

MISKOLCI EGYETEM

Egészségügyi Kar

Egészségügyi Gondozás és Prevenció Szak

Védőnő Szakirány

Kábítószer-fogyasztási szokások középiskolások körében

Konzulens:

Simon Nóra

gyakorlati oktató

Készítette:

Bodnár Dóra

IV. éves védőnő hallgató

2014.

Tartalom

1. A KUTATÁS ALAPPROBLÉMÁJA.....	1
1.1 A kutatás célkitűzései.....	2
1.2.Hipotézisek.....	3
1. Feltételezem, hogy a nem protektív tényező, így a lányok körében a kisebb arányú a kábítószer fogyasztás jelensége.....	3
2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	4
2.1. A témához kapcsolódó alapfogalmak.....	4
2.1.1. Szenvedélybetegség	4
2.1.2. A függőség jellemzői	5
2.1.3. Az addikciók típusai.....	5
2.2. Kábítószeres fajtái; hatások és tünetek	8
2.2.1. Stimulánsok.....	8
2.2.2. Depresszánsok.....	9
2.2.3. Hallucinogének.....	10
2.2.4. Új keletű kábítószeres (designer drogok)	11
2.3. Droghasználat Magyarországon	12
2.4. Veszélyeztető tényezők és protektív faktorok a droghasználat kialakulásában	15
2.4.1. A drogfogyasztás kialakulásában szerepet játszó tényezők	15
2.5. Droghasználat megelőzése a családban és az iskolában:	25
2.5.1. A megelőzés módszerei:.....	26
2.5.2. Drogmegelőzés a családban	27
2.5.3. Drogmegelőzés az iskolában.....	30
2.5.4. Gyógyulás-felépülés:.....	30
2.6.Mit tehet a védőnő?	34
3. ANYAG ÉS MÓDSZER.....	35
3.1. A vizsgált csoport bemutatása.....	35
3.2. Vizsgálati módszer	36
3.3. Az elemzés módja	36

4. EREDMÉNYEK ISMERTETÉSE.....	37
4.1. Szocioökonómiai státusz	37
4.2. A család, mint protektív tényező	39
4.3. Családon kívüli protektív tényezők.....	41
4.4. Kábítószer használati szokások.....	43
5. AZ EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSE	48
5.1 A nem, mint protektív tényező	48
5.2 A vallás, mint protektív tényező	48
5.3 A szélsőséges nevelési attitűd rizikótényező a drogfogyasztás kialakulásában	49
5.4 A tanuló saját életével való elégedettsége, mint protektív tényező	49
5.5 A kábítószeres káros hatásairól való tudás, mint protektív tényező	50
6. ÖSSZEFOGLALÁS.....	51
7. IRODALOMJEGYZÉK.....	53
Csíkszentmihályi Mihály: Flow - Az áramlat A tökéletes élmény pszichológiája; Akadémiai Kiadó, Budapest, 2010.	53
Ranschburg Jenő - Popper Péter - Vekerdy Tamás Sorsdöntő találkozások: szülők és gyermekek; Saxum Kiadó, Budapest, 2005.	54
8. MELLÉKLETEK.....	55
8.1. 1.számú melléklet: Designer drogok a toxikológus szemével Zacher Gábor ppt	55
8.2. 2. számú melléklet: engedélyek, kérelmek.....	55
8.3. 3.számú melléklet: kérdőív	55

1. A KUTATÁS ALAPPROBLÉMÁJA

Témaválasztásom oka a bővebb tudás megszerzése és elsajátítása a kábítószer függőség kialakulását és a kábítószerfüggő fiatalok családi hátterét illetően. Azért figyeltem föl erre a problémára, mert a **közvetlen környezetemben** egyre több és több fiatal vált függővé és úgy gondolom, hogy ez egy valós és aktuális probléma, amivel foglalkozni kell. Ugyanakkor a **saját tapasztalataimon túl, a különböző kutatások, rendszeresen elkészülő felmérések** (ESPAD, stb.) szintén azt támasztják alá, hogy fontos a *megfelelő drog prevenciók* programok kidolgozása, szükséges *a kamaszok körül a szakemberekből (is) álló védőháló kiépítése* és bizonyos helyzetekben *elengedhetetlen a közbelépés*.

A **védőnő, mint egészségügyi szakember**, ebben a védőhálóban nagyon fontos láncszem, kiemelkedő lehetőségei vannak a megelőzés terén. Központi eleme a kábítószer függőség megelőzésének, hiszen része az **iskolai munkának**, valamint a **családdal közvetlen kapcsolatot ápol**. A *családdal való kapcsolata* már a várandósság ideje alatt kiépül, a védőnő tehát hat már az anya-magzat kapcsolatra is, s ez után jelen van a család életében egészen a gyermek megszületésétől serdülő koráig. Közreműködik abban, hogy a gyermek testi-lelki épségben, személyiségfejlődését elősegítő, fejlesztő közegben nőjön fel, hogy egészséges felnőtt váljék belőle. A 12 éves korig terjedő periódus megfelelő szocializációja, az egyénre szabott, optimális nevelési stílus kialakítása, a stabil, megtartó értékrend kiépülése ennek a korai időszaknak a feladata, melynek protektív hatásai a serdülőkorban lesznek igazán érezhetőek. Természetesen kamaszkorban is szükség van a fiatalok útjainak egyengetésére, segítséget kell adnunk az identitásuk megtalálásában. A droghasználat szempontjából legveszélyeztetettebb korosztály a 12-18 éveseké, hiszen ők vannak kitéve leginkább a szórakozóhelyeken illetve a nem megfelelő baráti társaságokban a kipróbálás, majd később a függőség kialakulása veszélyének. A védőnő *iskolai munkája során* megelőző tevékenységet végez: előadásokat, foglalkozásokat tart a témával kapcsolatban, ismerteti a kábítószereket, annak hatásait, valamint a drogfogyasztás következményeit. A diákokkal, szülőkkel

bizalmas kapcsolatot alakít ki, így a diákok bizalommal fordulhatnak a védőnőhöz problémájukkal, valamint a szülőket fel tudja készíteni az esetleges problémák megfelelő kezelésére. Ahhoz azonban, hogy ezt a feladatát megfelelően el tudja látni, a védőnőnek napra készeknek kell lennie a problémát illetően.

1.1 A kutatás célkitűzései

Munkámban először egy összefoglaló ábra segítségével szeretném szemléltetni mindazon ártó- és védő faktorokat, amelyek áttekintése közelebb visz minket a függőséghez vezető magatartásformák lényegének megértéséhez.

PROTEKTÍV FAKTOROK	RIZIKÓFAKTOROK
önbizalom megfelelő konfliktus-megoldási képesség társas kapcsolatok minősége bizalmas kapcsolat a szülőkkel, a családi kapcsolatok biztonsága, beszélgetések a családban problémák megbeszélése a tanárokkal, jó tanár–diák viszony szülői kontroll kreativitás fejlesztése közösségbe tartozás, rendszeres sportolás, szakkörök, egyéb hobbitevékenységek vallásos közösségbe tartozás	rossz iskolai teljesítmény az iskolai környezet el nem fogadása tanulási nehézségek problémaviselkedés, antiszociális és agresszív késztetések a lelki élet zavarai, depresszió, szorongás kortárshatás, káros szerekkel élő barátok, bandatagság rossz szülő–gyermek kapcsolat, szülői bántalmazás alacsony társadalmi helyzet (dohányzás), túl sok zsebpénz

1. ábra
A problémamagatartás kialakulásában vagy elkerülésében szerepet játszó tényezők¹

A fentebb felsorolt tényezőket megvizsgálva, ezek mentén készítettem el hipotéziseimet.

¹ Pikó Bettina: A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései. In: Biopolitika – drog prevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről. Bíró Judit (szerk.) L'Harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest, 2006., 4. oldal

1.2.Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a nem protektív tényező, így a lányok körében a kisebb arányú a kábítószer fogyasztás jelensége.
2. Feltételezem, hogy akik vallásosnak tartják magukat - bármilyen módon -, azok védettebbek a droghasználattal szemben.
3. Feltételezem, hogy a szélsőséges nevelési attitűdök hozzájárulnak a vizsgált korosztály kockázatkereső magatartáshoz, ezáltal a szer kipróbálásához valamint a kábítószer rendszeres fogyasztásához.
4. Feltételezem, hogy a tanuló saját életével való elégedettsége befolyásolja azt, hogy fogyaszt-e kábítószer.
5. Feltételezem, hogy a kábítószerekről való tudás protektív tényezőként van jelen a vizsgált korosztály életében.

2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. A témához kapcsolódó alapfogalmak

A szenvedély érzését minden ember átéli, mondhatni **a szenvedély az ember természetes létállapota**. Boldog, *érzelmeikkel teli pillanatainkban*, szerelemben, *kreatív alkotó tevékenységben* éljük át, amikor ez az érzés rendkívüli erővel *mozgósítja belső energiaforrásainkat*, elősegítve a teljessé válás, az önmegvalósítás élményét. A szenvedély felfokozott intenzitása megfelelő energiával vértéz fel bennünket a nehezebb időszakok megélésére is. (Csíkszentmihályi, 2010.)

2.1.1. Szenvedélybetegség

A szenvedélybetegek számára **az öröm kizárólagos forrása egy adott, fókuszált tevékenységre szűkül, élete ettől függ**, látásmódja érzelmvilága **beszűkül**, miközben környezete szenved a viselkedése miatt. A szenvedélybeteg saját létezését, érzelmi stabilitását, örömét a szenvedélye tárgyával való megéléstől teszi függővé. A szenvedély elveszti tápláló, feltöltő szerepét, és a személyiség építése helyett átveszi az uralmat és eredeti szerepéből kikerülve, ellenkezőleg, pusztítóan kezd el hatni. (Csíkszentmihályi, 2010., www.budaipszichologus.hu)

Szenvedélybetegségnek azt a viselkedésformát nevezzük, amikor **egy személy képtelen kontroll alatt tartani egyes, a szenvedélyéhez kapcsolódó viselkedésformákat**, és ezeket újra és újra végrehajtja. Lényeges eleme a definíciónak, hogy a személy mindezt kényszeresen teszi, valamint az, hogy negatív testi, lelki illetve társadalmi következményei egyaránt lehetnek. (Demetrovics-Balázs, 2004.; Rácz, 2005.) Valamely szer, szokás kizárólagos uralma jelenti tehát a személyiség korlátozottságát, rabságát, mert nélküle az élet sivár, és kietlen a szenvedélybeteg számára. (www.budaipszichologus.hu)

2.1.2. A függőség jellemzői

A „hatalomátvétel”, a **függőség** kialakulása lassan, szinte **észrevétlenül történik**. A szenvedélybetegek élvezetük tárgyát egyre inkább igénylik, függővé, azaz dependenssé válnak. Arra, hogy valaki függő, fiziológiai és viselkedésbeli jellegzetességek utalnak. A függőség klinikai diagnózisának felállításához a DSM-IV alapján a számos tényező tartozik. Az egyik ilyen a *folyamatos vágy, kényszer és sóvárgás* a drog magához vétele iránt. Ezt egy *viselkedésbeli ciklikusság* kíséri, miszerint a bevétel előtt feszültsége növekszik, a hatás alatt boldogságérzet keríti hatalmába, ezt követően pedig büntudat lép fel. Minden esetben megfigyelhető a *tolerancia*, hozzászokás jelensége is. Ez azt jelenti, hogy a használónak egyre nagyobb mennyiségre lesz szüksége ahhoz, hogy ugyanazt a hatást elérje. Szintén gyakori jellemzője a függőknek az ún. *megvonásos tünetek* fellépése akkor, ha a drog használatát abbahagyják. A megvonási tünetekkel kapcsolatban Demetrovics (2004.) megjegyzi, hogy testi tünetek nem feltétlenül jelentkeznek, pszichés tünetek mindig. A kialakult szenvedélybetegségben a *személy próbálja tagadni* saját maga és a környezete előtt is függőségét, ezért a leszokást rendkívül megnehezíti a tagadás és a megvonásos tünetek jelenléte. Általában a végleges abbahagyást számos leszokási kísérlet előzi meg, mely sorozatos kudarccal, visszaeséssel jár. (DSM-IV, BNO-10-05, Barsy, 2011., Demetrovics-Balázs, 2004.)

Az alkalmi drogfogyasztóknak csak egy része válik gyakori fogyasztóvá, és ezeknek csak egy töredéke lesz szenvedélybeteg. Drogot mindenki fogyaszt (pl. alkoholt vagy kávé), de csak nagyon kevesen lesznek függők.

2.1.3. Az addikciók típusai

Az addikcióknak kétféle formáját különböztetjük meg: a kémiai és viselkedéses addikciót.

Kémiai addikciók:

Függőséget alakíthatnak ki különböző kémiai szerek, ezt a fajta szenvedélybetegséget nevezzük drogfüggőségnek, kémiai addikciónak, vagy pszichoaktív- szer dependenciának. Pszichoaktív szereknek azokat a kémiai anyagokat nevezzük, amelyek a hatásukat a központi idegrendszeren keresztül fejtik ki. (Demetrovics –Balázs 2004., Barsy, 2011.)

Kémiai addikció ismérvei:

- Kényszeres viselkedés
- Sóvárgás (drogéhség): erős, kóros vágy a szer iránt, amelynek következménye az, hogy a függő elkezd keresni a szert, amit felfokozott izgalmi állapot kísér.
- Incentivitás-kielégülés: serkentéses és kielégülés fázisokból áll ez a viselkedés, amelyen ciklikusan váltakoznak. A serkentéses fázis intenzívebb, sóvárgás jellemzi, a kielégülés fázisa viszont kevésbé intenzív állapot, a droghoz jutás után nyugalmi állapot következik.
- Kockázatkereső viselkedés: a szerhasználók egy része veszélyhelyzeteket vállal, aminek az oka lehet, hogy az alap személyiségéhez tartozik a kockázatkeresés, vagy a drog hatására jelenik meg, a két változat kombinációja tragédiához vezethet.
- Helyettesítés: egyes drogok egymást helyettesíthetik.
- Másodlagos kondicionálás: a drogelvonás tüneteivel összefüggő környezeti és lelki ingerek drogfogyasztást serkentő jellege sokáig megmarad. Eufóriát érez, vagy elvonási tüneteket élhet át. Nagy az esélye annak, hogy folytatja a drogozást, akár több év absztinens időszak után is.
- Komplementaritás: Egy droghoz való hozzászokás megnöveli a többi droghoz való hozzászokás esélyét is.
- Multi generációs jelleg: A szerfogyasztás rendszerint családi halmozódást mutat. (www.psycho.unideb.hu)

Viselkedési addikciók:

Viselkedési addikció kialakulhat bizonyos viselkedés-mintázatok iránt. Ezek leggyakrabban – de nem feltétlenül - valamilyen alapvető biológiai szükséglet túlhajtott, vagy túlkontrollált formáiként jelentkeznek. A *viselkedéses addikciók* köre szinte végtelen, mert elvileg minden viselkedéses folyamattal kapcsolatban kialakulhat addiktív viszonyulás (kényszeresség, kontrollvesztés, a negatív következmények ellenére fennmaradó viselkedés).

(<http://www.academia.edu/1461248/Addiktologia>)

A viselkedési addikciók közé soroljuk a következőket: játékszenvedély, munkaszenvedély, szex addikciók, amiket korábban szexuális perverzióknak tartottak (pedofília, magamutogatás, transzvesztizmus, pornográfiához való hozzászokás), videó-, számítógép-, és internetfüggőség, étkezési zavarok bizonyos típusai (kényszeres evés, anorexia egyes típusai), testedzés és futásmánia, pirománia és végül a társfüggőség.

A normális és a kóros viselkedés között azonban bizonyos esetekben nehéz meghúzni a határt. Ennek eldöntésében az segíthet, hogy az egyén viselkedése mennyire tesz kárt saját magában és a környezetében.

A viselkedési addikciók jellegzetességei:

- viselkedés feletti szabályozás elvesztése
- a viselkedés azonos formában ismétlődik
- a viselkedés meghatározott ingerek hatására könnyebben aktiválódik
- tudatosság-nélküliség (Rácz, 2005.)
- a beteg képtelen ellenállni olyan impulzusoknak, késztetéseknek, amelyek végrehajtása önmagára vagy másokra veszélyes
- az aktus előtt fokozódó feszültség és aktiválódás észlelhető
- a cselekmény végrehajtása oldja a feszültséget, átmeneti kielégülést okoz.
- a cselekmény után büntudat jelentkezik (www.psychology.unideb.hu)

2.2. Kábítószeresek fajtái; hatások és tünetek

A kábítószereseket többféle módon lehet csoportosítani. Ez történhet a szerint, hogy természetes eredetű vagy szintetikus, esetleg hogy legális vagy törvénybe ütköző a használata, de gyakori a kemény és lágy drogok elkülönítése is. Azonban a legfontosabb, és leginkább használható felosztás **az egyes anyagok központi idegrendszerre kifejtett hatása alapján** történik. Ezeket három nagy csoportba sorolhatjuk: **stimulánsok, depresszánsok és hallucinogének**. (Demetrovics – Balázs 2004.) Ezeken kívül feltétlenül, külön csoportba sorolva megjelenítem az új típusú, designer drogokat.

Az imént felsorolt négy nagy csoporton belül a következő szempontok szerint mutatom be a kábítószereseket: testi tünetek, ezen belül a túladagolás tünetei, valamint a pszichés tünetek.

2.2.1. Stimulánsok

Stimulánsoknak nevezzük azokat a szereket, amelyek elsődlegesen stimulálják, gyorsítják, izgatják a központi idegrendszer működését. Ide tartozik az **amfetamin, kokain és az ecstasy**, de a legálisnak tekintett drogok közül a nikotin és a koffein is. A stimuláns szereket azért népszerűek, mert kellemes, izgatott, esetleg eufórikus állapotot hoznak létre. Nyitottabb és közlékenyebb lesz az, aki „gyorsítót” használ, könnyebben alakít ki kapcsolatot másokkal. Ugyanakkor ezeknél a szereknél egy jellegzetes „visszacsapó”, rebound hatás is jelentkezik, azaz a hatás elmúltával depressziós hangulat, levertség lesz úrrá a használón. A veszélyt az jelentheti, hogy ez a levertség a szer ismételt fogyasztása felé lendíti a használót, ami akár napokig tartó intenzív, folyamatos használathoz is elvezethet. (Demetrovics – Balázs, 2004., Barsy, 2011.)

Bár egyes stimuláns drogoknál nem jelentkezik nagy mértékű testi függőség, a pszichés függés igen hamar kialakulhat. (Demetrovics –Balázs, 2004.)

Testi tünetek: kis mennyiség esetén növekszik az éberségi szint, emelkedik a vérnyomás, valamint fokozott izzadás, fogcsikorgatás, vízvesztés és étvágytalanság jelentkezhet. Nagy mennyiség esetén az előbbi tünetek fokozódnak.

Túladagolás tünetei: jelentkezhetnek keringési zavarok, kiugróan magas vérnyomás, légzési nehezítettség, kóma, majd halál.

Pszichés tünetek: kis mennyiség esetén az egyén nyugtalan, tele van energiával, eufóriát érezhet. Beszédessé válhat, álmatlanság, illetve megnövekedett szexuális vágy jelentkezhet. Nagy mennyiség esetén pánikroham, szorongás és hallucinációjellemező. (Demetrovics-Balázs, 2004; Rác 2005.)

2.2.2. Depresszánsok

A központi idegrendszer működését lassító, tompító szerek tartoznak ebbe a csoportba. Ide az altatókat, nyugtatókat és az antidepresszánsokat soroljuk, de hatását tekintve ide sorolható az alkohol is. Tehát olyan gyógyszerek tartoznak ide, amelyeket nem orvosi javallatra alkalmaznak, visszaélnek velük. Általában alkohollal kombinálva használják. Az illegális szerek közül az ópiumot és származékait, azaz **a morfiomot, a heroint, a kodeint, a metadont**. Az utóbb felsorolt ópiátokat egyes szakirodalmak külön csoportként kezelik. (Rác, 2005.) Az ópiátok morfin-származékok, a más kémiai anyagaira visszavezethető szerkezetű szerek. Fontos azt megemlíteni, hogy a morfint gyógyászatban is használják, mint fájdalomcsillapító. A metadon pedig szintén orvosilag alkalmazható fájdalomcsillapító, valamint a heroin elvonási tüneteinek enyhítésére is szolgál.

A depresszánsok vagy „lassítók” csökkentik a szorongást, oldják a gátlásokat, veszélyük azonban pontosan abban rejlik, hogy a használó rövid idő után

rátanul arra, hogy ezek segítségével lépjen túl a problémái keltette feszültségen. Ezek a szerek mind igen súlyos testi és lelki függőséget alakítanak ki.

Legálisnak tekintett depresszánsok által okozott tünetek a következők.

Testi tünetek: akadozott beszéd, bizonytalan dülöngélő járás, lelassult kézmozgások.

Túladagolás tünetei: A túladagolás lehet szándékos vagy véletlen. Csökkennek a reflexek, szívritmuszavar és tüdővizenyő alakulhat ki. Életveszélyes állapot.

Pszichés tünetek: a részegség tüneteit utánozzák, ellazult, eufórikus állapot, a feszültségtől, a rossz érzésektől, szorongástól megszabadítanak, az egyén önmagát és az embereket szereti. (Demetrovics – Balázs, 2004; Rácz, 2005.)

Az ópiátok által okozott tünetek a következők.

Testi tünetek: kis mennyiség esetén nyugtatja az idegrendszert, csökkenti a reakciókészséget, fájdalomcsillapító, szűkíti a pupillát, csökkentik, illetve megszüntetik a szexuális vágyat. Nagy mennyiség esetén légzési, keringési elégtelenséget és általános görcsös állapotot eredményez.

A túladagolás tünetei: száj és körmök kékes elszíneződése, minimálisra szűkült pupilla, alacsony testhőmérséklet, felületes légzés, nagyfokú vérnyomáscsökkenés, kóma és végül halál.

Pszichés tünetek: kis mennyiség esetén: kellemes közérzet, nyugodtság, eufória, bágyadtság. Nagy mennyiség esetén pedig rosszullet, álmoság. (Demetrovics - Balázs 2004, Rácz 2005)

2.2.3. Hallucinogének

Az ebbe a csoportba sorolható szerek hallucinációt, tudatmódosulást idéznek elő, használatukkor az érzékelés sajátos módon megváltozik. Ide soroljuk az **LSD-t, kannabisz-származékokat (marihuána, hasis) hallucinogén hatóanyagú kaktuszokat, gombákat, szerves oldószereket** (nitrohígító), kéjgázt.

Az LSD hatásai:

Testi tünetek: kis mennyiség esetén feszültség, tág pupilla, vérnyomás emelkedés, fokozott izgalmi állapot és étvágytalanság jelentkezik. Nagy mennyiség esetén a hatás időtartama lényegesen megnövekedik, akár 10-12 órán át is eltarthat, kellemetlen testi tünetek jelentkezhetnek, például nehezebben tudja az egyén kontroll alatt tartani a testét.

Túladagolás tünetei: a hatás időtartamának jelentős megnövekedése.

Pszichés tünetek: kis mennyiség esetén érzékek megváltozása, erős hallucinációk, kedélyállapot hullámlása. Ilyenkor az egyén képtelen elaludni, elveszti a realitás-érzékét. Nagy mennyiségű LSD fogyasztásakor a negatív élmények jelentős szorongást keltenek és a fenyegető tartamú hallucinációk valószínűsége növekszik. A túl hosszú hatás meglétekor az egyén úgy érezheti, hogy soha nem fog véget érni. Fontos megemlíteni, hogy amikor már elmúlt a szer hatása, akár hónapok múltán is visszatérhet egy, a szer hatása alatt átélt kép. Ez lehet pár másodperces, pár perces hallucináció.

Marihuána és hasis hatásai:

Testi tünetek: kis mennyiség esetén szájszárazság, étvágy-növekedés, csökkent reflexek. Nagy mennyiség esetén hányinger jelentkezhet.

Túladagolás tünetei: hányás

Lelki tünetek: Feldobottság, érzékek fokozottsága, vizuális, hallási érzékek megváltozása, gondolkodás sérülése. Nagy mennyiségben hallucinációk, pánikroham, kellemetlen közérzet, szorongás, zavartság. (Demetrovics – Balázs 2004; Rácz 2005)

2.2.4. Új keletű kábítószer (designer drogok)

Azért tartom fontosnak megemlíteni dolgozatomban ezeket a szereket, mert a fent leírt kábítószerekkel ellentétben ezek a szerek véleményem szerint **veszélyesebbek**, mint a „hagyományos” kábítószer. Ennek **oka** az, hogy **könnyebben beszerezhető, olcsóbb, és jóval károsabb az egészségre.** Az 1.

számú mellékletemben Zacher Gábor toxikológus egy előadásának ppt anyagát csatolom, mely részletesen mutatja be a designer drogok minden negatívumát.

„A **designer drog** kifejezést azokra a szerekre használják, melyek molekuláris szerkezetükben illegális drogokra hasonlítanak, így azokhoz hasonló hatásokat idéznek elő, viszont nem szerepelnek a tiltólistákon, ezért forgalmazásuk és használatuk legális. Ilyen drog volt a 80-as években az Ecstasy, manapság (2011. januárig) pedig a mefedron. Ezeket a szereket többnyire az interneten keresztül árulják, olyan szerekként feltüntetve, melyek **nem alkalmasak emberi fogyasztásra** pl.: növény védőszer, illatosító anyag, fürdősó. Ezek a szerek azért veszélyesek, mert nem lehet tudni, mit tartalmaznak és mivel ezek új vegyületek, az emberi szervezetre, pszichére gyakorolt hatásuk is ismeretlen. **Nem ismerjük rövid- és hosszú távú kockázataikat.**”²

Designer drogok közé soroljuk: methylone, MDPV, GBL, JVH-018, Salvia, Mefedron, 4-MEC, MDAI, Dimethocaine, Nrg-1,4-Fa, Herbál, Varázsgomba, Krokodil.

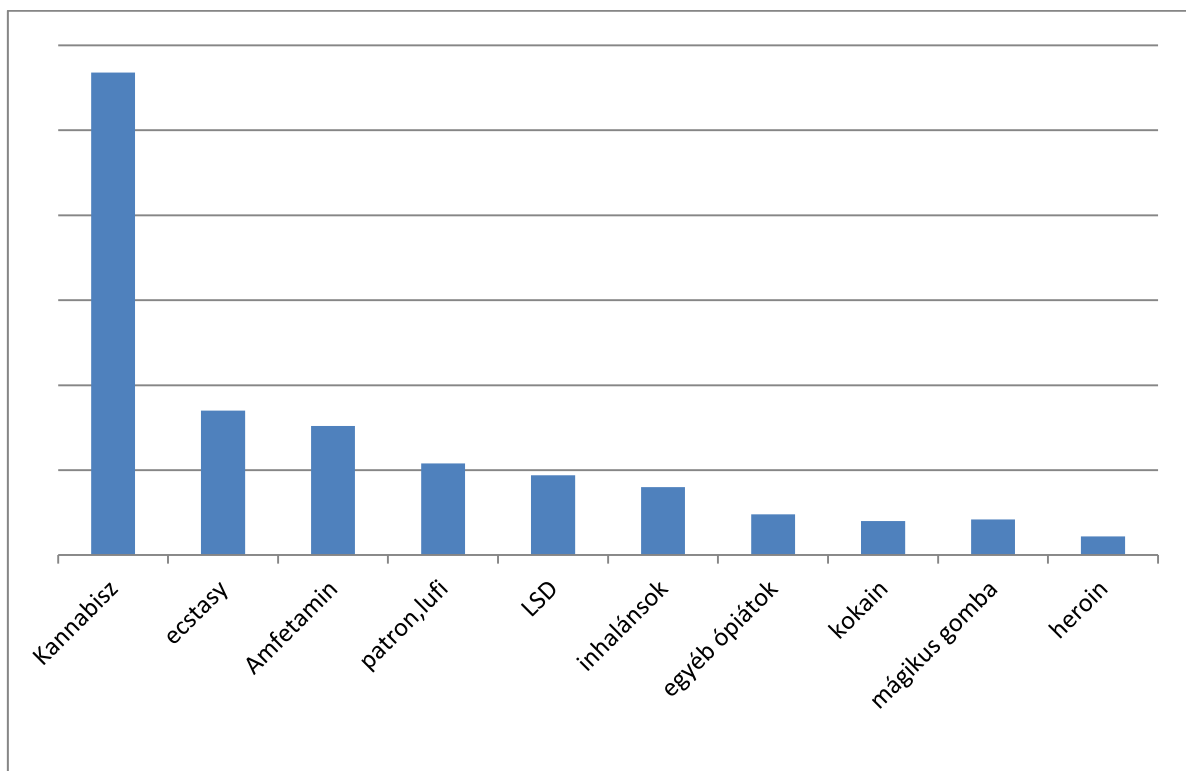
2012. április 2-án hatályba lépett 66/2012 (IV.2) **Kormányrendeletben** található úgy nevezett **C-lista**. A rendelet lényege az, hogy a fent említett legális kábítószeresek fölkerülnek erre a listára és törvényen kívül helyezi a C-listás szereket, tehát tiltja a terjesztésüket, exportjukat, importjukat, előállításukat. Viszont egy apró módosítással olyan anyagot kaphatunk, ami újra legális lesz, addig, amíg köztudatba nem kerül, és amíg nem kerül fel a listára. Tehát folytatódik az ördögi kör. (www.drog-stop.hu; www.kamaszszerviz.hu; www.elettanmsc.pminfonet.com)

2.3. Droghasználat Magyarországon

Magyarországon a középiskolás fiatalok vannak leginkább kitéve a kábítószer fogyasztás veszélyeinek (Paksi, 2003.). E korosztály drogfogyasztási szokásairól elsősorban az Elekes Zsuzsanna és Paksi Borbála (2000.) által végzett, úgynevezett **ESPAD** nemzetközi összehasonlító felmérés eredményei adnak képet. A legfrissebb kutatások alapján azt láthatjuk, hogy az elmúlt évekhez képest további

² <http://www.drog-stop.hu/page/designer-drogok> 2014.01.03

folyamatos, bár csökkent ütemű **növekedésnek** lehetünk tanúi. 1995-ben a 10. évfolyamon tanuló diákok 10%-a próbált ki valamilyen kábítószer vagy szerves oldószert, 1999-re már ez az adat 19%-ra növekedett. A 2003-ban ismételt felmérés szintén növekedést mutatott az előbbi felméréshez képest, mi szerint a 9-11. évfolyamra járó diákok majdnem egy negyede próbált ki legalább egyszer valamilyen illegális szert vagy szerves oldószert. Hazánkban a Marihuána volt a középiskolás körében a legnépszerűbb drog, amit a „partydrogok” követnek (amfetamin, ecstasy, LSD). **Az első kipróbálás** többnyire 14-16 éves korra tehető. Az első kipróbált kábítószer az alkohol és cigaretta után a marihuána vagy hasis. Az illegális szerek kipróbálása **többnyire a fiúk** körében nagyobb számmal van jelen, a lányokra inkább a legális szerek használata jellemzőbb, mint például az alkohol és gyógyszer kombinációja.(Elekes-Paksi, 2000., Demetrovics-Balázs, 2004; Paksi 2003.)



1. diagram

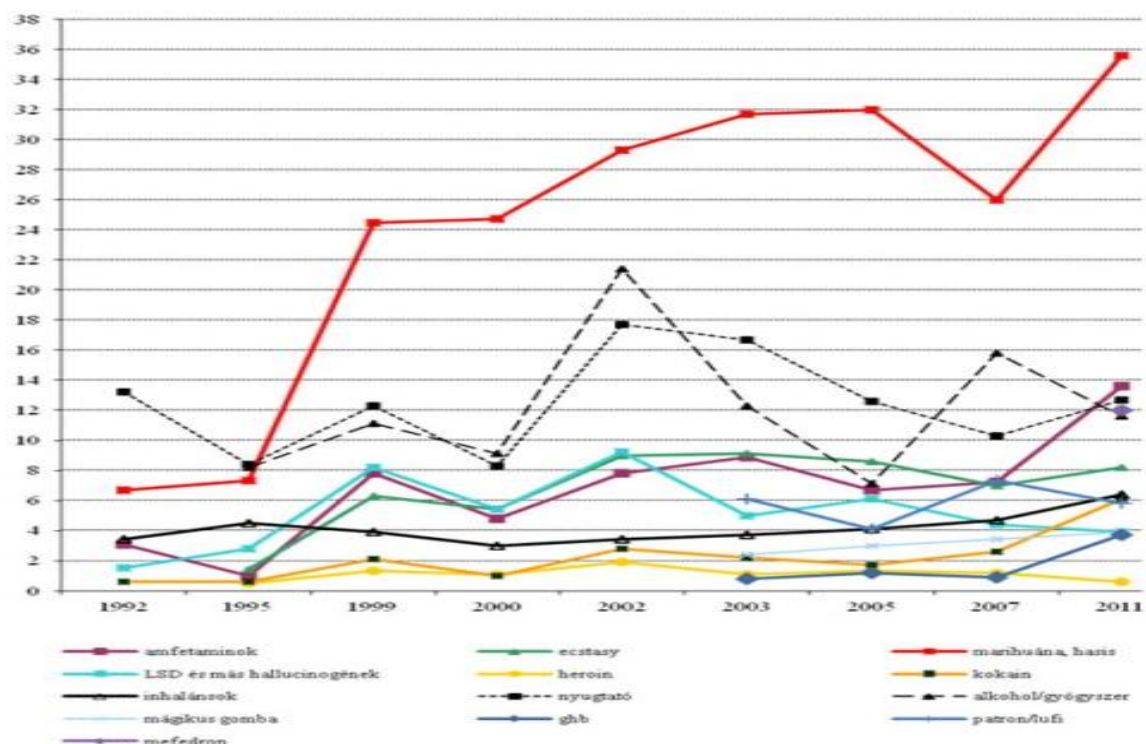
Az egyes szereket kipróbálók aránya 2003-ban,
Magyarországi 9-10.évfolyamos középiskolások között³

³ Demetrovics Zsolt-Balázs Hedvig : Drogosok 2004

2.3.1. A kábítószer-probléma mutatói

A felnőtt és ifjúsági populációban tapasztalható kábítószer-probléma elterjedtségéről elmondható, hogy a korábbi években tapasztalat meredek ívű **növekedés ütem lelassult és jelenleg stagnál.**

A **felnőtt** lakosságra vonatkozóan a 2003. évi országos lakossági felmérést követően 2007-ben került sor újabb adatfelvételre. Míg 2001 és 2003 között nőtt a kipróbálások aránya, addig 2003 és 2007 között nem változott a helyzet. A 2007-es a felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján készült kutatás alapján a megkérdezett 18-64 éves korosztály 9,3%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert. Az illegális szerek tekintetében a vizsgált népesség körében továbbra is a kannabisz származékok fogyasztása a legelterjedtebb. A kannabisz-származékokat az ecstasy, az amfetamin és a hallucinogének követik.



2. diagram: Különböző kábítószeres fogyasztásának intenzitása 1992 és 2011 között, Magyarországon.⁴

⁴ <http://addictus.blog.hu/kep/761305/page46> 2014.01.07.

Egy 2007-es jelentésben friss adatok fővárosi szinten állnak rendelkezésre. A **2007-es budapesti iskolavizsgálat** eredményei szerint a **fiatalok 22,7%-a fogyasztott** már életében valamilyen tiltott szert. A **droghasználati célú szerfogyasztás** kipróbálása a **fiúkra jellemzőbb**, a **gyógyszerfogyasztás** kipróbálási értéke pedig inkább a **lányoknál** látható magasabb szinten. A fiatalok körében továbbra is kannabiszt fogyasztanak a legtöbben, azt az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása, az orvosi recept nélküli nyugtató/altató fogyasztás, a patron/lufi használat, a szipuzás, majd az ecstasy, az amfetaminok és az LSD/hallucinogének követik. „Megállapítható, hogy a legtöbb tiltott szer fogyasztásának kipróbálási értéke az 1995 és 1999 között bekövetkezett jelentős növekedés után az elmúlt nyolc évben változatlan, illetve fővárosi diákok tiltott szerfogyasztási struktúrájában jelentős átrendeződés nem tapasztalható.”⁵

2.4. Veszélyeztető tényezők és protektív faktorok a droghasználat kialakulásában

2.4.1. A drogfogyasztás kialakulásában szerepet játszó tényezők

2.4.1.1. A drogok sajátosságai:

- **Vonzerő, pozitív hatások:** a kábítószer fogyasztásnak vannak pozitív oldalai is, mint például a feszültségoldás, izgalmas élményeket okozhat, hangulatot javíthat. Ezek miatt a pozitív hatások miatt válik vonzóvá e szerek fogyasztása. Még akkor sem halványul ez a vonzalom, ha a szer fogyasztása együtt jár bizonyos negatív fizikai tünetekkel, mint a hányinger, rosszullét, fejfájás, erős szívdobogás vagy erős hallucinációk, félelemérzés.
- **Hozzászokást és függőséget kiváltó hatás:** Aki elkezd rendszeresen használni kábítószereket, általában rövid időn belül hozzászokik. Ez a hozzászokást lehet lelki és testi egyaránt. Viszont ezek a hatások szerenként

⁵ <http://www.jogiforum.hu/hirek/19510> 2014.01.07.

változó erősségűek lehetnek. Ez a hozzászokás mindenképp a használat folytatására ösztönöz éppen ezért oly nehéz a leszokás.

- **Megnövekedett kínálat, elérhető ár:** az elmúlt években ugrásszerűen megnövekedett az illegális szerek kínálata. Ebből az következik, hogy egyre könnyebbek tudnak hozzájutni a fogyasztók, még hozzá megfizethető áron, ugyanis az ár mindig igazodik az aktuális keresethez. (Rácz, 2005)

2.4.1.2. A drogfogyasztó jellemzői:

- **Genetikai, biológiai meghatározottság:** ezzel kapcsolatban egyelőre még csak hipotézisek állnak rendelkezésünkre. Az alkoholizmus esetében több ismeret áll rendelkezésünkre. Kutatások bizonyították, hogy alkoholisták gyerekei 25% ban válnak maguk is alkoholistává.
- **Ismeretek a szerekre és szerfogyasztásra vonatkozóan:** gyakori hogy a szerfogyasztó nem rendelkezik megfelelő ismeretekkel az adott szert illetően. Például téves információ az, hogy a marihuána ártalmatlan, hiszen pszichikai függőséget válthat ki, amelytől sok esetben nehezebb megszabadulni, mint a fizikai függőségtől, az elvonási tünetektől.
- **Pszichológiai tényezők:** A kábítószerfüggő jellemzője, hogy a személyiségfejlődés sérült, esetleg megzavart, vagy kéve következik be. Általában ez a lemaradás a kommunikációban, a kapcsolatteremtésben, kötődésben, empátiában, másokba vetett bizalomban, az önkifejezésben, önértékelésben, stressz kezelésben valamint a másokkal való együttműködésben érzékelhető. a súlyos drogfogyasztást majdnem minden esetben valamilyen pszichológiai kórkép kíséri, például: személyiségzavar, hisztérikus, nárcisztikus, depressziós személyiség. (Szabóné Kármán Judit, 2004). Jellemzően a kamaszkor az az életszakasz, amikor a leg törékenyebb a gyermek, hiszen keresi saját identitását, igyekszik leválni a szülőkről, saját életét próbálja kialakítani. A drogfogyasztás bármelyik életszakaszban megjelenhet, de többnyire kamaszkorban fordul elő. Ennek oka az, hogy a kamasz személyiségében megtaláljuk azoknak a pszichológiai faktorok többségét, amelyek az

illegális kábítószer fogyasztásra motiválnak. Ezek a faktorok: az örömszerzésre irányuló vágy, fokozott kíváncsiság, kalandvágy, az újdonságok iránti vonzalom, valamint a határok és az értékek megkérdőjelezése, feszegetése. Ezek együttese gyakran kockázatkereső magatartást eredményeznek.(Rácz, 2005.)

2.4.1.3. Családi háttér:

A család és a drogfogyasztás kapcsolata egyértelmű, hiszen születésünktől fogva egészen a felnőtté válásig meghatározó szerepet játszik ez a kis csoport mind a testi, mind a lelki fejlődésünkben, valamint mintát mutat.

- Kutatásokat végeztek, amelyek az alkalmi drogfogyasztást mérték fel középiskolások körében, családi háttérre vonatkoztatva.(Elekes és Paksi, 1996-99). a kutatás során vizsgálták: *1. a szülők iskolai végzettsége 2. Család egzisztenciális helyzete 3. Család összetétele 4. Családon belüli kapcsolatokkal való elégedettség 5. Devianciák a családban*
- A fent említett kutatások eredményei a következők: a legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségű szülők gyermekeinél gyakoribb az alkalmi fogyasztás, mint az átlagos szülők gyermekeinél. Ami az életkörülményeket és egzisztenciális helyzetet illeti, ugyan azt tapasztalhatjuk, mint az iskolai végzettségnél. A kutatás megmutatta, hogy az ép, két vérszerinti szülő által nevelt gyermekeknél a legritkább az illegitim szerek kipróbálása. A használat gyakoribb az egy vérszerinti szülő által nevelt gyermeknél, illetve a leggyakoribb azoknál a fiataloknál, akik nevelésében nem vesz rész egyik vérszerinti szülő sem. Tehát az illegitim kábítószeres alkalmi fogyasztása, kipróbálása, összefügg a családban jelenlévő érzelmi kapcsolatokkal. A családban előforduló devianciák pedig jelentősen növelik annak az esélyét, hogy a gyermek is deviánsviselkedést fog produkálni, főleg a devianciák halmozódása esetén.(Rácz, 2005.)

- A korai anya-gyermek kapcsolatban bekövetkezett zavar, kötődési zavar egyértelműen elindíthatja a gyermeket a későbbi droghasználat útján. Ennek a kapcsolati zavarnak okai lehetnek: a kapcsolat hiánya, az anya súlyos betegsége, korai halála, hosszas távolléte a gyermektől, neurotikus, depressziós anya. Ennek következményeképp a gyermek deprivált (érzelmileg kielégítetlen) lesz. A későbbiekben, a gyermekben a kapcsolati zavar miatt nem alakul ki a bizalom és az önállóság.
- A családban jelenlévő rizikófaktorok halmozottan jelentősek, a kortárs csoport és a drogokhoz való könnyű hozzájutás mellett.

A drogfogyasztó fiatalok családjában gyakoribb:

1. a családi diszharmónia, a szülők konfliktusos kapcsolata, válás.
2. túl merev nevelés
3. büntetés, negatív értékelés túlsúlya
4. kevés közös családi együttlét
5. szülők deviáns viselkedése
6. szülők túlzott elfogadása, kevés időtöltés a gyermekkel
7. anya dominanciája
8. apa hiánya a családból
9. apa távolságtartó, hideg magatartása
10. anya túl szorosan köti magához gyermekét
11. korai, váratlan veszteségek
12. a családtagok nem tanulják meg érzéseiket, problémáikat kezelni
13. nem tudják, hogy oldják meg problémáikat
14. őszinteség hiánya önmagukkal, tagokkal szemben
15. családi szerepek felcserélődnek
16. egymásra mutogatás, vádaskodás (Szabóné Kármán Judit, 2004.; Rácz, 2005.)

- A fenti felsorolásból láthatjuk, hogy a család, valamint a családot körülvevő környezet illetve kultúra is jelentős szereppel bír. A

családtagok életük során természetes változásokon mennek át, természetes változások alatt a családi életciklusokat értjük. Minden életciklusban akadnak megoldandó feladatok, amelyek kisebb krízisként érik az egyént. Ezek a feladatok önmagukban is jelentősek. Ilyen például a házasságkötés időszakában jelentkező problémák, konfliktus a szülőkkel, anyóssal. Ha a probléma nem kerül megoldásra, ha szőnyeg alá söprik, akkor elkezdődik a problémák halmozása, a kapcsolatok megromlanak. Viszont ha ezekhez a problémákhoz társul még egy komolyabb devianciából, nem megfelelő viselkedésből fakadó probléma, esetleg nem volt sikeres az életciklusok által okozott problémák megoldása, akkor a család összeomolhat.(Rácz,2005)

- Nem minden diszfunkcionális család gyermeke lesz drogfüggő, hiszen egyéb tényezők meglététől is függ ez a jelenség, mint pl.: drog jelenléte, kortárshatás, társadalom). a nemzetközi és hazai tapasztalat viszont azt mutatja, hogy a kényszeres droghasználat kialakulása háttérében szinte mindig diszfunkcionális család áll. Ezek a családok az értékrend hiánya, hibája miatt nem működnek megfelelően. (Rácz, 2005.)
- **Drogos családok jellemzői:**
 - *Családon belüli merev érintkezési formák:*

Ezek a viselkedésformák merevek, megváltoztathatatlanok, és a fejlődést gátolják. Ezeket a viselkedésformákat infantilizálónak (gyermekké tevőnek) is szokták nevezni. Például ha magázódás a megszokott a családban, ha nem lehet illetlen dolgokról beszélni a családban, ha az anyuka a 18 éves fiát öltözteti reggelente. Ezekben a családokban az értékrend túl merev, és ragaszkodnak ehhez a szülők, még akkor is, ha ez nem tesz jót a családnak.
 - *Állandó minősítések:*

A családtagok minősítik egymást szüntelenül, különösen a szülők a gyerekeket. Ez a minősítés a minősített önbizalmát rombolja.

- *Kettős kötődés a szerhasználó és az ellentétes nemű szülő között:*

Ennek oka az, hogy amikor ki kellene bővíteni az anya és a fiúgyermek kapcsolatának az apa jelenlétével, ez a hármas nem jön létre, mert valamelyik szülő megakadályozza. Az anya- apa- gyermek hármas azért fontos, mert előbb utóbb a gyermeknek az anya által biztosított végtelen biztonságból előbb-utóbb ki kell lépni és a külvilág követelményeinek meg kell felelni. Ez pedig az apa feladata lenne, hogy „átemelje a gyermeket a küszöbön” és boldogulni tudjon az életben. Ritkábban fordul elő ugyan ez apalány kapcsolatban, melyből az anya marad ki. (Ranschburg, 2005.)

- *Szokatlan kapcsolat az azonos nemű szülővel:*

Az előző pontban leírtak következménye a gyermek látszólag ellentmondásos viszonya az azonos nemű szülővel. Látszólag a gyermek nem szereti ezt a szülőt, valójában pedig éppen attól szenved, hogy nem kapja meg a kívánt szeretetet. Ez a viszony megnehezíti a megfelelő nemi szerepek kialakítását, felvállalását.(anyaság, apaság)

- *Örömtelenség:*

A felszabadult együttlétek, az örömteli pillanatok hiányoznak a drogos családokban. A serdülő droghasználata az örömszerzésre irányul és rögzül, ha nem talál más örömforrást. Ennek oka az lehet, hogy a család korábbi élethelyzete miatt pl.: különféle családi, egészségügyi probléma miatt az örömteli pillanatok elmaradnak. Egy másik ok lehet az, hogy nem természetes örömforrásokból jut hozzá a gyermek az örömteli pillanatokhoz, hanem a szülő különböző okok miatt egyszerűbben hozzájutható

örömmel pl.: édességgel halmozza el gyermekét, gyakran vesz játékokat. Saját magának és családjának így próbál örömet szerezni és egy idő után már természetessé válik a megvásárolható örömforrás a család életében.

- *Szexuális problémák a szülőknél:*

Gyakori, hogy a szülők között évek óta nincs szexuális kapcsolat és ezt nem tekintik problémának. Nem tudnak serdülő korú gyermeküknek megfelelően beszélni a szexualitásról, elutasítják az efféle érdeklődést. Fokozódik a feszültség a szülők és a gyermek között, ha egy időben zajlik a klimax és a nemi érés, ilyenkor krízissé alakulhat a konfliktus. A serdülő nem képes megfelelően kialakítani a konfliktusok miatt a saját nemi identitását, és ekkor lép be a drog, hogy enyhíteni tudja a feszültségét.

- *Szenvedélyszerű viselkedés több generáción át:*

A drogos családoknál megfigyelhető a szenvedélyszerű viselkedés. Általában alkoholizmus, játékfüggőség vagy társfüggőség figyelhető meg.

- *A konfliktusok nyersebb formában jelennek meg:*

Ezek például a durva szóhasználat, tettlegesség, vagy gátlástalanul kibeszélik másoknak a problémájukat. Ezek a viselkedésformák minden szenvedélybeteg családjában megfigyelhetők.

- *Az anyák nevelési stratégiája a csecsemőkori állapotot tartja fenn:*

Az anyának szoros közelségigénye van felnőtt gyermekéhez. Erre a közelségre inkább az anyának van szüksége, mintsem a gyermeknek. Később viszont a gyermek már ezt elvárja a környezetében lévő más felnőttektől is, tehát azonnal ki kell elégíteni igényeit és ellenkező esetben dühkitöréssel reagál. Ezt a nevelési formát szimbiotikusnak nevezzük, és jelentős szerepe van a szerhasználat kialakulásában. Ezért nem csak egyedül az

anyafelelős. Oka lehet: általában a vagy szimbolikusan, vagy valóban magukra maradt nők „választják” ezt a nevelési stratégiát. Ha ehhez a nevelési formához társul az apa hideg-korlátozó attitűdje, akkor még valószínűbb a szerhasználat kialakulása.

▪ *Gyakori téma a halál:*

Gyakori beszédtema otthon a halál, és a korai, váratlan haláleset. Ide tartozik a drogfogyasztó fiatal váratlan halála is.

▪ *A drogos serdülő szubkultúrája:*

Nagyon fontos jellemzője a drogos családoknak. A fiatal az otthoni gondok elől szintén drogos fiatalok közé menekül. A nem drogos kortársakkal is azonosulhatna, viszont ezt lehetetlenné teszi a nem megfelelő érzelmi viszonyulás a családtagjai iránt, illetve a konfliktusok, megoldatlan problémák. Ezért magához hasonló fiatalok között keres menedéket és a drog segítségével szabadságot, álfüggetlenséget él meg. (Rácz,2005)

2.4.1.4. Társadalmi, Környezeti hatások:

- **Társadalmi változások-egyén krízisei:** a gyorsan zajló társadalmi változások meglehetősen nő a problémás viselkedést, beilleszkedési zavarokat mutató emberek száma. Az egyének a válságokon mehetnek át, amelyek az addigi normák, értékek és célok elvesztésével, belső egyensúly felborulásával járhatnak.

„Az illegitim szerek fogyasztásának terjedése e válság egyik tüneteként is felfogható, amelyben a fiatalok elbizonytalanodása, szorongása, a realitással való elégedetlensége és útkeresése juthat kifejezésre”⁶

- **A fogyasztás kultusza:** a mai magyar társadalmat jelenleg a fogyasztás elképesztő fellendülésével lehetne jellemezni. A média, a reklámok azt sugallják a fogyasztó társadalomnak, hogy könnyen és gyorsan elérhető örömforrások tárulnak eléjük, amikor csak akarják. És ezeknek a könnyen

⁶ Dr.Rácz József és Munkatársai: A drogkérdésről őszintén.58.oldal.

megszerethető örömforrásoknak a következménye az, hogy az emberi kapcsolatok elértéktelenednek.

- **Kortárs csoport:** serdülő korban előtérbe helyeződik az autonómia, és a kortárscsoport befolyása az egyénre. A serdülő próbál beilleszkedni a baráti társaságba, és ezzel egyidejűleg leválni a szülőkről. A kortárscsoportok kulcsfontosságú szerepet töltenek be a droghasználat kialakulásában, és ezt számos kutatás alátámasztja. A fiatalnak meg kell felelnie bizonyos elvárásoknak, ha egy csoporthoz akar tartozni. Ha a fiatal választott csoportjában a normáktól eltérő, deviánsviselkedés, nem megfelelő szabálykövetés a jellemző, akkor hasonlóképp fog ő is viselkedni. A környezetével nem azonosuló fiatal veszélyeztetettebb a drogfogyasztás szempontjából, hiszen a valahová való tartozás élményét nyújtja egy ilyen társaság. (Bagdy, 2004.)
- **Társadalom drogfogyasztással kapcsolatos attitűdje:** az engedélyezett drogok intenzív reklámozása fokozhatja az illegitim szerek iránti affinitást. Ugyan akkor az illegitim szerek fogyasztása tiltott. A legális szerekkel élő társadalom drogfogyasztással kapcsolatos attitűdje nem lehet egyértelmű, amíg bizonyos szereket elutasít, és e mellett eltűri más, nem biztos, hogy veszélytelenebb anyagok használatát, amikből jelentős bevétele is származik. (Rácz 2005; Demetrovics-Balázs, 2004.)

2.4.2. Reziliencia, protektív tényezők:

A protekció rendkívül rugalmas válaszokat jelent bizonyos rizikótényezőkkel szemben. Egyes személyiségjegyek, környezeti, szociális feltételek megszüntethetik a rizikótényezők mértékét, növelik a rugalmasságot és védelmezik a kellemetlen következményektől.

1. **Az egyik fontos protektív tényező a serdülő életében a család:** fontos szocializációs funkciókkal bír, ilyen például: megfelelő szociális, pszichét és fizikai fejlődést biztosít, megtanít kommunikálni, megfelelő mintát, szerepeket közvetít, elősegíti az én-identitás fejlődését. A családban a

benne élők egymással folyamatos kapcsolatban, interakcióban vannak, és segítik leküzdeni egymásnak a mindennapos problémákat, esetleges krízisek leküzdését.

Az egyensúlyban lévő család jellemzői:

- a család összehangoltan érintkezik másokkal
- a család és a külvilág között a határ rugalmas
- világos értékrend uralkodik a családon belül
- minden változás lassan, folyamatosan zajlik
- a stressz kezelés megoldott
- a tagok érzéseiket kimutatják egymás felé
- családi rituálék megléte
- érzelmi támaszt nyújtanak egymásnak
- tisztelik egymást és másokat
- megfelelő kommunikáció a tagok között

Az egészséges családnak nagyon fontos szerepe van abban, hogy a gyermeket óvja a függés kialakulásától.

2. A másik jelentős protektív tényező egy serdülő életében a kortárs csoport, baráti közösség, hiszen már megtörtént a barátokhoz való „át pártolás” a szülőktől. A kortárs csoporttal kialakított kapcsolat eltér a szülővel való kapcsolattól. A szülő-gyermek kapcsolat alá-fölérendelt kapcsolat, míg a kortársak és a serdülő kapcsolatát az egyenrangúság, hasonló célok jellemzik.

Kortárs csoport hatásai:

- az egyén elsajátít bizonyos szabályokat, mint például a kölcsönösség, versengés, együttműködés szabályait.
- az ifjúsági kultúra hordozói
- szociális fejlődést mozdít elő
- az én kiteljesedésének és fejlődésének ad lehetőséget
- érzelmi biztonságot nyújt (valakihez való tartozás)
- teret enged az intimitásnak, önállóságnak
- a serdülő társas kapcsolatokra tesz szert

- irányító szerep megismerése
- elősegíti a szülőkről való leválást, autonómiát.

3. egyéni protektív tényezők:

- iskolai sikerek
- megfelelően fejlett társadalmi, társas és szociális készségek
- feladatok teljesítése: normák betartása
- biztonságos, érzelmileg támogató kapcsolatrendszer (Demetrovics-Balázs, 2004; www.esely.org 2014.01.29; www.gardonyi-eger.hu, 2014.01.29; Szabóné Kármán Judit, 2004.)

2.5. Droghasználat megelőzése a családban és az iskolában:

Miért drogoznak a fiatalok: ezt a problémát próbálták felfedni nagyon sok kutatással, de nem tudjuk biztosan megmondani, hogy egy fiatal miért kezd drogozni és miért lesz a későbbiekben függő. És ezen a témakörön belül foglalkoznunk kell azzal is, hogy miként lehet felismerni a figyelmeztető jeleket, vannak-e a drogozásnak előrejelző tényezői?

A serdülőkor feladatai közé tartoznak az autonómia és az identitás kialakítása. E fejlődés során a fiatal sok féle viselkedést, attitűdöt próbál ki, mielőtt kialakulna a saját, szilárd identitása. Sok serdülő a droghasználatot „kísérletezés” céljából próbálja ki, ami önmagában nem kóros, viszont felhívja a figyelmet a serdülőkori problémákra.

A drogozás kialakulásában a fiatalok között két csoportot különböztetünk meg:

1.Újdonság/élménykeresők: kellemes élmények, eufória miatt esetleg a társaságba való beilleszkedés miatt használnak drogot. Sokuknak problémájuk van az iskolai teljesítményükkel, esetleg a mindennapi tevékenységükkel, a drogfogyasztás miatt.

2.”Öngyógyítók”: súlyos mindennapi problémákkal küzdenek, hangulatzavaraik, depressziójuk van. A droghasználattal próbálnak megoldást találni problémájukra. A hosszabb időn át folytatott, rendszeressé vált drogozás viszont ront ezeken a

problémákon, és egészségügyi problémákkal bővíthet a problémákkal teli élet.(Rácz2005; Demetrovics-Balázs,2004)

2.5.1. A megelőzés módszerei:

- **Információközlés:** ez a legrégebbi módszer. Információk közlése a drogokról, hatásaikról valamint negatív következményeikről. Az embereknek rendelkezniük kell ezekkel az ismeretekkel, hogy felelősségteljesen tudjanak dönteni.

Eredményesség: önmagában, mint ahogy sok egyszeri információközlés, nem eredményes.

- **Elrettentés:** gyakran az ellenkező hatást váltja ki, felkeltheti az érdeklődést. Ha a fiatalok azt tapasztalják, hogy a közölt információk nem igazak, a közlő személye nem lesz hiteles. Továbbá az elrettentés okozhat olyan erős szorongásokat, hogy a fiatal inkább elkerüli, hogy az információra emlékezzen, és ezzel még a legalapvetőbb biztonsági szabályokat sem tartja be, miközben drogot fogyaszt.

Eredményesség: minimális.

- **Érzelmi nevelés:** itt a hangsúly az érzelmi hiányosságokon van, és nem a drogok hatásain. Ha valamiben lelki hiányt szenvednek, önértékelésük nem megfelelő, akkor a csoportos tréningeken, segítő beszélgetéseket javasoljuk.

Eredményesség: minimális, és időigényes.

- **Társas hatás:**”a módszer feltételezi, hogy a viselkedések fokozatosan alakulnak ki, miközben az egyén a környezet viselkedésére adott negatív és pozitív jelzéseit, a viselkedés következményeit figyelembe veszi. Elsősorban a kortársak befolyásoló szerepét figyelembe vevő módszerek tartoznak ide, mint pl.:”Mondj nemet a kínálásra!”. Fontos a média és a reklám hatásainak felismerése és leleplezése.”⁷

⁷ Dr.Rácz József és Munkatársai:A drogtól való mentésről 129.oldal.

Eredményesség: helyzetgyakorlatokkal, sok gyakorlással eredményesek, csak előadást tartani arról, hogy a barátok beleviszik őket a rosszba, nem hatékony.

- **Mindennapi készségfejlesztő programok:** az egyén számára a drogozásnak van értelme: önértékelés növelése, szorongás oldása. Ha azt akarjuk, hogy a serdülő ezeket a célokat ne deviáns magatartásformákkal érje el, segíteni kell más módszerek megtalálásában például: stressz kezelés; megfelelő problémamegoldás, döntéshozás; érzelmek kifejezése; önbizalom;”nemet mondás”.

Eredményesség: megfelelő módszerekkel hatékony.

- **A drogok alternatívái:** a kábítószeres szükségleteket pótolnak. A cél az, hogy ezeket a szükségleteket más társadalmilag elfogadott tevékenységekkel pótoljuk: a kockázatkereső magatartást, extrém sportokkal, a tudatállapot változását igénylő vágyakat pedig meditációval, hasonló spirituális élményekkel.

Eredményesség: inkább az egyénre szabva eredményes.

- **Egészségnevelés:** a fiatal számára nem az egészség elérése a cél, hiszen jobb esetben egészséges. A cél a lehetőségek kiteljesedése, életminőség javulása. Ehhez azonban a fiatalok életstílusára kell hatnunk, ami egy hosszú folyamat. A drogmegelőzés kis gyermekkorban kezdődik, nem a szó szoros értelmében, hiszen itt még nincs szó drogokról.

Eredményesség: ha megfelelő tanár-diák viszony van jelen és készségfejlesztéssel társul, a legeredményesebb módszer lehet.(Rác,2005; Demetrovics – Balázs 2004)

2.5.2. Drogmegelőzés a családban

A drogmegelőzés hatékonysága a szülő-gyermek kapcsolaton alapul, hogy a gyermekek olyan környezetben nőjenek föl, ahol a kérdéseikre választ kapnak,

gondoskodást, problémáikra megoldást valamint elegendő figyelmet. Ez a szülők által nyújtott segítség viszont nem gátolja a gyermeket az egyéni megoldásokban, döntéshozatalban, és az esetlegesen rosszul meghozott döntés következményeit képes vállalni. A szülők nagyon sokszor kerülnek gyermekük nevelése során olyan szituációkba, amikor nem tudják pontosan mi is a megfelelő lépés, mennyi az az információ, amit a gyermekük korának megfelelően képes be.

Mikor, mit mondjunk a kábítószerekről?

Minden gyermek más és más, eltérő érettséggel és eltérő környezettel. A családok között szintén nagy eltérés lehet, egyesek nyíltan megbeszélnek a hasonló témákat, másokban viszont föl sem merül. Az iskolai és a családon belüli megelőzésben egyaránt ki kell hangsúlyozni azt, hogy a legális (alkohol, dohány) és illegális kábítószereket megelőzés szempontjából nem lehet elválasztani egymástól.

Életkor	Amivel elsősorban foglalkozni kell:
5-7 év	a gyógyszerek szerepe
7-11 év	a dohányzás, az alkohol, a kábítószerek veszélyes hatásai
11-14 év	a szerek egészségre ártalmas hatásai, a gyógyszerek hogyan javítják szervezetünk állóképességét, a dohányzás hogyan befolyásolja a tüdőt
14-16 év	a dohányzás, az alkohol, és a kábítószerek hogyan befolyásolják a szervezet működését

2. ábra

Információközlés tartalma a kábítószerekről, életkorokra lebontva⁸

Tehát a cél az, hogy a gyermeknek információt adjunk át úgy, hogy azt meg is értse, értékeket kell közvetítenünk feléjük, készségeiket tovább fejleszteni. (Rácz, 2005)

⁸ Dr. Rácz József és Munkatársai: A drogházról őszintén 131. oldal.

Ismeret	Készségek	Értékek, viszonyulások
5-7 éves kor - a szervezet működése - a szervezet ápolása - a gyógyszerek szerepe - az alkohol és cigaretta általános hatása a szervezetre - kiktől kérhetnek tanácsot a gyerekek	- kommunikáció - pl.az aggodalom kifejezése - biztonsági szabályok - hogyan kérjünk segítséget a felnőttektől	- legyünk büszkék testünkre - viszonyulás az orvosokhoz - viszonyulás az alkoholhoz és a cigarettához - reklámok!
7-11 éves kor - a szervezet működése részletesebben - legális és illegális drogok - a drogok veszélyei	- kockázatok felismerése - kortárs hatások felismerése	- önmagunk és mások értékelése - viszonyulások és hiedelmek a drogokkal kapcsolatban és hogy az emberek miért használják őket - reklámok! - saját felelősségünk a viselkedésünkkel kapcsolatban
11-14 éves kor - a drogok (legális és illegális) hatásai, veszélyei - használat, visszaélés, függőség - tolerancia, túladagolás, megvonás stb. fogalmi - a drogok típusai - a törvényi szabályozás - a drogok (dopping) és sport - a részegség fokozatai - hol kérhetünk segítséget?	- kommunikáció felnőttekkel - döntéshozás olyan helyzetekben, ahol a drog előfordul - segítségadás,-kérés	- a drogokkal és használóikkal kapcsolatos vélekedés - társadalomban felelősségvállalás másokért és magunkért - reklámok!
14-16 éves kor - a drogok kinézete, hatása, jogi státuszuk - a droghasználat következményei - a droghasználat előfordulása az országban - veszélyek egyes speciális drogokkal kapcsolatban - a drogok keverésének veszélye - jogok és kötelezettségek a drogokkal kapcsolatban - hol kérhetünk segítséget?	- az egészségre veszélyes kockázatok - kommunikáció felnőttekkel, társakkal - döntéshozás olyan helyzetekben, amikor a drog előfordul - segítségadás,-kérés - kockázatbecslés és felismerés - kommunikáció - döntéshozás - konfliktus és agressziókezelés - segítségnyújtás	- a fiatalokat érő társadalmi és kulturális hatások - a drogokkal és használóikkal kapcsolatos viszonyulások - felelősség

2. ábra

Ismeretátadás, értékek, készségek fejlesztése életkorokra lebontva.⁹

⁹ Dr.Rácz József és Munkatársai: A drogkérdésről őszintén 132.oldal.

2.5.3. Drogmegelőzés az iskolában

a legtöbb iskolában felső tagozatban kezdenek el foglalkozni ezzel a témakörrel, általában biológia óra vagy osztályfőnöki óra keretén belül. Vannak olyan iskolák ahol megelőző vagy mentálhigiénés programok működnek és ezek egy része már alsó tagozatban elkezdődik. Ezek a programok a drogmegelőzést az egészség nevelés témakörébe foglalják. A cél nem az hogy mit ne, hanem hogy mit csináljon a gyermek, tehát pozitív gondolatok közvetítése. A programok törekednek arra, hogy a magyar iskolák szokásos oktatási módszere helyett beszélgetés jöjjön létre a tanár és a diákok között a tanár teremtsen lehetőséget szituációs gyakorlatokra, szerepjátékokra, csoportos beszélgetésekre. Ha megfelelő a technika, a gyermekek elmerik majd mondani tapasztalataikat, ötleteiket. A programok a szülőket is bevonják, hiszen tudniuk kell, ha esetleges drogprobléma áll fenn.(Rácz,2005.)

2.5.4. Gyógyulás-felépülés:

A felépülés szakaszai:

- 1) a változásra való elszánás előtti állapot
- 2) az elszánás szakasza
- 3) az előkészületi stádium
- 4) az akció stádiuma
- 5) a fenntartás stádium
- 6) a segítség lehetősége

Fontos a motiválás, a leszokás iránti igény felkeltése és fenntartása, valamint a visszaesés megelőzése.

A terápiák eredményessége:

A kábítószer-használat kezelése olyan hatékony, mint bármelyik krónikus betegség terápiája. A kezelés 40-60 %-kal csökkenti a szerhasználatot és a kezelés alatti és utáni bűnözést.

Az USA-ban eredményesség-vizsgálatokat folytattak, amiben több mint tízezer drogos vett részt. A tapasztalatok a következők:

- a heroin függők 56-64%-a nem használt napi rendszerességgel heroint
- a bentlakásos, ambuláns kezeléseknél a kliensek 50%-kal kevesebb heti vagy napi kokaint fogyasztottak
- a 90 napnál rövidebb programok, valamint a 21 napos méregtelenítő programok nem bizonyultak eredményeseknek
- az ambuláns kezelés 6 hónap után kezdett hatékonyvá válni, viszont a kliensek csak 17%-a maradt a programban
- minél hosszabb időt tölt valaki a kezelésben, annál hatékonyabb a kezelés
- a felépülés ciklikusan történik.

A kezelés:

A drogfogyasztók nagy része magától befejezi a drogozást, gondoljunk itt az alkalmi fogyasztókra. A visszatérő, kényszeres drogfüggők esetében szükség van a kezelésre, mert bár le lehet szokni önerőből is, de sokkal nehezebb, mint segítséggel és a visszaesés kockázata sem olyan magas. Minél hamarabb kezdődik el a kezelés, annál nagyobb a gyógyulás esélye. Fontos, hogy ez elvonó kezelés is tervezett legyen, és mindenképp folytatódnia kell a kezelésnek. A kliensnek tehát folyamatos gondozásban kell állnia, legyen az akár egy intézmény segítségnyújtása vagy pedig egy önsegítő csoport. A kezelést komplex, a drogos egész életvitelére kiterjedő egyszerre több területen dolgozó szakember végzi.

A kezelés célja:

- drogmentesség elérése és fenntartása
- élettevékenységek maximális hatékonyságának elérése
- visszaesések megelőzése

A kezelés lépései:

- 1) *állapotfelmérés*: itt a cél a drogos teljes állapotának felmérése. Információt szerzünk élettörténetéről, családi helyzetéről, életkörülményeiről, és hogy

kire számíthatunk környezetéből együttműködésre. Fontos azt megtudni, hogy a kliens önszántából vagy pedig valamilyen külső nyomás hatására fordult segítséghez, ha ez utóbbi áll fenn, a motiváció gyenge. Ilyenkor kell a motivációt felkelteni. Az is nagyon fontos hogy a kliens hogyan értékeli saját magát, állapotát, milyen célokat tűz ki maga elé, valamint egy úgynevezett drogozási napló vezetése javasolt. Ebben a naplóban vezeti a kliens hogy mikor, hol, hány alkalommal, kivel, és mennyi szert használt, valamint a hangulatát előtte és utána. Az állapotfelmérés részét képezi még az orvosi vizsgálat, pszichiátriai vizsgálat, valamint szociális munkás vagy addiktológus által végzett állapotfelmérés.

- 2) *Célkitűzés:* Fontos hogy a célok kis lépésben legyenek meghatározva és elérhetőek legyenek a kliens számára.
- 3) *Terápia tervezése és a szerződéskötés:* A szerződés lényege, hogy a kliens és a kezelő tisztázzák, hogy ki mit vállal a kezelés alatt. A szerződés megszegése következményekkel jár: kezelési folyamat kezdése a legelejétől, kezelés megszakítása, egyéb enyhébb következmények például többször kell megjelennie. A szerződés továbbá azt is tartalmazza, hogy a kezelő kinek és milyen információkat adhat ki a kezelés folyamatáról, a kliensről. Az információkat és a titoktartást is írásban rögzítik.
- 4) *Kezelés menete:* ekkor kerül sor az elvonásra, de a kezelés vonatkozik a visszaesésre, a motiválásra valamint a szövődmények gyógykezelésére is. Az elvonásnak tervezettnek kell lennie, hogy a kliens biztonságban érezze magát. Az elvonás után még hosszú kezelés következik, ami folyhat egy ideig kórházi osztályon, de többnyire ambulánsan történik. A kezelés során több szakember foglalkozik a klienssel: orvos, addiktológiai konzultáns, szociális munkás, pszichológus.

5) *A kezelés lezárása*: sokszor a kliens és a kezelő között erős érzelmi kötődés alakul ki, így amikor a kezelésnek vége szakad, annak tervezetten kell megtörténnie, hogy a leválás fokozatos legyen, így megelőzve a visszaesést.

6) *Utókezelés*: Segíti a klienst a társadalmi életbe való visszailleszkedésben.

Kezelés történhet kórházi bent fekvés útján pszichiátriai osztályokon, léteznek sürgősségi esetek, amiket a baleseti belgyógyászatban látnak el, az esetek nagy részét viszont ambuláns kezelésben részesítik. Továbbá drogterápiás otthonokban, alacsony-küszöbű intézményekben, önszorgító csoportokban segítenek a klienseken.

Kezelés módszerei:

- gyógyszeres kezelés
- gyógyszeres kezelés a leszokás folyamán
- gyógyszeres kezelés a méregtelenítést követően
- fenntartó gyógyszeres kezelés
- pszichoterápiák
- ártalomcsökkentés

(Rácz, 2005.)

2.6.Mit tehet a védőnő?

- a védőnőnek ismernie kell a kábítószereket, hatásait, megvonási tüneteket, leszokás módját
- alkohol-, gyógyszer, drogfogyasztás magzatra gyakorolt hatásait ismerni, megelőzni
- korai anya-gyermek kapcsolat minőségének javítása, fontosságának hangsúlyozása
- „elég jó anya” modell megerősítése az anyák felé
- kisgyermek mentális érésének nyomon követése
- gyermekek agresszivitását, hiperaktivitását, kezelhetetlenségét jelezni a gyermekorvos felé, nevelési tanácsadóba irányítás
- iskolai viselkedési zavarok megjelenésekor gondolnia kell droghasználat lehetőségére, beszélgetés kezdeményezése a fiatallal
- előadásokat tart a függőségek kialakulásának megelőzése érdekében iskolai munkája során, továbbá
- filmeket vetíthet majd közös beszélgetés keretében összegzik a látottakat
- tini-klubokat vezet, amik témája lehet a drogfogyasztás
- meghívhat gyógyult függőket előadást tartani
- prevenciós programok kezdeményezése, szervezése
- iskolai hirdetőkön szóróanyagot helyezhet
- ha meglévő probléma áll fenn, a szülőnek tanácsolja a tisztázó beszélgetést a fiatallal, a drogambulancia, önsegítő csoportok felkeresését. (Szabóné Kármán, 2004.)

3. ANYAG ÉS MÓDSZER

3.1. A vizsgált csoport bemutatása

Vizsgálatomat Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, Kazincbarcika városában végeztem. Három különböző iskolatípust választottam a felmérés helyszínéül, így *egy szakképző iskolában, egy szakközépiskolában és egy gimnáziumban* töltöttem ki a diákokkal a kérdőívet. A három iskolatípus közös jellemzője, hogy mindegyik egyházi fenntartású iskola.

A kérdőívet összesen 170 tanuló töltötte ki, hibás kitöltés, erősen hiányos válaszadás miatt 6 tanulót kellett a vizsgálatból kizárnom, így összesen *164 tanuló alkotja a vizsgálati mintámat*. Iskolatípusokra vonatkoztatva ez a következő arányokat mutatja: a kérdőívet kitöltők 46%-a jár gimnáziumba, 42% szakközépiskolás és 12% szakiskolai tanuló.

Vizsgálatomat 2014. februárjában és márciusában végeztem.

A tanulókat intézményes környezetükben vizsgáltam. Az iskolák igazgatóitól engedélyt kaptam arra (lásd 2. melléklet), hogy az iskolavédőnővel egyeztetett időpontban, a segítségével megszervezzem a kérdőívek kitöltését. A mintámat az iskolák 11. évfolyamos tanulói alkották. Tanóra keretében, az iskola számítástechnikai termében, az iskolai gépeket használva töltötték ki a tanulók az internetes (Google drive) kérdőívet.

A kérdőív kitöltésénél és feldolgozásánál szigorúan ügyeltünk az *anonimitásra*, hiszen – a személyiségi jogok védelme mellett - a kutatás témájából és így a kérdőív egyes kérdéseiből fakadóan, csak így számíthattam teljes és őszinte válaszadásra.

3.2. Vizsgálati módszer

Hipotéziseim ellenőrzéséhez az adatokat egy általam összeállított kérdőív (lásd 3. melléklet) segítségével gyűjtöttem. A kérdőív 25 kérdést foglal magába, a kérdések 4 tematikus csoportba sorolhatóak.

Az első kérdéscsoport segítségével a szocioökonómiai státuszt határoztam meg. A nemre (1. kérdés), életkorra (2. kérdés), iskolatípusra (3. kérdés) és a szülők iskolai végzettségére (4-5. kérdés) vonatkozó kérdések mellett ide soroltam a család szubjektíven megítélt anyagi helyzetére (7. és 17. kérdés) és a kapott zsebpénz összegére (8. kérdés) irányuló kérdéseket is.

A második kérdéscsoport a családra, a szülők nevelési stílusára, mint potenciális protektív tényezőre irányult. Az egy háztartásban élő személyekre (6. kérdés), a gyermek családdal való viszonyára (11. kérdés), az otthon szeretetére (12. kérdés), a szülők és gyermekek közötti érzelmi kapcsolatokra és a szülők nevelési stílusára (13-14. kérdés) vonatkozó kérdések tartoztak ide.

A harmadik kérdéscsoport a családon kívüli protektív tényezők meglétét vagy hiányát kutató kérdéseket tartalmazta. Itt kérdeztem rá a valláshoz való viszonyra (10. kérdés), az iskolai teljesítményre, az iskola által adott értékelésre (9. kérdés), a másokkal való bizalmi kapcsolatra (15. kérdés), baráti együttlétek gyakoriságára (16. kérdés), az emberi kapcsolatokkal való elégedettségre, önbizalomra (17. kérdés).

A negyedik kérdéscsoport kábítószer-használattal kapcsolatos kérdéseket foglalja magába, így rákérdeztem a fogyasztásra, annak gyakoriságára és körülményeire, a fogyasztott kábítószer fajtájára illetve a kábítószerekkel kapcsolatos ismeretekre (18-25. kérdés).

3.3. Az elemzés módja

Adataim feldolgozását egyrészt *leíró jellegű statisztikai módszerekkel* végeztem, másrészt bizonyos adathalmazaimon *relatív gyakorisági eloszlást*

számoltam, az összefüggések erősségének igazolására *korrelációt* számoltam, a szignifikancia szintet *T-próbával* állapítottam meg, valamint *átlagot és szórást* elemeztem. Mindezen számításokhoz az SPSS programot használtam.

4. EREDMÉNYEK ISMERTETÉSE

Kérdőívem eredményeit a módszertani részben bemutatott négy csoport szerint ismertetem.

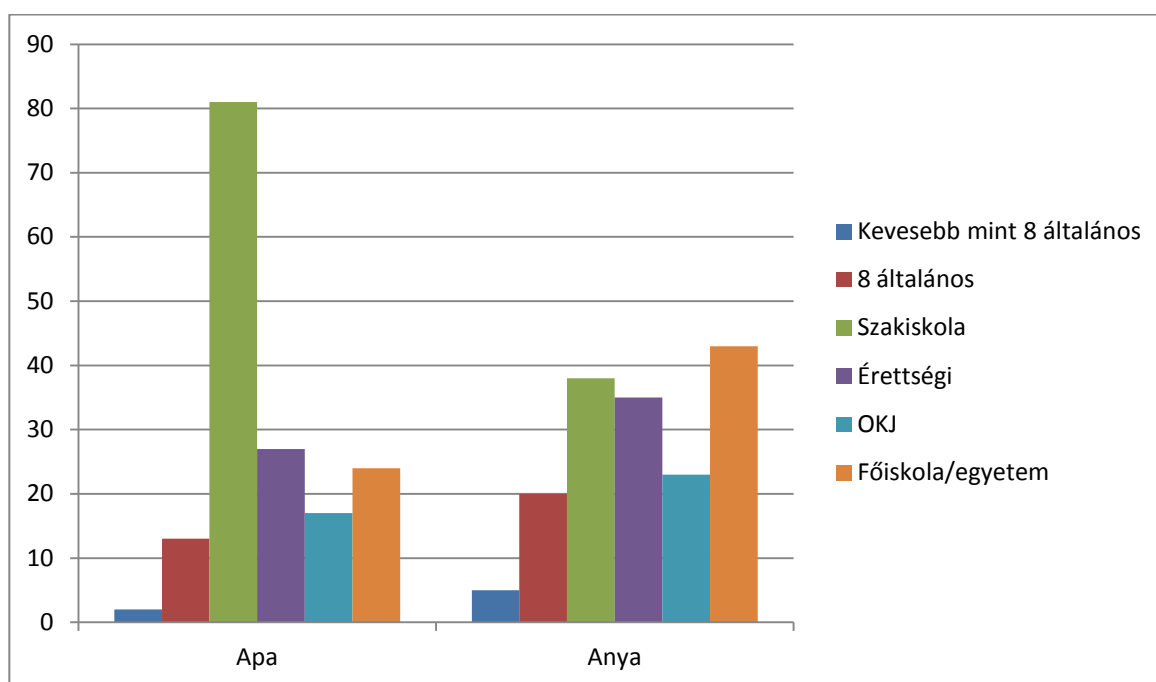
4.1. Szocioökonómiai státusz

Összesen 164 tanulótól kaptam vissza értékelhető kérdőívet. Bár a mintavétel véletlenszerű volt, a **nemek aránya** nagyjából hasonlóan alakult. A *fiúk* száma 80 fő (49%), míg a *lányok* száma 84 fő (51%) lett a teljes mintában.

A **tanulók életkora** - annak ellenére, hogy mindannyian 11. osztályba járnak - meglepően széles életkori skálán helyezkedik el, hiszen 16 éves kitöltő és 21 éves is van a mintában. Arányában a *17 évesek* teszik ki a minta 71%-át, őket a 18 (14%) és 16 (10%) évesek követik, míg a maradék 5%-ot 5 fő 19 éves és 2 fő 21 éves tanuló alkotja. A fiúk átlag életkora 17,175 volt, szórás eredménye: 0,882, tehát, csekély a középértéktől való eltérés a fiúk életkorának viszonylatában. A lányok átlag életkora hasonlóan 17,119 volt, a szórás itt: 0,56, vagyis a középértéktől való eltérés még csekélyebb, mint a fiúknál, de jelen van.

Azért tartom fontosnak a **mintában szereplők iskolatípusonkénti eloszlását** bemutatni, mert iskolatípusonként változik az életkorok megoszlása, illetve a kitöltők száma is. A *gimnazista* kitöltők száma 75 fő (45%) volt, és átlagosan 16-17 évesek kerültek ki közülük. A *szakközépiskolás* kitöltők száma összesen 39 fő (42%), zöme szintén 17 éves, viszont előfordul néhány 18 illetve 19 éves is. A *szakiskolás* kitöltőket szeretném kiemelni, ugyanis mindössze 20 fő (13%) töltötte ki a kérdőívemet, és közülük kerültek ki az idősebb tanulók, ami azt jelenti, hogy a legtöbben 17,18,19 évesek, és közülük kerültek ki a 21 éves tanulók is.

A szülők iskolai végzettségét megvizsgálva a következő képet kapjuk: összességében véve az anyák rendelkeznek a magasabb iskolai végzettségekkel (érettségi 21%, OKJ 14%, főiskola, egyetem 2%), míg az apák esetében a szakiskolai képesítés dominál, ez teszi ki az iskolai végzettségek felét (49%). Az is látható, hogy a legalacsonyabb kategóriában (8 általánosnál kevesebb vagy mindössze 8 általános) is az anyák vannak többségben, a két kategória az ő esetükben 15%-ot tesz ki, míg ugyanezen két kategória összesített aránya az apáknál 9%. A szülők iskolai végzettségének összehasonlítását az 1. diagramon mutatom be.



2. diagram

A szülők iskolai végzettségének megoszlása

A tanulók családjának anyagi helyzetére vonatkozóan a következő megállapítás tehető: legtöbb megkérdezett *szubjektív megítélése* szerint a családjukat *átlagos* (34%), illetve az *átlagosnál valamivel jobb* (43%) életszínvonal jellemzi. A tanulók 17%-a picivel a *létminimum fölötti anyagi helyzetben* van. A két szélsőség viszonylag kevés százalékot tesz ki, ugyanis a megkérdezett tanulók 4% *nagyon kedvező pénzügyi körülmények* között él, valamint 2%-ra *nagyon rossz*, a létminimum alatti körülmények jellemzők.

A tanulók zsebpénzét illetően, számomra meglepő módon, a megkérdezett tanulók 35%-a egyáltalán nem kap zsebpénzt. A tanulók kevesebb, 12%-a mintegy 1000 forint összegű zsebpénzt kap. A legtöbb tanuló (31%), aki kap zsebpénzt, 1000 és 5000 forint közötti összeget kap egy hónapban. 5000 és 10.000 forint közötti összeget már kevesebben, a tanulók 16%-a kap. A megkérdezett tanulók csekély hányada (5%-a) 10.000 és 20.000 forint közötti összeget kap szüleitől, míg 1%-uk 20.000 forint fölötti összeget kap havonta. A 17. kérdésben, melyben a tanuló különböző dolgokkal való elégedettségére kérdezek rá, *az anyagi helyzettel való elégedettség is megjelenik*. A megkérdezettek 8%-a elégedetlen, 15% minimálisan elégedett, 31% közepesen elégedett, 34% elégedett, 12% kifejezetten elégedett a család és önmaga anyagi helyzetével.

Megvizsgáltam, hogy a család anyagi helyzete meghatározza-e, hogy mennyi pénzből gazdálkodhat egy tanuló egy hónapban. Érdekes módon, azon két változó között, hogy a tanulók mennyi zsebpénzt kapnak, és milyen a családjuk anyagi helyzete, **nincs összefüggés** ($r = -0,02$ érték mutatható ki).

4.2. A család, mint protektív tényező

Arra vonatkozóan, hogy a tanuló kikkel él egy háztartásban, az alábbi eredményeket kaptam: a megkérdezett tanulók nagy része (91%) édesanyjával él együtt, valamint édesapjával (73%), ami azt jelenti, hogy a tanulók közel 75%-a teljes családban él. Ami a testvéreket illeti, a többség egy testvérével (38%) él egy háztartásban, viszont a tanulók 24%-a több testvérével is osztozik otthonán. Viszonylag kevés (16%) tanuló él együtt egy, vagy több nagyszülőjével, tehát a többgenerációs együttélés nem kifejezetten jellemző az általam megkérdezett tanulók körében. A nevelőszülőkre vonatkozóan: nevelőapával többen, 11%, míg nevelőanyával mindössze 2% él együtt. Más, egyéb hozzátartozóval a tanulók 4%-a él egy háztartásban.

A tanulóknak a családjukkal való kapcsolata - a kérdőívek alapján – kimondottan pozitívnak mondható, ha figyelembe vesszük, hogy a kamaszkora második felében járó korosztályról van szó. A megkérdezett tanulók döntő többsége

(41%), szubjektív megítélése szerint jó viszonyban van családjában élő személyekkel, illetve a tanulók 37%-a nagyon jó viszonyt ápol családtagjaival. Ez így együtt igen magasnak mondható, 78%-os arány! Az általam megkérdezett diákok közül 16% átlagos kapcsolatban van a családjával, és vannak olyanok is - szám szerint 10 fő -, akik rossz, illetve nagyon rossz kapcsolatban vannak a családjukkal, ami összesítve a tanulók 6%-át teszi ki.

Arra a kérdésre, hogy a diákok **mennyire szeretnek otthon lenni**, mennyire szeretik a családjuk légkörét, az előzőtől picit eltérő, némiképpen vegyes válaszokat kaptam. A tanulók legnagyobb része 33%-a illetve 32%-a nagyon szereti, illetve kicsit kevésbé, de szereti az őt körülvevő családi légkört. Ez összesen 65%, tehát 13%-kal kevesebb, mint a jó vagy nagyon jó családi kapcsolatban élők száma, ami azt jelenti, hogy bár a kapcsolatot szubjektíve jónak ítélik, a légkör mégsem ideális. Ezen megállapításomat statisztikai próba segítségével is igazoltam. A korrelációszámítás eredménye szerint a között, hogy a tanulók mennyire szeretnek otthon lenni és a családjukkal való kapcsolatukat hogyan ítélik meg, a **korreláció közepesen erős** ($r=0,65$). További 24%-a a megkérdezetteknek az 1-5-ig terjedő skálán 3-as számot jelölve, vagyis semlegesen: se jól, se rosszul nem érzik magukat otthon. A diákok viszonylag kis százaléka, összesen 11% adta azt a választ, hogy nem, illetve egyáltalán nem érzik magukat jól otthonukban.

A szülők tulajdonságaira, szülő-gyermek kapcsolatra a megkérdezett tanulók válaszai alapján az alábbi eredményeket összesítve:

Inkább az édesanyákra vonatkozik az első állítás, miszerint *szeretik igazgatni gyermekeik életét, illetve beleszólnak abba*. Tehát a megkérdezett tanulók édesanyjára 12-22%-ban nagyon jellemző, illetve jellemző ez az állítás, míg az édesapákra kevésbé, 8-15%-ban jellemző, ugyanis rájuk inkább az jellemző, hogy nem szólnak bele (29%) illetve egyáltalán nem szólnak bele (24%) gyermekeik életébe.

A kedvesség, szereteteljesség, mint jelző az édesanyákra jobban illik, 53%, illetve 29%-ukra nagyon jellemző, illetve jellemző. Az édesapákra viszont már kevésbé

jellemzők ezek a jelzők, ugyanis rájuk 30-31%-ban nagyon jellemző, illetve jellemző.

Az engedékenység körülbelül ugyanolyan értékeket hoz mindkét szülőfélt nézve, az édesanyák 15%-ára nagyon jellemző, 27%-ára jellemző, 29%-ára közepesen jellemző, míg az édesapák 20%-ára nagyon jellemző, 27%-ára jellemző, 25%-ára közepesen jellemző.

A távolságtartó, hideg nevelési attitűd egyik nemre sem jellemző, viszont az eredmények alapján inkább az édesapákra vonatkozik, 22%-ra minimálisan jellemző, illetve 13%-ra közepesen jellemző, amíg az édesanyák 9%-ára minimálisan, illetve 5 %-ára jellemző közepesen.

4.3. Családon kívüli protektív tényezők

Ebben a kérdéscsoportban olyan tényezőket gyűjtöttem egybe, amelyeket a rezilienciával foglalkozó kutatások, mint protektív tényezőket jelenítenek meg. Ilyen többek között a vallásosság, a sikeresség (iskolában való elfogadottság, jó tanulmányi eredmény, pozitív megítélés), a gyermeket körülölelő védőháló (e kérdéscsoportnál elsősorban a családon kívüli személyek), pozitív önértékelés, bizalom és elégedettség.

Annak ellenére, hogy mindhárom iskolatípus (a gimnázium, a szakközépiskola és a szakiskola is) egyházi fenntartású, így elvileg feltételezhető lenne a vallásosság, a kérdőívben rákérdeztem **tanulók valláshoz való viszonyára** is. Az eredmény igen meglepő: a legtöbben (57%) *nem tartják magukat vallásosnak* egyáltalán, semmilyen módon. A tanulók 36%-a *a maga módján vallásosnak* vallotta magát. A legkevesebben (7%) jelezték azt, hogy az *egyház tanításai szerint vallásosak*.

Az iskola által adott értékelések a tanuló felé: az iskola értékelése alapján a tanulók 50%-a az átlagos teljesítményű diákok közé, valamint 39%-uk az átlagosnál jobb tanulmányi eredménnyel rendelkezik. A legjobbak közé a megkérdezett tanulók 5%-a sorolta be magát, illetve a rosszabb teljesítményűek közé 6% került, az iskola értékelése alapján. Az iskola által adott értékelés a tanuló

felé, illetve a tanuló tanulmányaival való elégedettsége között **gyenge korreláció** mutatható ki ($r=-0,47$; $p < 0,0001$)

A tanulók bizalmi kapcsolataira vonatkozóan, segítségkérésre vonatkozóan,

Kutatómunkám során, a kérdőívet kitöltő tanulók közül, a legtöbben 87 fő (53%) a szüleikhez fordulna súlyos válsághelyzetben. 48 fő (29%) erre a korosztályra jellemzően, tehát nem meglepő módon a barátaikhoz, kortársaitól kérne segítséget. A tanulók 11% testvérétől, illetve 8%-a más, egyéb ismerőstől kérne tanácsot, segítséget. Meglepő módon viszont, a tanulók 53%-ának nem lenne kihez fordulnia szükség esetén.

Ami a baráti együttlétek gyakoriságát, kortárs kapcsolatok ápolását illeti, az általam megkérdezett középiskolás tanulók 22%-a - az iskolai és sport tevékenységeken kívül! - minden nap találkozik barátaival, valamint 18%-uk csak hétvégén. Körülbelül azonos arányban mutatkoznak meg a további találkozások, hetente egyszer 11%; hetente kétszer 15%; hetente háromszor 10 %; illetve hetente négy alkalommal a tanulók 14%-a tölti szabadidejét a barátaival. A kimaradt 10 % viszont soha nem találkozik barátaival iskolai és sport tevékenységek kívül barátaival.

Az emberi kapcsolatokkal, magánélettel való elégedettség az alábbiak szerint alakult:

A tanuló a szülővel, való kapcsolattal: 4% elégedetlen, 4 % minimálisan elégedett, 18% közepesen elégedett, 36% elégedett, 38 % kifejezetten elégedett.

A tanuló a baráti kapcsolatokkal való elégedettsége: 1%elégedetlen, 5% minimálisan elégedett,10% közepesen elégedett, 37% elégedett, 46% kifejezetten elégedett.

A tanuló magánéletével való elégedettsége: 2% elégedetlen, 12% minimálisan elégedett, 24% közepesen elégedett, 36% elégedett, 26% kifejezetten elégedett.

A tanuló saját magával való elégedettsége: 9% elégedetlen, 18% minimálisan elégedett, 29% közepesen elégedett, 30% elégedett, 14% kifejezetten elégedett.

A tanuló iskolájával való elégedettsége: 5% elégedetlen, 9% minimálisan elégedett, 39% közepesen elégedett, 34% elégedett, 12% kifejezetten elégedett.

A tanuló anyagi helyzetével való elégedettsége: 8% elégedetlen, 15% minimálisan elégedett, 31% közepesen elégedett, 34% elégedett, 12% kifejezetten elégedett.

A tanuló tanulmányi eredményével való elégedettsége: 7% elégedetlen, 16% minimálisan elégedett, 41% közepesen elégedett, 26% elégedett, 9% kifejezetten elégedett. A tanuló elégedettsége illetve az iskola által adott értékelés között gyenge korreláció mutatható ki.

4.4. Kábítószer használati szokások

A kábítószerekkel kapcsolatos ismeretek felmérésére illetve azok fogyasztására irányuló kérdéseim között az első arra irányult, hogy **van-e a válaszadó ismeretségi körében olyan személy, aki droghasználó.** A kapott válaszok tükrében megállapítható, hogy 49%-nak van, 51%-nak pedig nincs olyan ismerőse, aki rendszeresen fogyaszt kábítószer. Természetesen arra is kíváncsi voltam, hogy **maga a megkérdezett használ-e kábítószer.** A mintámban szereplő 11. osztályos középiskolások 26%-a *kipróbált már valamilyen kábítószer*, 74% viszont még soha nem próbált ki eddig életében semmilyen kábítószer. A válaszokból az is kiderült, hogy *a 26% fele* (a teljes minta 13%-a) *rendszeres használó.*

Arra a kérdésre, hogy ha kipróbált már valamilyen kábítószer, esetleg használja, azt milyen gyakran teszi, és nevezze meg az adott szert, szereket, az alábbi válaszokat kaptam: ez a kérdés nyitott volt, így több válasz megadása volt lehetséges, és ezért alakultak így az arányok az előbbi kérdéshez képest, 45% soha nem próbált ki még semmilyen kábítószer. Ezt a számot azonban a marihuána fogyasztásának százalékbeli megmutatkozása követi, tehát azt az úgynevezett „kapudrogot” a diákok 16%-a legalább egyszer kipróbálta már, esetleg havi, heti rendszerességgel fogyasztja. A kitöltők 7%-a próbált már ki valaha életében valamilyen dizájn drog. Ezt követi az LSD, amit meglehetősen kevesen fogyasztottak idáig, mindössze a válaszadó tanulók 1,21%-a. A következőkben szeretném felsorolni

azokat a szereket, amelyeket csekély százalékban, (0,60% szerenként) válaszolták a diákok: kokain, Speed, methamfetamin, hallucinogén gomba, MDMA illetve ketamin, és szeretném hozzátenni, hogy ezeket a szereket mindenki kipróbálás szintjén fogyasztotta a kitöltők közül.



4. diagram

A kipróbált /fogyasztott kábítószer a vizsgált csoportban

A megkérdezett tanulók 16%-a **kipróbálna valamilyen kábítószer**t, ha hozzájutna, viszont a nagy többség, a válaszadók 84%-a akkor sem nyúlna kábítószerhez, ha adódna a lehetőség.

A tanulókat arról is megkérdeztem, hogy ha akarnának, **könnyen hozzá tudnának e jutni** bármilyen kábítószerhez. A többség(61%) könnyedén hozzá tudna jutni, tudná hol keresse, a diákok 39%-a azonban nem tudna hozzáférni semmilyen kábítószerhez. Tehát ebből az arányból is az látszik, hogy az általam megkérdezett korosztály fokozottan veszélyeztetett a drogfogyasztás szempontjából, a hozzáférhetőség miatt.

A tanulók kábítószerre vonatkozó ismereteit illetően:

a megkérdezett tanulók közül meglehetősen sokan (54%) nem rendelkeznek megfelelő információkkal a kábítószeresek fajtaí, hatásait illetően. A tanulók 15%-a pedig egyáltalán nem ismeri a kábítószeresek fajtaí. A felmérésből kiderült, hogy a diákok 26%-a rendelkezik elegendő ismerettel, továbbá csekély, a tanulók 5%-a ismeri a kábítószeresek fajtaí kellőképpen.

A tanulók által rangsorolt kábítószeres a szervezetre kifejtett káros hatások alapján:

a kapott válaszok meglehetősen eltérnek az általam várt eredményektől, ugyanis sok tanuló helytelenül rangsorolta a szereket, így rossz választ adtak.

A **marihuána** a tanulók csupán 22%-a szerint áll az első, legártalmatlanabb helyen, 15% pedig a második helyre sorolta. A tanulók 63%-a helytelen választ adva, egyéb helyekre sorolták. Ami az **amfetaminokat** illeti, a tanulók 17%-a 6. helyre sorolta, valamint 15% szerint a 4. helyen áll, illetve 15% szerint az 5. , valamint szintén 15% szerint a 7. helyen áll a rangsorban. A válaszadók 38%-a pedig az első helyre rangsorolta. Az **LSD** 23% szerint a rangsor 6. , illetve szintén 23% szerint a 8. helyen áll a rangsorban. Elszórtak a válaszok, hiszen az első helyre a tanulók 10%-a rangsorolta, valamint 10% szerint a 4. illetve 15% szerint az 5. helyen áll a rangsorban. A tanulók szerint a **kokain** már inkább a rangsor végén helyezkedik el, hiszen 27% szerint a legveszélyesebb szer. Továbbá 26% a 7. helyre sorolta. A többi tanuló (47%) elszórtan jelölte ezt a szert. Az általam megkérdezett tanulók közül a legtöbben (18%) a 6. helyre sorolták a **hasist**. A többi tanuló nagyon elszórtan helyezte el ezt a szert a rangsorban. A hasis a gyengébb szerekek közé tartozik, azonban az első helyekre mindössze összességében a tanulók 36%-a helyezte el. Továbbá 13% szerint az 5., valamint 16% szerint a 7., illetve szintén 16% a 8. helyre írta. A **heroint** helyesen a tanulók többsége (65%) a rangsor végére, a 7-8. helyre írta. Meglepő viszont az, hogy 10% az első helyre sorolta. Mindössze 25% írta összességében a 2., 3., 4., 5., illetve a 6. helyre. A **hígítót**, mint kábítószeret meglepő módon sokan, (43%) a 7. 8., helyre írták, tehát a legveszélyesebbnek ítélték meg. Viszont az első helyre 12% valamint a 2.-ra 10% írta, és gondolta úgy, hogy a legveszélytelenebb szerekek közé tartozik, helytelenül. A többi tanuló (33%) a

3. 4. illetve az 5. helyre sorolta. A **barbiturátokat** (nyugtató, altató, antidepresszáns) a diákok többsége (52%) helyesen az első három helyre írta. Azonban a 4. 5. 7. 8. helyen szereplő százalékok: 11%; 10%; 10%; 7%; 10% azt bizonyítják, hogy a diákok közel 50%-a (48%) helytelenül rangsorolta az efféle legális szereket.

Arra a kérdésre vonatkozóan, hogy a tanulók milyen dizájner drogokat ismernek, az alábbi válaszokat kaptam:

Több válasz megadása volt megengedett ennél a kérdésnél. Összesen: 237 választ kaptam az általam feltett kérdésre.

A tanulók 24%-a (58 fő) **nem ismer dizájner drogokat**, valamint a szó jelentését sem. A másik véglet azonban, elmondása szerint **mindegyik fajtáját ismeri**, viszont ez csekély, mindössze 0,84%-a (2fő) a válaszadóknak. Meglehetősen sokan, (36%) **helytelenül válaszoltak** erre a kérdésre, mert dizájner drogok helyett, a hagyományos kábítószereket sorolták föl. A tanulóktól összesen 90 helyes választ kaptam, az alábbiakat: a **JVH-018**, azaz utcai nevén herbál nevű szer a válaszok 8%-át teszi ki, valamint a **GHB** (Gina) a válaszok 10%-át, ami a többi válaszhoz képest kimagaslóan magas százalékot jelent. A tanulók által ismert **Mefedron** származék, utcai nevén kati, 11% -ban van jelen a válaszokban. A **dezomorfint** más néven Permonidot ismertebb nevén krokodilt a válaszadók 5%-a ismeri. Az alábbi kábítószer egyenként nem éri el az egy százalékot sem, tehát a tanulók nagyon kevés százaléka ismeri őket: **Vertigo**: 0,42%. **ICE**:0,42%; különböző „bogyók”, tabletták: 0,24%; **For-mac**: 0,42%; **Metilon**:0,84%; **Penta**: 0,84%, **PB-22**:0,42%; **Metoxetamin**: 0,42%.

A kábítószer fogyasztás okainak rangsorára vonatkozóan:

Az általam megkérdezett diákok közül a legtöbben (30%) úgy gondolják, hogy a rossz családi háttér a kábítószer fogyasztás kialakulásáért felelős tényező elsősorban. A rangsorban a 2. helyen helyezték el a diákok 25%-a a sikertelenséget, valamint szintén 25% a kortársak hatását. A harmadik helyen a diákok által felállított rangsorban, legnagyobb százalékban (30%) a sikertelenség,

majd az anyagi jólét (27%) áll. A tanulók 23%-a szerint a kortársak hatását, illetve a kíváncsiságot helyezné a 4. helyre. A tanulók 20%-a a kortársak hatását, 18%-a az anyagi jólétet rangsorolta az 5. helyre.

A szerhasználatra vonatkozó problémákat illetően, a diákok 28%-a a hozzászokástól való félelmet, 36%-a a az egészségkárosodástól való félelmet, 9%-a az anyagi vonzatait, 7%-a a lebukástól való félelmet, illetve 21%-a a lelkiismeret furdalást adta válaszul.

A diákok drogokkal kapcsolatos információinak forrását illetően, 14% szüleitől, 4% testvéreitől, 36% kortársaktól, 16% tanároktól, 10% orvostól, 20% a védőnőtől jutott információkhoz.

5. AZ EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSE

5.1 A nem, mint protektív tényező

Feltételeztem, hogy a lányok körében csekélyebb a kábítószer fogyasztás aránya, tehát a nem, ez esetben a női nem védettséget jelent. A kérdőívet kitöltő diákok között (összesen 164 fő) közel egyenlő arányban oszlanak meg a nemek, 80 fiú illetve 84 lány. Az összes diák közül 42 fő használt már életében valamilyen kábítószer, illetve ennek közel 50%-a rendszeresen fogyaszt valamilyen kábítószer. Közülük 12 lány (29%) valamint 30 fiú (71%). A lányok közül 8 fő (67%) gimnazista, 4 (33%) fő szakközépiskolás.

Az eredmények alapján a feltételezésem igaznak bizonyult, ugyanis a lányok védettebbek drogfogyasztás szempontjából. **Szignifikáns különbség** tapasztalható a fiúk és a lányok kábítószer fogyasztása között ($p < 0,0001$)

5.2 A vallás, mint protektív tényező

Feltételeztem, hogy akik vallásosnak tartják magukat bármilyen módon, azok védettebbek a droghasználatot illetően. A 42 kábítószer fogyasztó tanuló közül a többség 32 fő (76%) egyáltalán nem tartja magát vallásosnak, illetve a maga módján vallásosnak mindössze 9 fő (22%) tartja magát, valamint az egyház tanításai szerint csupán 1 fő (2%) él. Hangsúlyozni szeretném, hogy egyházi iskolákról van szó. A lányok közül 41 (49%) fő valamilyen módon vallásosnak tarja magát, és ebből 6 fő (15%) fogyasztott már életében valamilyen szert. Az eredmények alapján a feltételezés igazolódott, hiszen a drogot fogyasztó tanulók között nagyon csekély számban jelennek meg a vallásosság jegyei, így a vallásosság protektív tényezőnek mondható.

5.3 A szélsőséges nevelési attitűd rizikótényező a drogfogyasztás kialakulásában

Feltételeztem, hogy a szélsőséges nevelési attitűdök elősegítik a gyermek kábítószer fogyasztását, illetve a szer kipróbálását valamint a kockázatkereső magatartás kialakulásában is szerepet játszik. A 42 szerfogyasztó tanuló közül a tanulók szubjektív megítélése alapján 8 főnek (19%) átlagos kapcsolata van a szüleivel, 30 főnek (71%) jó kapcsolata, illetve 4 (10%) főnek rossz kapcsolata van szüleivel. A fent említett tanulók többsége 23 fő (55%) szeret otthon lenni, illetve 19 fő (45%) nem szeret otthon lenni. A kábítószer fogyasztó tanulók szüleit érintő kérdések elemzése során, a nevelési attitűdre vonatkozó kérdés elemzése során a szülők többsége (24 tanuló szülei) 57% meleg engedékeny nevelési stratégiát, illetve 6 fő (14%) szülei hideg-korlátozó attitűdöt alkalmaz gyermekeinél. Meleg-korlátozó nevelési módot is jeleztek a diákok (29%). Ezekből az eredményekből arra következtetnek, hogy a szélsőséges nevelési attitűdök láthatóan többségben vannak 71% (30 fő) ezeknél a tanulóknál, így meghatározóak a drogfogyasztást nézve.

Lényegében nincs összefüggés a szülővel való kapcsolat és a kábítószer fogyasztás között ($r=0,15$). A tanuló szüleivel való elégedettsége között és a kábítószer használat között nincs szignifikáns különbség ($r=0,09$). Viszont korreláció van ($r=0,74$) a között hogy szubjektíven milyennek ítélik a kapcsolatukat szüleivel, valamint azzal, hogy mennyire elégedettek szüleikkel. Gyenge összefüggés van a között, hogy milyen az édesanyjával való viszonya a tanulónak, illetve hogy kihez fordulna, ha szüksége lenne rá ($r=0,39$). Lényegében nincs összefüggés ($r=0,12$) a között hogy milyen a tanuló édesapjával való viszonya, illetve hogy kihez fordulna, ha szüksége lenne rá.

5.4 A tanuló saját életével való elégedettsége, mint protektív tényező

Feltételeztem, hogy a tanuló saját életével való elégedettsége befolyásolja azt, hogy fogyaszt e kábítószer. Ezt a kérdést több szempontból vizsgáltam:

	Jó	Rossz
Szülőkkel való kapcsolat	31fő	11fő
Baráti kapcsolatok	36fő	6fő
Magánélet	25fő	17fő
Saját maga	20fő	22fő
Anyagi helyzet	22fő	20fő
Tanulmányi eredmény	13fő	29fő
Iskola	16fő	26fő

1. Táblázat

A tanulók elégedettsége

A kapott eredmények alapján, az élettel való elégedettség befolyásolja a drogfogyasztás kialakulását, és az eredményekből kiderül, hogy a drogot fogyasztó tanulók közül a legtöbben a tanulmányi eredményeivel elégedetlenek, illetve az iskolájukkal, valamint még sokan, (22fő) 52% saját magával elégedetlen.

5.5 A kábítószeres káros hatásairól való tudás, mint protektív tényező

A kábítószeres fogyasztó tanulók közül szubjektív megítélés alapján 20-an (48%) elegendően, 15-en (36%) felszínesen, illetve 7-en (16%) nagyon ismerik a kábítószeres fajtaikat. A kábítószeres káros hatásai szerinti ragsorát nézve, a helyes válaszok aránya jóval több, mint a helyteleneké. A drogot fogyasztó tanulók közül 31 (74%) helyes választ, illetve mindössze 11 (26%) helytelen választ adtak a tanulók. Így ezt a feltételezésemet elvetem, ugyanis a kábítószeresekről szerzett ismeret nem jelent védettséget. A kábítószeres nem használók közül (122fő) 73-an (61%) felszínesen ismeri a kábítószeres fajtaikat, elegendően 20 fő (16%); illetve 24 fő (21%) egyáltalán nem ismeri a kábítószeres fajtaikat. Csekély, mindössze 2 % (2 fő) ismeri kellőképpen a kábítószeres fajtaikat.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

A leírtak alapján megállapíthatjuk, hogy *számos tényező befolyással van a kábítószer fogyasztás kialakulására*, köztük a család érzelmi légköre, az egyén neme, valláshoz való viszonya, valamint a szülők nevelési attitűdje. A feltevésem, miszerint a *nem* lehet protektív tényező, beigazolódott, ugyan is a lányok körében ritkábban fordult elő szerhasználat, mint a fiúknál. A *vallásosság* szintén protektív tényezőnek bizonyult, mert azok körében, akik valamilyen módon vallásosnak tartják magukat, ritkábban fordul elő kábítószer fogyasztás. A *szélsőséges nevelési attitűdök* nagyban befolyásolják a kábítószeres kialakulásának lehetőségét. A meleg-engedékeny és a hideg-korlátozó nevelési stílus a legkritikusabb abból a szempontból, hogy a serdülők számára nem a megfelelő határokat szabják meg a szülők. A kábítószer fogyasztás kialakulását, illetve a kipróbálás esélyét növeli és befolyásolja *a kamasz saját életével való elégedettsége*, amit több szinten vizsgáltam. A mintából kiderült, hogy a kábítószeres fogyasztó tanulók leginkább saját magukkal, a tanulmányi eredményükkel, az anyagi helyzetükkel, illetve az iskolájukkal a legelégedetlenebbek, és ez összefüggésbe hozható a drog fogyasztással. Az a feltételezésem, hogy *aki a kábítószeres káros hatásairól megfelelően tájékozott*, az védett a fogyasztással szemben, nem igazolódott be, ugyanis azok a diákok, akik fogyasztanak rendszeresen kábítószeres, vagy csak kipróbálták azt, nagy számban rendelkeznek megfelelő információval a kábítószeresekről illetően.

Tehát az általam végzett kutatás eredményei egyértelműen azt mutatják, hogy szükség van a középiskolákban a prevencióra. A védőnő - az alapellátás egyik tagjaként - a preventív munkában fontos helyet tölt be, és úgy gondolom, hogy a kábítószer fogyasztás megelőzését illetően sokat tehet a felnövekvő generációkért. *Az iskola-egészségügyi szakmai gyakorlatom során a gyakorlatvezető védőnő munkája nekem és minden kollégámnak példaértékű lehet. A prevenció szempontjából pontos információkat tartalmazó előadásokat tartott, illetve a figyelmet fenntartó kommunikációs technikákat alkalmazta. Ahhoz, hogy az*

iskolákban jól működjön a prevenció, elengedhetetlenek a szakmailag pontos, érdeklődő, megfelelően képzett szakemberek.

7.IRODALOMJEGYZÉK

Bagdy Emőke: Családi szocializáció és személyiségzavarok; Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2004.

Barsy Boglárka: Stresszorok hatásának vizsgálata szorongásos kórképek és morfinfüggőség kialakulására kísérleti állatmodelleken; Doktori (Ph.D.) Értekezés Semmelweis Egyetem Szentágotthai János Idegtudományi Doktori Iskola, Budapest, 2011.

Csikszentmihályi Mihály: Flow - Az áramlat A tökéletes élmény pszichológiája; Akadémiai Kiadó, Budapest, 2010.

Demetrovics Zsolt: Drogfogyasztás a mai Magyarországon; In: Biopolitika – drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről. Bíró Judit (szerk.) L'harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest, 2006.

Elekes Zsuzsa–Paksi Borbála: Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon. ISMertető 8. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest, 2000.

Felvinczi Katalin: A család szerepe a drogprevencióban; In: Biopolitika – drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről. Bíró Judit (szerk.) L'harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest, 2006.

Pikó Bettina: A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései. In: Biopolitika – drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről. Bíró Judit (szerk.) L'harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest, 2006.

Paksi Borbála – Demetrovics Zsolt – Czakó Ágnes: Az iskolai drogprevenciós programok értékelése – 2001. In: Biopolitika – drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről. Bíró Judit (szerk.) L'harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest, 2006.

Szabóné Kármán Judit: családgondozás-krízisprevenció; Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2004.

Ranschburg Jenő - Popper Péter - Vekerdy Tamás Sorsdöntő találkozások: szülők és gyermekek; Saxum Kiadó, Budapest, 2005.

Rác József : A drogkérdésről őszintén; Lap- és könyvkiadó Kft., Budapest, 2005.

Internetes szakmai anyagok

- <http://www.budaipszichologus.hu/szenvedelybetegsegek.htm>, 2014. február
- <http://www.academia.edu/1461248/Addiktologia>
- http://psycho.unideb.hu/munkatarsak/sztancsik_veronika/targyak/BEV_8.ea_addiktologia.sztancsik_veronika.pdf
- www.elettanmsc.pminfonet.com
- www.drog-stop.hu
- www.kamaszszerviz.hu
- www.oefi.hu/szerhasznalat_2006_1 2014.04.09
- mek.oszk.hu/03400/03477/pdf/7_drog.pdf 2014.04.09
- <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b275.pdf> 2014.04.09
- <http://addictus.blog.hu/kep/761305/page46> 2014.01.07.
- <http://www.jogiforum.hu/hirek/19510> 2014.01.07
- www.esely.org 2014.01.29
- www.gardonyi-eger.hu, 2014.01.29
- http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/drd_ews_zacherg_toxi.pdf 2014.04.10.

Egyéb hivatkozások

- 66/2012 (IV.2) Kormányrendelet
- DSM-IV
- BNO-10-05

8. MELLÉKLETEK

8.1. 1.számú melléklet: *Designer drogok a toxikológus szemével Zacher Gábor ppt*

8.2. 2. számú melléklet: *engedélyek, kérelmek*

8.3. 3.számú melléklet: *kérdőív*