 (1,6%)	3 (9,1%)	5 (26,3%)
több mint 30 óra	6 (9,8%)	9 (27,3%)	3 (15,8%)
átlagos óraszám	15,0	28,5	16,2
alkamak száma	N=62	N=62	N=16
1 alkalom	18 (29,0%)	5(14,7%)	0 (0,0%)
2 alkalom	10 (16,1%)	3 (8,8%)	0 (0,0%)
3-5 alkalom	10 (16,1%)	4 (11,8%)	5 (31,3%)
6-10 alkalom	16 (25,8%)	11 (32,4%)	3 (18,8%)
több mint 10 alkalom	8 (12,9%)	11 (32,4%)	8 (50,0%)
időintervallum	N=59	N=30	N=15
1 nap	17 (28,8%)	4 (13,3%)	1 (6,7%)
2 nap	3 (5,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
több mint 1-2 nap, de max. 1 hét	1 (1,7%)	2 (6,7%)	2 (13,3%)
több minte 1 hét, de max. 1 hónap	5 (8,5%)	4 (13,3%)	0
több min 1 hónap, de max. fél év	20 (33,9%)	13 (43,3%)	10 (66,7%)
több mint 6 hónap, de max 1 év	13 (22,0%)	5 (16,7%)	2 (13,3%)
1 évnél több	0 (0,0%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)

10. táblázat: A közvetlenül végső célcsoportra irányuló programok során alkalmazott módszerek előfordulása az általános, a célzott és a javallott programokban (db (%)

	általános prevenció (N=71)	célzott prevenció (N=38)	javallott prevenció (N=23)
Előadás	32 (54,9%)	13 (34,2%)	4 (17,4%)
Megbeszélés/beszélgetés	48 (67,6%)	20 (52,6%)	20 (87,0%)
Szemléltetés	30 (42,3%)	6 (15,8%)	6 (26,1%)
Vita	2 (2,8%)	0 (0,0%)	2 (8,7%)
Csoportmunka	28 (39,4%)	17 (44,7%)	14 (60,9%)
Szerepjáték/szituációs játék/didaktikus játék	25 (35,2%)	17 (44,7%)	6 (26,1%)
Élményalapú tanulás	13 (18,3%)	15 (39,5%)	3 (13,0%)
Az alkalmazott módszerek átlagos száma	2,5	2,3	2,0
		leggyakrabban megjelenő módszer	
		második leggyakrabban megjelenő módszer	

11. táblázat: A közvetlenül végső célcsoportra irányuló programok megoszlása interaktivitás szerint az általános, a célzott és a javallott programok esetében (db (%)

	általános prevenció (N=69)	célzott prevenció (N=34)	javallott prevenció (N=23)
interaktív	36 (52,2%)	24 (70,6%)	15 (78,9%)
részben interaktív	26 (37,7%)	10 (29,4%)	4 (21,1%)
nem interaktív	7 (10,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)