



A gyermekvédelem peremén

Negatív életesemények hatása a kamaszok és fiatalok egészségkárosító magatartására

HÜSE LAJOS* – HUSZTI ÉVA* – TAKÁCS PÉTER*

* Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar,
Andorka Rudolf Társadalomtudományi Kutatócsoport

ABSZTRAKT

A tanulmány a gyermekeket és fiatalokat érő negatív életesemények rizikómagatartására gyakorolt hatását vizsgálja. A „Magyar ifjúság 2012” kutatás adatbázisán végzett számítások arra utalnak, hogy a negatív életesemények erős prediktorai a legkülönbözőbb kockázati magatartásoknak, mint az alkohol- és drogfogyasztás, vagy az öngyilkosság. Az adatok arra utalnak, hogy azok, akik több és súlyosabb negatív életeseményt éltek át, nagyobb valószínűséggel térnek el a felnőtt társadalom által közvetített normáktól, mint azok, akiknek az élettörténete kevésbé megterhelő. Ezeket az eredményeket gyermekvédelmi kontextusba helyezve a tanulmány egyszerre hívja fel a figyelmet arra, hogy a hazai gyermekvédelem nem foglalkozik egyenlő mértékben a tagolt társadalom minden csoportjával – holott a veszélyeztetettség előfordulási gyakorisága alapján kellene –, valamint arra, hogy a nagymintás szociológiai kutatások tudományos értékükön túl szakmai, gyakorlati értéket is hordoznak. Ennek alátámasztására a jól ismert Holmes–Rahe-skála kérdéseiből a szerzők újraalkottak egy explorációs eszközt (Redukált Életesemények Skála, RÉŠ). A Redukált Életesemény Skála (vagy akár az eredeti Holmes–Rahe-rendszer) alkalmazása lehetőséget ad a szakember számára, hogy nagyobb figyelmet fordíthasson a vizsgált kérdésekre a szolgáltatástervezés, a prevenció és az esetkezelés során. A mérőeszköz kulcsot adhat a szűkös erőforrások célzottabb felhasználására.

KULCSSZAVAK: fiatalok, negatív életesemények, rizikómagatartás, iskolai szociális munka

ABSTRACT

On the margin of child protection

Negative life events impact on the adolescents and youth health behavior

The paper studies how negative life events affect risk behaviour of children and young people. Calculations on the database of the ‘Hungarian youth 2012’ research suggest that negative life events are strong predictors of different types of risk behaviour like alcohol, drug abuse and suicide. According to the data people who have experienced several and more serious negative life



events, more likely refuse and turn away from the norms of the adult society than those whose life proves to be less stressful. To place these results into child protection context, the study calls attention to the fact that the Hungarian child protection system does not treat each group in the fragmented society equally, although, on the basis of the incidence of threat it should. Another important message of this paper is to highlight that in addition to scientific values large-scale sociological research studies have professional and practical values as well. To support it, from the questions of the well-known Holmes-Rahe scale the authors re-developed an exploration scale (Reduced Life Events Scale). The application of the Reduced Life Event Scale (or the original Holmes-Rahe scale) allows experts to focus more on the studied issues in the process of planning services, prevention and case work. The tool might propose solutions to use the insufficient resources in a more targeted way.

KEYWORDS: youth, negative life events, risk behaviour, school social work

Bevezetés

A gyermekvédelem-gyermekjóléti szakma fórumain elhangzó diskusziók és az írott szakmai források többnyire azt a képet vázolják az érdeklődő elé, miszerint a jogszabály által *veszélyeztetettnek* definiált gyermekek javarészt azonosak a *marginalizált* gyermekekkel. A dolog logikus: többségében a társadalmi peremhelyzetben élő családok nem képesek biztosítani azokat a fizikai és szellemi körülményeket, amelyek hozzájárulnának a gyermekek megfelelő testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez¹. A kirekesztettség és a nyomor által egyre növekvő mennyiségben kitermelt esetek valósággal bedugítják az ellátórendszer mindkét szintjét, ahol a túlterhelt szakemberek alapvetően eszköztelenek a társadalom mély, strukturális problémáiból fakadó nyomorral szemben, és megfelelő mennyiségű szolgáltatási és ellátási kapacitás, illetve férőhely sem áll rendelkezésre (Gál 2015, Lux 2013).

A gyermekvédelmi problémák tömegesedésével párhuzamosan lezajlott egy másik folyamat is, amelyet *lappangó jogfosztottságnak* nevezhetnénk. A gyermekvédelem látókörébe kerülő családok jellemzően a szegénység külsődleges jegeit hordozzák magukon (Ambrus 2000), érzelmeik hevesek és fékezhetetlennek tűnnek (Gönczöl 1991, Menyhért 2014) a szegénység nyelvi szakadéka választja el őket a többségi társadalomtól (Weisleder és Fernald 2013), illetve a társadalmat és az államot képviselő szakemberektől. Mivel ezek a jellegzetességek messze esnek az elfogadott normáktól, a szakemberek könnyen esnek a sztereotípiák csapdájába, és a normák által kijelölt szintet el nem érőkre úgy tekinthetnek, mint akik nem képesek más szinteket sem elérni (pl. elég jó szülővé válni), és ettől kezdve könnyen úgy kezelhetik őket, mint akik nem egyenrangúak a többi szülővel. A szakmai kudarcok sorozata fokozhatja ennek a folyamatnak az intenzitását. Ha a szegénység etnikai különbözőséggel is együtt jár, a hatás rendkívül szelektív hozzáállást eredményezhet (Hüse 2008).

¹ 1997. évi XXXI. tv. 5.§. g) pontja.



A szegénység szubkultúrája eltünteti az intimitást. A magánélet átjárhatóvá válik, úgy a szomszédok, mint a hatóságok és segítő szakemberek számára. A *transzparenciát* tovább növeli a szegénység szubkultúrájából fakadó beletörődés, a tanult tehetetlenség (Rabow, Berkman és Kessler 1983), amely utólagos rendszerigazolása (Hunyady 2003) lesz annak, hogy a túlterhelt szakember miért kezelte csökkent értékűként a szülőket. Az igazolás szerint azért, mert a professzionális támogatás ellenére sem változtatnak – illetve később –, mert nem akarnak változtatni.

Eddigi tapasztalataink szerint a marginalizált családok sokaságához képest lényegesebben kevesebb középosztálybeli család kerül a gyermekvédelem fókuszába, ha pedig csak a szakellátásra fókuszálunk, akkor a marginalizált rétegek felülreprezentáltsága végetes (Darvas és mtsai 2016). A nem-marginalizált családok többsége konfliktusos válásból és rendezetlen kapcsolattartásból, elenyésző kisebbségük bántalmazásból kifolyólag kerül a szakemberek látókörébe. A velük való munkát az alapellátás középosztálybeli háttérrel rendelkező szakemberei *rendkívül nehéznek írják le, többnyire azért, mert hiányzik a megszokott transzparencia, és hiányzik a tanult tehetetlenség, amely hiányában a családok részéről nagyobb az ellenállás a beavatkozással szemben.*

Bár nincs rá bizonyítékunk, de erős a sejtésünk, hogy a transzparencia hiánya, az erősebb ellenállás, és a *kultúra-azonosság* okozta kognitív disszonancia (Festinger 2000) – „olyanok mint mi, nem avatkozhatom be az életükbe” – miatt a gyermekvédelem alapellátása számára a középosztály családjai és gyermekei bizonyos értelemben hátrányt szenvednek. Ők azok, akiknek a szükségleteire a rendszer nem, vagy nem jól reagál, akikkel kapcsolatban nincsenek rutinkok, eljárások – részleges kivételt képez ez alól a válás okozta veszélyeztetettség, ahol az eljárások és beavatkozások legalább a nagyobb városokban rendelkezésre állnak (kapcsolattartási ügyelet, mediáció).

A tanulmányban egy kifejezetten jól ismert, bár mértékét tekintve valószínűleg alulbecsült jelenségre hívjuk fel a figyelmet. A jelenség – a fiatalok egészséget veszélyeztető magatartása – a hazai szakirodalomban az ifjúságkutatásokból ismerhető meg, a gyermekvédelem szakirodalma nem, vagy csak érintőlegesen tárgyalja. A mértéktelen alkoholfogyasztásba, vagy más önvészélyeztető magatartás gyakorlásába bevonódott fiatalokkal kapcsolatban a ritka és időleges helyi próbálkozásokon kívül nincsenek szakmai protokollok, elérésük megoldatlan, a beavatkozás valószínűsége minimális. Azt sajnos nem tudjuk felvállalni, hogy ezekre a hiányosságokra egyetlen tanulmány keretein belül teljes körűen kitérünk, de az országos adatok elemzésére támaszkodva viszonylag egyértelmű képet tudunk adni a problémáról. Rámutatunk arra, hogy a sejtett összefüggések adatokkal is igazolhatók a tinédzserrek és a fiatal felnőttek rizikómagatartása, valamint az őket ért megterhelő élethelyzetek között. Végül bemutatunk egy egyszerű módszert, amelynek segítségével a helyi szakemberek feltárhatják a tárgyalt jelenség elterjedtségét, hogy a kapott, reális adatokra alapozva tudjanak reagálni – a jelzőrendszeri együttműködés erősítésével, helyi stratégiák kidolgozásával, prevenciók aktivitással.



A fiatalok rizikómagatartása

A rizikómagatartás – vagy kockázati magatartás – olyan magatartásminták sorozata, amelyek intenzitásuk és/vagy tartósságuk következtében egészségi kockázatot hordoznak magukban. A rizikómagatartást gyakran állítják az egészségmagatartás fogalmával szembe, mint annak negatív, káros alternatíváját. Az egyéni rizikómagatartás megjelenése általában nem előzmény nélküli, erősen hatnak rá a szocializáció körülményei és tartalma, az egyén pszichoszociális védettségének hiánya, vagy, igen gyakran a környezetben tapasztalt – vagy vélt –, csábító egészségkárosító magatartásminták. A kortársak mintaadó szerepe kifejezetten nagy, különösen abban az életkorban, amelyben a serdülő eltávolodik a szülőktől. A kortárs csoportban keletkező hatások intenzívek, és időben hosszán hatnak – hiszen a fiatalok idejük jelentős részét ezekben a csoportokban töltik –, így a bensőséges szülő-gyermek kapcsolat esetén is erősen befolyásolják a serdülők magatartását (Scharf, Maysesless, & Kivenson – Baron 2004).

Hazánkban az 1989-es politikai, gazdasági és társadalmi rendszerváltozás a jelenkor fiataljainak életmódját, életminőségét is nagymértékben determinálja. A témával foglalkozó szerzők közül többen is amellettt érvelnek, hogy ez a sajátos poszt-szocialista helyzet olyan jelentős strukturális tényező, mely dominánsan határozza meg és befolyásolja a fiatalok életstílusát, döntéseit, függetlenül a felnőtté válástól eltérő értékpreferenciáiktól, vagy kulturális identitásuktól (Gábor 2004, Pikó 2005, Laki 2006).

A társadalmi változások a fiatalokat növekvő kihívások elé állítják. Fokozódó versenyhelyzetben és megváltozott szocializációs viszonyok közepette zajlik az ifjúság önállósodása, mellyel együtt, akár ugyanilyen erőteljes gazdasági kényszerek (pl. a továbbtanulás ára) kötik még mindig a szülői családhoz őket. Ezek a változások jelentősen megnövelik a fiatalok veszélyeztetettségét, mely megmutatkozik a terjedő dohányzásban, alkohol- és drogfogyasztásban (Gábor 2004, Huszti, Hüse és Koltai 2008).

A fiatalok rizikómagatartását vizsgálva nem hagyhatjuk figyelmen kívül a családot sem, mint azt az elsődleges közeget, mely leginkább meghatározza a fiatalok szocializációját, életét. A fiatalok kisebb-nagyobb, stabilabb vagy kevésbé stabil, óvó-védelmező vagy esetleg elhanyagoló, odafigyelő és inspiráló, biztonságot nyújtó vagy problémákkal terhelt családokban élnek. A fentebb említett társadalmi, gazdasági folyamatok nem hagyták érintetlenül a felnőttek életét, így a családok mindennapjait sem. A család szerkezete, összetétele, a család által ellátott (vagy kevésbé ellátott) funkciók, a családon belül kialakuló szerepek, és az ezekben végbemenő változások jelentősen hatnak a család minden tagjának, így a gyerekeknek, fiataloknak a későbbi életminőségére is. Szinte természetes, hogy egy családtag betegsége, esetleg elhalálozása, a válás, vagy éppen egy új kapcsolat kialakulása, a tartós munkanélküliség és az ezzel kialakuló anyagi problémák, az állandó családi konfliktusok, veszekedések mind-mind tapintható lenyomatot hagynak a család tagjain. Ezen



„lenyomatok”, azaz a negatív életesemények hatásának becslésére Adolf Meyer (Lief 1948) vállalkozott először.

A tudományos – szociológiai és klinikai – eredmények ismeretében kijelenthető, hogy minél korábban éli át ezeket az egyén, annál nagyobb az a teher, amit cipelnie és megoldani kell, vagy kellene. Mayer (2008) több szerző munkájára hivatkozva többek között megállapítja, hogy az abúzus, a hétéves kor alatt átélt alacsony szülői szocio-ökonómiai státusz, a válás vagy a szeparáció és háromnál többszöri költözés növeli a serdülőkori depresszió élettartam-rizikóját, míg a szülők válása, a többszöri költözés, illetve a barátok alacsony száma fokozza a depresszió mind korábbi kialakulásának a kockázatát. Leszögezi továbbá, hogy „a depressziós gyermekek – nemzetközi vizsgálatok eredményeihez hasonlóan – lényegesen több életeseményt élnek át, mint nem depressziós társaik. Vizsgálatunk egyik legfontosabb eredménye szerint már nagyon gyorsan, alacsony életkorban felhalmozódik az életesemény-szám, ami 'beindíthatja' a depresszió betegség kialakulását. Az életkori kölcsönhatások az első tíz életév életeseményeinek kiemelt fontosságára hívják fel a figyelmet a gyermekkorai depresszió hátterében” (Mayer 2008: 68–69).

Korábbi vizsgálódásaink alapján megállapítottuk, hogy a fiatalok társas kapcsolatai képesek modellezni azt, hogy a különböző megoldási stratégiákból melyek erősödnek fel. A társas kapcsolatok közül a három legfontosabb (család, kortárskapcsolatok, iskola) oly módon hat a személyiségfejlődésre, amely a későbbiekben már csak nehezen módosítható (Husztai, Hüse és Koltai 2008).

Az egészségpszichológiai vizsgálatok a család szerepét a következő attitűdök kialakítása (vagy hiánya) esetében hangsúlyozzák: 1) jövőorientáltság; 2) kompetens viselkedés; 3) az élettel való elégedettség; 4) a társas összehasonlítás; és 5) az ellenséges beállítódás (hostilitás). A felsoroltak erős összefüggést mutatnak a serdülők rizikómagatartásával, legyen szó dohányzásról, különböző tudatmódosító szerek fogyasztásáról, szexuális magatartásról, vagy akár a közlekedési morálról (Pikó 2002).

Amennyiben a negatív életesemények rizikómagatartásra gyakorolt, növekvő kockázatot, esélyeket jelentő hatását vizsgáljuk, mindenképpen ki kell térnünk a szívósság és a reziliencia jelenségére. A szívósságot egyéni pszichológiai vonásnak (pszichológiai stílusnak) tekintik, amely három elemből tevődik össze: elkötelezettség, kontroll és a kihívásra adott válasz. A szívósság kapcsolatban áll a jó egészséggel, a jó teljesítménnyel, a magas stressztűrő képességgel, és a rezilienciával. Ez utóbbi olyan individuális működésmódra utal, amely előrejelzi a sikeres megküzdési módok és stratégiák alkalmazását a kedvezőtlen körülmények ellenére is (Salehi Nezhad és Besharat 2010).

A szívósságot és a rezilienciát minden esetben érdemes figyelembe venni, amikor a serdülők rizikómagatartásának gyakoriságáról, mintázatáról beszélünk, vagy amikor olyan háttérváltozókat tanulmányozunk, amelyek növelik a rizikómagatartás gyakoriságának kockázatát. Ezzel ugyanis egy olyan csoportra irányítjuk a figyelmet, amelynek kockázatait ugyan valamilyen életesemény, vagy hatás (pl. a kortárscsos-



porté) növeli, azonban személyes beállítódásai és készségei ezt a kockázatot sikeresen csökkentik.

A magyar fiatalok egészségmagatartását több nemzetközi és hazai vizsgálat is kutatja évről évre (pl. ESPAD, HBSC, Magyar Ifjúság). A Magyar Ifjúság 2012-es kutatás kérdőívét és módszertanát adaptálva, 2015-ben Nyíregyházán is elkészült egy városi ifjúsághoz tartozó kutatás (Huszi Takács és Hüse 2016), melyben többek között a fiatalok (15–29 évesek) kockázati, vagy rizikómagatartását is tanulmányoztuk. A vonatkozó eredmények alapján – a pszichoszociális rizikófaktorokat vizsgálva – beazonosítottunk egy magas rizikójú élethelyzetben lévő csoportot, melybe a nyíregyházi minta egy jelentős része besorolható. A *magas rizikójú élethelyzetben* lévő egyének – akik három, vagy több negatív életeseményt éltek át – a középiskolások 26,3%-át, a fiatal felnőttek 21,9%-át tették ki a nyíregyházi mintában. Más szemszögből ők adták a fiúk-férfiak 25,0 és a lányok-nők 23,5%-át (Hüse 2016).

Jessor (1993) rizikó/protéktív magatartás modellje szerint az egyén egészségmagatartására különböző dolgok hatnak, úgymint biológiai modellek, társadalmi, illetve társas viselkedési modellek, továbbá személyiségbeli elemek.

Ennek kapcsán, mintegy háttértényezőként kezdtük el vizsgálni azokat a negatív életeseményeket, melyeket a megkérdezettek 14 éves korukig megélték. Az országos eredményeket feldolgozó tanulmányok alapján ugyanis elmondható, hogy a megélt negatív életesemények és a kockázati vagy rizikómagatartás kialakulása között szoros kapcsolat áll fenn: az átélt negatív események növelik a kockázati magatartásformák kialakulásának valószínűségét (Székely, Susánszky és Ádám 2013). A kockázati magatartás fogalma alatt, akárcsak a hivatkozott szerzők, mi is azokat a magatartásformákat értjük, melyek károsítják az egyén egészségi állapotát. Ide soroljuk tehát a következőket: dohányzás, alkoholfogyasztás, drogfogyasztás, öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok, suicid kísérletek.

Ahogy az országos adatfelvételtől is jól látszik, bizonyos életesemények erőteljes hatással vannak az egyén érzelmi jólétére, illetve szorongás és stressz forrásai lehetnek. A serdülők esetében hatványozott lehet a hatásuk, hiszen egy kialakulóban lévő személyiséget érintő negatív történésekre az érintett szenzitíven, magas fokú érzékenységgel reagál (Hüse 2016). A szülők korai elvesztése például komoly veszélyeztető tényező a dohányzás szempontjából, továbbá a fiatal lányok esetében az öngyilkossági kockázat drasztikusan növekszik. A szülők válása és az ezzel járó bizonytalanság növeli mindenféle rizikómagatartás kialakulásának esélyét kortól és nemtől függetlenül. A szülők alkoholizáló életmódja leginkább a drogfogyasztás esélyhányadosát növeli, de hatással van az alkoholfogyasztás és az öngyilkossági kísérletek alakulásának valószínűségére is. Az anyagi gondok, a tartós munkanélküliség a családban szintén súlyos és negatív hatással vannak a fiatalok egészségmagatartásának alakulására. Az otthon, a családban előforduló gyakori, erőszakos, durva veszekedések ugyancsak felerősítik a drogfogyasztó magatartás kialakulását és növelik az öngyilkossági kísérlet előfordulásának valószínűségét (Székely, Susánszky és Ádám 2013).



Jelen tanulmányban azzal foglalkozunk, hogy azok a súlyos negatív történések, melyeket a fiatalok 14 éves koruk előtt tapasztaltak meg, milyen hatást gyakorolhatnak az egészség-, illetve rizikómagatartásra. Feltevésünk szerint a nagy hatású életesemények megélése kimutatható módon növeli fiatal korban a droghasználat és az öngyilkosság kockázatát.

Anyag és módszer

A negatív életesemények rizikómagatartásra irányuló, kumulatív hatásának becslésére irányuló elemzésünket a „Magyar ifjúság 2012” kutatás (Székely 2013) adatbázisán folytattuk le. Ez a kutatás sorozatban a negyedik nagymintás, reprezentatív hazai ifjúságkutatás a maga nemében egyedülálló adatbázissal, amelyet a 15–29 évesekre reprezentatív mintán, 8000 főre kiterjedően folytattak le. Jelen elemzés során a kérdőív negatív életeseményekre, valamint a rizikómagatartásra vonatkozó kéréseire koncentráltunk.

A fentebb említett, a negatív életesemények hatását firtató elméletek és kutatások sorából hatásában és ismertségében kiemelkedik Holmes és Rahe (1967) mérőeszköze, a Social Readjustment Rating Scale (SRRS, utóbb elterjedt nevén Holmes-Rahe Life Stress Inventory). Ez egy 43 megterhelő életeseményt tartalmazó lista, amely eltérő mértékben, 11 és 100 pont között pontozza az egyes életeseményeket annak megfelelően, hogy a klinikai vizsgálatok tapasztalatai alapján azok mennyire terhelik meg az egyént, milyen fokú stresszt okoznak. A skála összesített pontszáma alapján az egyén három kategóriába sorolható:

0–150 pont – alacsony mértékű stresszt átélő személy;

150–300 pont – közepes mértékű stresszt átélő személy (a stresszel összefüggő betegségek kialakulásának valószínűsége 50% körüli);

300 pont felett – nagymértékű stresszt átélő személy (a stresszel összefüggő betegségek kialakulásának valószínűsége 80% körüli).

A skálának létezik egy gyerekekre és fiatalokra (subadults) alkalmazható, 37 itemet tartalmazó változata is, melynek részleges alkalmazásával készült el a „Magyar ifjúság 2012” kutatás élethelyzetekre vonatkozó blokkja, mégpedig oly módon, hogy az eredeti lista súlyosabb (nagyobb pontszámmal rendelkező) elemeiből beválogattak nyolcat, illetve kiegészítették további négy, az eredeti skálában nem szereplő életeseménnyel (lásd: 1. táblázat). Az eredeti skálától eltérően, a hazai kutatók csak az esemény előfordulását mérték, a Holmes és Rahe által kidolgozott, súlyosságot megjelenítő pontrendszert nem alkalmazták.

Elemzésünkben két lépésben alakítottuk ki a „Magyar ifjúság 2012” adatain alapuló kutatói adatbázisunkat. Az első lépés során szakértőket felkérve (N = 23), szakértői besorolást alkalmazva becslést adtunk a négy „új” életesemény (item) súlyosságát kifejező pontértékére. A szakértők egy részről a családgondozásban tapasztalatot szerzett szociális és pszichológus szakemberek, másrészt a gyer-



mekekkel foglalkozó pedagógusok, tanárok voltak. A harmadik csoport vegyes foglalkozásúak köre volt: biológus, orvos, közgazdász, adminisztrátor. Vegyesen nők és férfiak alkották a csoportot (8 férfi, 15 nő); a legfiatalabb pontozó 29 éves, a legidősebb 63 éves volt. Így a hazai felmérés adatbázisában szereplő megélt életesemények (12 kérdés) a Holmes–Rahe-féle pontszámítás, valamint a szakértői besorolás alapján pontszámokat kaptak. Az így kapott, skálázott listát Redukált Életesemény Skálának (RÉS) neveztük el.

Második lépésben a „Magyar ifjúság 2012” adatbázisának vonatkozó bináris (átélte/nem élte át) adatait alakítottuk át a súlyosságot kifejező skála pontértékeire. A pontozás során csak az kapott pontszámot, aki egyértelműen jelölte az életesemény megélését. A nem válaszolók, vagy a bizonytalan válaszok nem kaptak pontot. Minden válaszadó esetében összegezve a pontszámokat, egy olyan életesemény-értékhez jutottunk, amely jelzi, hogy az illető a felsorolt negatív életesemények tekintetében mennyire érintett. Ezt követően megvizsgáltuk, van-e összefüggés az életesemény-érték és az egyes rizikómagatartások (alkohol- és drogfogyasztás, öngyilkossági kísérlet, kockázatos szexuális magatartás) előfordulása között. A mintabeli arányok százalékos megoszlásokkal kerültek leírásra. A mintaelemek összesített pontszámaiból alkotott folytonos változó a szokásos leíró statisztikai mutatószámok mellett (átlag, szórás) hisztogram formájában került bemutatásra.

Az egyes kérdésekre adott válaszok alapján elkülönülő csoportok pontszámátlagainak összehasonlítására paraméteres és nem-paraméteres eljárások – kétmintás t-próba, Mann–Whitney U-teszt, egy szempontos szórásanalízis (ANOVA), Kruskal–Wallis H-teszt – szolgáltak. A keresztábrák elemzések függetlenségvizsgálatot és szükség esetén Fisher-féle egzakt tesztet tettek lehetővé. Az alkalmazott hibahatár 5%; a számítások SPSS V22 programverzióval készültek.

Eredmények

Az eredmények ismertetése során először a legális és illegális élvezeti szerek használata kerül bemutatásra. Ezt követően a megélt negatív életesemények (RÉS) jellemzői, összesített pontszámai és kategóriái kerülnek feldolgozásra. A drogokat kipróbálók és megtagadók csoportjaiban ezután számíthatók az átlagos életesemény pontszámok (RÉS átlagok), amely összehasonlító számítások a csoportátlagok egyezését vagy szignifikáns különbségét tárják elénk – azaz ez már arról árulkodik, hogy van-e összefüggés a megélt negatív életesemények súlyossága és a rizikómagatartás között. A fiatalok szerelmi életének, szexuális irányultságának, a terhesség elleni védekezés szokásainak néhány mozzanata, valamint az életesemény kategóriákkal való összefüggések tárgyalását követően kerül sorra a fejezet záró része, amely az öngyilkosság két kérdését (öngyilkosság gondolata és tényleges tette) vizsgálja.

Mielőtt rátérnénk az eredmények ismertetésére, két jelenségre fel kell hívnunk a figyelmet. Az egyik a rizikómagatartás látenciája, azaz rejtőzködő jellege. A vizsgá-



latok által kapott eredmények nem fedik le teljesen a valóságot, mivel a tiltott, vagy szégyellt tevékenységeket gyakorlók egy része nem vallja be érintettségét. Ezért szokás felhívni a figyelmet arra, hogy ezek az eredmények csak becslések, vélhetően alulbecslések. Éppen a látenciából következik, hogy még az azonos időben felvett különböző kutatások adatai sem mindig egyeznek egymással, így az ugyancsak 2012-ben elkészített, az European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) számára készített éves jelentés szerint például kétszer gyakoribb a marihuána-fogyasztás a fiatalok körében, mint ahogy az az általunk vizsgált „Magyar Ifjúság 2012” kutatás adatbázisából kirajzolódik.

Másrészről fontos azt is hangsúlyozni, hogy az alkoholfogyasztás (és általában az élvezeti szerek fogyasztásának) kérdését nehezebben megközelíthetővé teszi a túlbecslés (overestimate) jelensége is. Ezalatt azt értjük, hogy a serdülő barátok és ismerősök szerfogyasztásának mértékét és jelentőségét hajlamos túlbecsülni, és ez újabb rizikófaktorként jelenik meg a valamilyen rizikómagatartást gyakorló (dohányzó, alkohol- vagy drogfogyasztó, suicid gondolatokkal foglalkozó) csoportba kerülő fiatal szempontjából. Ha ehhez egy közeli barát megtapasztalt rizikómagatartása is társul (best friend effect), akkor az még jobban felerősítheti a serdülő bevonódását (Balázs és Pikó 2016). Ugyanakkor a kutatónak figyelembe kell vennie a tiltott szerekre való rákérdezéskor felmerülő bizalmatlanságot, ami a válaszmegtagadás növekedését eredményezi.

Legális és illegális élvezeti szerek használata

A társadalmilag legálisnak tekintett élvezeti szerek használata – a kávé, az alkohol és a dohányzás – mindennapos a megkérdezettek körében.

Kávét a fiatalok 41,1%-a naponta legalább egyszer fogyaszt; soha nem iszik ilyen italt 27,1%.

Az elmúlt évre vonatkozó alkoholfogyasztási szokások azt mutatják, hogy a válszadók 31,6%-a nem ivott egyszer sem alkoholt. Jellemző a ritka alkoholfogyasztás (két hónapnál ritkábban: 23,7%); 73 fő viszont szinte minden nap fogyasztott szeszes italt (0,9%).

Hasonló válaszok adódtak a részegsége, berúgásra, valamint a nagyobb mennyiségű ital fogyasztására vonatkozó két kérdésben. A válszadók 67,3%-a nem rúgott be az előző évben, és nem fogyasztott nagyobb mennyiségű alkoholt 66,0%. A kéthavinál ritkább ittasság a megkérdezettek 22,3%-ára, a nagyobb mennyiségű fogyasztás 19,4%-ukra volt jellemző. A hetenkénti ivászat és ittasság a bevallások szerint 1-2%-ot érint.

Nem dohányzott még alkalmanként sem 59,8%. 4,0%-uk azt nyilatkozta, hogy már felhagyott a dohányzással. Naponta dohányzott 26,8%. A dohányzással érintettek aránya a megkérdezéskor 36,2%. Legtöbben 19-20 szál cigarettát vallottak be (a dohányzók 27,2%-a). Átlagosan 10 szálát a dohányzók 20,8%-a; 15 szálát 13,1%-a;



5 szílat 7,0%-a ismert el. A pipázás, vagy vízipipázás szinte elhanyagolható, összesen 29 fő említette (0,37 %).

Az illegális élvezeti szerek, a kábítószeres kipurólására vonatkozó kérdések feloldozása alapján a legmagasabb arányú a marihuána kipurólása volt (6,0%). Egy százalék feletti még az altatók és nyugtatók orvosi javaslat nélküli próbálása (3,0%); az ecstasy alkalmazása (1,7%); valamint az alkohol és gyógyszer párosítása (1,5%). Egy százalék alatti volt a designer drogok (0,6%); az LSD és más gombaszármazékok (0,5%); az amfetamin, metanfetamin (0,5%); szerves oldószeres (0,4%); dopping és más szteroidok (0,4%); kokain (0,3%); máktea (0,2%); morfin (0,2%) kipurólásának aránya. A legalacsonyabb arányok a crack (0,1%), a fecskendővel bevitt drogok (0,1%) és az egyéb, a felsorolásban nem említett szerek (0,1%) esetében mutatkoztak. Az utóbbi évek nagy karriert bejáró drogfajtája, a herbál nem szerepelt a 2012-es vizsgálatban.

A kábítószer kipurólására irányuló önbevallásos kérdéshalmazt egészítette ki az a kérdés, amely arra irányult, hogy ismerősei között van-e olyan, aki használt már valamilyen kábítószeret. A válaszadók 74,8%-a nem ismer ilyen embert; egynegyedük (25,2%) viszont ismer egyet vagy többet is. A válaszmegtagadások és bizonytalanság itt nagyobb volt a megkérdezettek körében (11,9%).

Negatív életesemények

A negatív életesemények tizenkét kérdésének (RÉS) gyakorisági megoszlásait az 1. táblázat utolsó két oszlopa tárja az olvasó elé. Az itemek az előfordulás gyakoriságának sorrendjében rendeződnek el a táblázaton belül; kivételt képez a 12. számú kérdés, mely esetén az igenek válaszaránya szélsőségesen magas, de ez az eredmény nem vethető össze a többi kérdés arányaival a jelentős válaszmegtagadás okán (nincs válasz 7721 esetben!).



1. táblázat

A „Magyar ifjúság 2012” kutatás negatív életesemények mérésére irányuló
itemei és forrásuk és az előfordulás arányai (fő/%)

Előfordult-e, megélte-e Ön 14 éves koráig a következőket? (a számozás a kérdőívben szereplő sorrendet jelöli)	pont	előfordu- lás gyako- risága %	érintett fő / válaszadók száma
4. elvesztette a munkahelyét a szülője vagy a nevelőszülője*	46	14,3 %	1096 / 7691
2. elváltak a szülei*	90	13,6 %	1067 / 7817
6. durva veszekedések voltak a szülei között*	47	12,4 %	952 / 7695
5. súlyos anyagi veszteség érte a családjukat*	45	12,1 %	923 / 7643
9. szakítás baráttal, barátnővel*	53	10,0 %	776 / 7793
10. súlyos betegség (ön vagy a családjának valamelyik tagja)*	57	9,2 %	714 / 7760
3. rendszeresen lerészegedett a szülője vagy a nevelőszülője**	75	7,3 %	569 / 7753
1. meghalt az édesapja vagy az édesanyja*	100	5,0 %	393 / 7818
11. a közvetlen környezetében (családjában, baráti körében) öngyilkossági kísérlet az elmúlt 3 évben**	76	3,6 %	279 / 7648
7. rendszeresen megverték, bántalmazták Önt a szülei vagy a nevelőszülei**	90	2,2 %	170 / 7770
8. abortusz (ön vagy a partnere)*	100	1,0 %	77 / 7797
12. halállal végződő öngyilkossági kísérlet a közvetlen környezetében (családjában, baráti körében)**	90	48,5 %	133 / 274

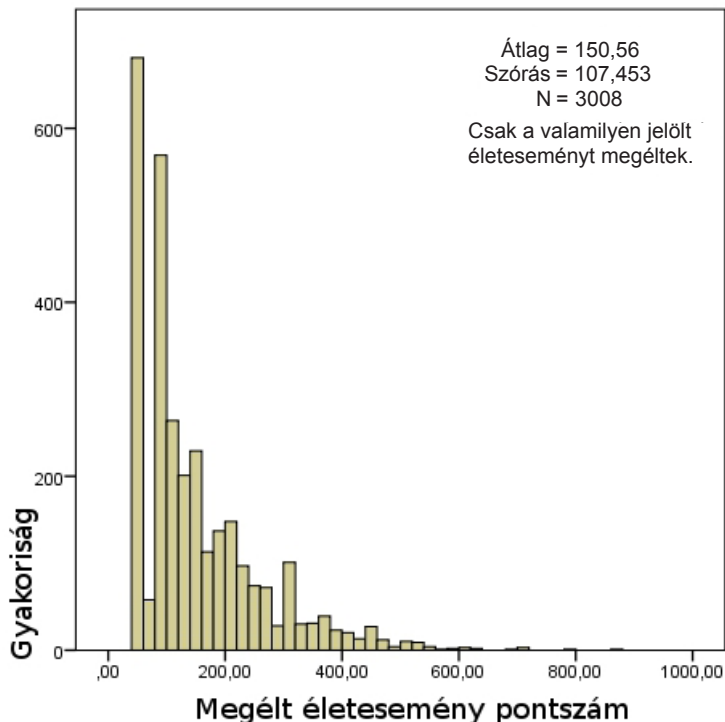
* Forrás: Holmes és Rahe (1967) – item és pontszám

** Forrás: Székely (2013) – item; Hüse, Huszti és Takács (jelen tanulmány) – pontszám

A megélt életesemények összesített pontszáma alapján képzett új változó eloszlása a várt, súlyosságát tekintve exponenciálisan csökkenő képet mutatva (1. ábra). A legalacsonyabb (nem nullás) pontszám 45 pont (58 fő a 3008 értékelhető válaszból), a legmagasabb 870 pont (1 fő). Ez utóbbi igen magas érték, de a vizsgálatok során nem került sor felső korlát meghatározására az esetleges túlzó válaszok szűrésére – ez az oka a viszonylag magas szórásnak is. 500 pont felett 37 fiatal jelölt értéket (1,23%).

1. ábra

A „Magyar ifjúság 2012” kutatás negatív életesemények összegző változójának (RÉS) gyakorisági eloszlása*



Forrás: Magyar Ifjúság 2012 adatbázis, saját elemzés és szerkesztés

* Az eloszlás csak a valamilyen jelölt életeseményt megélt személyek pontértékeit ábrázolja, a nulla pontszámmal rendelkezők nem szerepelnek.

A Holmes–Rahe-skála a fentebb már részletezett három kategóriába sorolja kapott pontszámuk szerint a kitöltő egyéneket (alacsony, közepes és nagymértékű stressznek kitett). A kategóriák szerinti megoszlást a 2. táblázat két részben taglalja. Az első táblázatrész azokat is tartalmazza, akik nem jelölték be egyik életeseményt sem („nullpontosak”). A második rész viszont nem tartalmazza ezeket az eseteket. Itt is nyilvánvalóan látszik a pontszám növekedésével a gyakoriság csökkenése.



2. táblázat

A „Magyar ifjúság 2012” negatív életesemény pontszámok kategóriák szerinti eloszlása – nulla pontos eredményekkel és azok nélkül (fő/%)

	Gyakoriság (fő)	%
0–150 pont	6916	86,5
150–300 pont	747	9,3
300 pont felett	337	4,2
Összesen	8000	100,0

	Gyakoriság (fő)	%	Valós %
1–150 pont	1924	24,1	64,0
150–300 pont	747	9,3	24,8
300 pont felett	337	4,2	11,2
Összesen	3008	37,6	100,0
Nem élt meg jelölt eseményt – 0 pont	4992	62,4	
Összesen	8000	100,0	

Megjegyzendő, hogy ugyan az eredeti Holmes–Rahe-skálából a Redukált Életesemény Skála csak a magasabb pontértékű, azaz megterhelőbb események közül válogatott be, és a négy új esemény is kifejezetten megterhelőnek számít, a RÉS megfelel annak az elvárásnak, hogy szűrje a közepes és nagymértékű stressznek kitett egyéneket. A nagyobb pontszámú életesemények monitorozása ugyanis elegendő lehet a megfelelő beavatkozás előkészítéséhez és megvalósításához, ráadásul a négy új item kifejezetten fontos – nagy hatást gyakorol a gyermeki szocializációra –, így ezek bevonásával a skála érvényessége növekszik.

Az életesemény pontszám és az alkoholfogyasztás összefüggése

Az alkoholtartalmú italok fogyasztása és az életesemény pontszám között – az alkoholfajtától független – tendenciózus összefüggés tükröződik. Az átlagos életesemény pontszám növekedésével a sör, a bor és az égetett szeszesital-fogyasztás gyakorisága szignifikáns mértékben növekszik (3. táblázat).



3. táblázat

A RÉŠ átlagpontszáma és az alkoholos italok fogyasztása – a „nullpontosok” kizárásával készített elemzések eredményei (fő)

	sőrfogyasztás – megélte pontátlag (fő)	borfogyasztás – megélte pontátlag (fő)	égetett szesz – megélte pontátlag (fő)
1. legalább naponta egyszer	203,47 (43)	253,87 (15)	241,56 (16)
2. hetente többször	159,18 (201)	180,12 (90)	177,60 (74)
3. hetente egyszer	159,65 (237)	160,73 (179)	183,85 (148)
4. havonta többször	147,34 (465)	158,32 (395)	162,92 (297)
5. havonta egyszer, vagy ritkábban	145,45 (767)	143,05 (898)	147,11 (911)
6. soha	150,35 (1276)	149,44 (1409)	145,54 (1537)
Összesen / Átlag	150,72 (2989)	150,82 (2986)	150,96 (2983)
ANOVA	F(5, 2989) = 3,115, p = 0,008	F(5, 2986) = 5,801, p = 0,000	F(5, 2983) = 7,764, p = 0,000
Kruskal-Wallis H	$\chi^2(5, N = 2989) =$ 10,158, p = 0,071	$\chi^2(5, N = 2986) =$ 17,477, p = 0,004	$\chi^2(5, N = 2983) =$ 28,088, p = 0,000

Az életesemény pontszám és a droghasználat összefüggése

Az illegális szerek kipróbálása, vagy ki nem próbálása csoportokra osztja a válaszadókat. A csoportok életesemény pontszámátlagainak összevetése jelzi, hogy az adott életesemény megélése milyen hatással van a kipróbálás kockázatának vállalására. A Függelék F1. táblázata ezen számításokat tartalmazza. A táblázatban látható eredmények jelzik, hogy igen sok esetben a szert kipróbáló fiatalok életesemény átlagpontszáma szignifikánsan nagyobb a szert nem próbálókénál. Ez egy fordított ok-okozati viszony feltételezésével – az időbeliség logikája mentén az életeseményeknek legalább egy része megelőzhetette a rizikómagatartást – arra enged következtetni, hogy azok csoportjában, akik több és súlyosabb negatív életeseményt éltek át, nagyobb valószínűséggel próbálják ki a drogokat, mint azokban, akiknek az élet-története kevésbé megterhelő.

Az életesemény pontszám és más változók kapcsolata

A fiatalok pszichoszexuális érése a vizsgálati kort megelőzően elkezdődik, de a „felnőtté válás” legfontosabb szakasza nagyjából egybeesik a „Magyar Ifjúság 2012” kutatás által vizsgált alsó korcsoportjával. A szerelemmel, szexualitással kapcsolatos



beállítódás és viselkedés igen fontos részei a serdülők és fiatal felnőttek egészségmagatartásának, ezért a kémiai szerhasználat mellett erre is kiterjedt vizsgálódásunk (Függelék, F2. táblázat).

A megkérdezettek között többször is volt már szerelmes 61,1%; egyszer volt 24,4%. Bizonytalan a kérdésben 6,9%; nem volt még szerelmes 7,7%.

Az életesemény pontszám-kategóriái és a szerelemre vonatkozó kérdés együttes eloszlását a 6. táblázat mutatja be. A függetlenségvizsgálat szerint a két vizsgált változó függetlenségét el kell vetni ($\chi^2(6, N = 8000) = 15,033, p = 0,020$). Eszerint a megélt életeseményekre és a szerelemre vonatkozó változók összefüggnek. A táblázat adatait áttekintve látható, hogy a legnagyobb százalékos eltérés a többször szerelmes kategóriában mutatkozik. A 300 pont feletti kategóriában nyolc százalékkal nagyobb többszöri szerelem megélése. A többi oszlopban nem található hasonló nagyságú különbség.

4. táblázat

Redukált Életesemény Skála kategóriái és a „Volt-e már Ön szerelmes?” kérdés kontingencia táblázata (fő/%)

RÉS kategória	Volt-e már Ön szerelmes?				Total
	Igen, többször is	Igen, egyszer	Talán, nem vagyok biztos benne	Még nem	
0–150	4179	1697	487	553	6916
	60,4%	24,5%	7,0%	8,0%	100,0%
150–300	476	179	45	47	747
	63,7%	24,0%	6,0%	6,3%	100,0%
300 felett	230	72	21	14	337
	68,2%	21,4%	6,2%	4,2%	100,0%
Összesen	4885	1948	553	614	8000
	61,1%	24,4%	6,9%	7,7%	100,0%

A válaszadók szexuális irányultságát a Függelék F3. táblázata összesíti. A szexuális irányultságot természetesen nem tekintjük rizikómagatartásnak, ugyanakkor a normáktól eltérő orientáció egy zárt társadalomban megnöveli annak esélyét, hogy a környezet nem megfelelő reakciója, illetve maga a titkolódzás a fiatal veszélyeztetettségét kiváltsa, erősítse. Így felmerül, hogy ezt is a rizikómagatartás esélyét növelő tényezők közé soroljuk.

A bi- és homoszexuálisok aránya a válaszadók között 0,9% volt. A keresztátlás elemzés szerint a két változó (RÉS kategóriái; szexuális irányultság) függetlenségét el kell vetni ($\chi^2(4, N = 7700) = 70,404, p = 0,000$; Fisher-féle egzakt teszt $p = 0,000$).



A megélt életesemény kategória növekedésével az ellenkező neműekhez való vonzódás csökken, a bi- és homoszexualitás növekszik (Függelék, F4. táblázat).

A terhesség (és egyben a nemi fertőzések) elleni védekezés szokásait a Függelék F5. táblázata összegzi. A kereszt táblás elemzés szerint a két változó (RÉS kategóriái; védekezés) függetlenségét el kell vetni ($\chi^2(4, N = 6532) = 151,589, p = 0,000$). A megélt életesemények összesített terhe növekedésével nő a rendszertelenül, és az egyáltalán nem védekezők aránya (Függelék, F6. táblázat).

A szexuális irányultság és a terhesség elleni védekezés kontingencia táblázata az 5. táblázat. A válaszok tükrözik, hogy a válaszadók valószínűsíthetően nem csak a terhesség elleni védekezést értették a védekezés alatt, ahogy azt a kérdés megfogalmazza. Azt nem lehet megbecsülni, hogy a válaszadók milyen arányban ragaszkodtak a kérdés szó szerinti értelmezéséhez, és válaszolták azt, hogy nem védekeznek – mert pl. gyermeket szeretnének, vagy, mert nem kívánt terhesség elleni védekezés inadekvát a homoszexuálisok, és részben a biszexuálisok esetében is –, illetve milyen arányban terjesztették ki a védekezés okát a nemi betegségekkel szembeni védekezésre is. A kereszt táblás elemzés szerint a két változó függetlenségét el kell vetni ($\chi^2(4, N = 6374) = 95,764, p = 0,000$), azaz a védekezés és a szexuális irányultság egymástól függő változók. A táblázat százalékos megoszlásai szerint a bi- és homoszexuálisok között a védekezési szokások mások a kizárólag az ellenkező neműekhez vonzódókhoz képest. A kérdőív megfogalmazása miatt nem tudjuk megállapítani, hogy ez egyben azt jelenti-e, hogy az említett csoportok kevésbé védekeznek a nemi betegségek ellen, vagy azt, hogy magasabb arányban ragaszkodtak konzekvensen a kérdés jelentésének megfelelő válaszhoz.

5. táblázat

A szexuális irányultság és a terhesség elleni védekezés összefüggése (fő/%)

Hogyan jellemezné Önmagát?	És mi a jellemzőbb Önre?			Összesen
	Mindig védekezek a nem kívánt terhesség ellen	Időnként védekezek, időnként nem	Nem szoktam védekezni	
Szexuálisan kizárólag az ellenkező neműekhez vonzódó	5083 81,4%	732 11,7%	427 6,8%	6242 100,0%
Szexuálisan a saját nememhez és az ellenkező neműekhez is	28 40,0%	26 37,1%	16 22,9%	70 100,0%
Szexuálisan kizárólag a saját nememhez vonzódó	40 64,5%	9 14,5%	13 21,0%	62 100,0%
Összesen	5151 80,8%	767 12,0%	456 7,2%	6374 100,0%



Adatelemzésünk utolsó állomása a suicidum kérdése volt. Ennek a nemzetközi vizsgálatokban is megszokott sztenderdjét két kérdés jelenti, az egyik az öngyilkosság gondolatára, a másik a (sikertelenül) megkísérelt öngyilkosságra irányul. A válaszok gyakoriságát a 6. és 7. táblázat, az öngyilkossági gondolat, illetve tényleges kísérlet RÉS kategóriákkal való összefüggését pedig a Függelék F7. és F8. táblázata mutatja be.

A függetlenségvizsgálat szerint a RÉS kategóriák és az öngyilkossági gondolat változóinak függetlenségét el kell vetni ($\chi^2(2, N = 7741) = 298,885, p = 0,000$). Az életesemény kategória növekedésével – a megélt stressz súlyosbodásával – az öngyilkosság gondolatával való foglalkozás aránya növekszik.

A függetlenségvizsgálat szerint a RÉS kategóriák és az öngyilkossági kísérlet változóinak függetlenségét is el kell vetni ($\chi^2(4, N = 7768) = 232,793, p = 0,000$; Fisher-féle egzakt teszt $p = 0,000$). A táblázat százalékos adataiból leolvasható, hogy az életesemény-kategória növekedésével a bevallott öngyilkossági kísérletek száma növekszik.

6. táblázat
Az öngyilkosság gondolatának előfordulása (fő/%)

Az elmúlt 3 évben megfordult-e a fejében az öngyilkossági gondolata?	Gyakoriság (fő)	%	Valós %
1. igen	131	1,6	1,7
2. nem	7610	95,1	98,3
Összesen	7741	96,8	100,0
88 nem tudom	64	,8	
99 nem válaszolok	195	2,4	
Összesen	259	3,2	
	8000	100,0	

7. táblázat
Öngyilkossági kísérlet előfordulása (fő/%)

Volt-e Önnek öngyilkossági kísérlete, és ha igen, hányszor?	Gyakoriság (fő)	%	Valós %
1. igen, egyszer	47	,6	,6
2. igen, többször	134	1,7	1,7
3. nem	7587	94,8	97,7
Összesen	7768	97,1	100,0
88 nem tudom	34	,4	
99 nem válaszolok	198	2,5	
Total	232	2,9	
	8000	100,0	



A RÉS alkalmazása a kockázati magatartás feltárására

Az elemzést követően érdemes visszatérni a tanulmány eredetileg felvetett gondolatához, miszerint ma a hazai gyermekvédelem nem fókuszál megfelelő módon a nem-transzparens családokra, és azokra a problémákra, amelyek jellemzően a nem-transzparens családok körében fordulnak elő, így a középosztálybeli családok – problémáikkal együtt – a gyermekvédelem látókörének peremére sodródnak. Mielőtt tovább lépnénk, szeretnénk tisztázni, hogy ez a tanulmány elején említett okokon túl (a transzparencia hiánya, az erősebb ellenállás, a kultúra-azonosság okozta feszültség, kognitív disszonancia) nagymértékben annak is köszönhető, hogy a legmagasabb szinteken kidolgozott szakmai eljárásrendek és protokollok kimondva-kimondatlanul alacsonyan priorizálják az erre a körre, problémára irányuló beavatkozásokat, és ennek megfelelően a szakma intézményeinek finansziális forrásai sem teszik lehetővé a válaszok rendszerszintű kidolgozását és megvalósítását. Abból kifolyólag, hogy a következőkben – az empiria és a tanulmány legfőbb hozadékeként – egy mérőeszközt szeretnénk bemutatni és propagálni, hangsúlyoznunk kell, hogy egy-egy új eszköz csak az eszköztelenség érzését enyhítheti, más rendszerproblémákra nem ad adekvát választ, sőt bizonyos típusú rendszerproblémák esetén, mint amilyen az alulfinanszírozottság, a túlterheltség és prioritások felülről jövő erőteljes érvényesítése nemhogy nem adekvát egy új eszköz beemelése, de egyenesen kártékony is lehet. Kártékony, mert növeli a szakemberek frusztrációját (eszköz van, de idő, energia és felsőbb szándék nincs), illetőleg erőteljesen közrejátszhat abban, hogy a szakemberek immunissá váljanak a módszertani újításokkal kapcsolatosan, illetve kiégjenek.

A fenti, minőségbiztosítási szempontból fontos kitérő után tekintsük át, hogy milyen szakmai-módszertani hozadéka van a „Magyar ifjúság 2012” nagymintás, szociológiai kutatásnak.

1. *Felmérés, tervezés.* Általában jellemző, hogy a szociológiai és ifjúságkutatások által szolgáltatott adatok alapot adnak a helyi szakemberek számára, hogy fel tudják mérni, és meg tudják becsülni, hogy a lokális viszonyaik mennyiben és milyen irányban térnek el egy általános helyzetképtől, jelen esetben az országos átlagtól. A kapott kép révén a helyi szakemberek képesek releváns, településszintű szolgáltatás-szervezési, szolgáltatási-fejlesztési tervet készíteni, ezen adatokkal tudják a helyi döntéshozókat, potenciális együttműködő partnereket meggyőzni az egyes témák fontosságáról. A javuló tendenciák alkalmat adnak a pozitív visszajelzésre, és ez növelheti a szakemberek motivációját.
2. *Prevenció.* A nagymintás kutatások kérdőíve tartalmazhat olyan elemeket, blokkokat, amelyekről utóbb bebizonyosodik, hogy önállóan is alkalmazhatóak, és értékes eredményekre juthatunk általuk. Ezek eredményei csoportszinten is megmutatkoznak (osztály, iskola, település), de egy kutatómódszertanban nem túl járatos helyi szakember is jól tudja tesztként alkalmazni, amellyel látens jelenségek, összefüggések mutathatók ki. Jelen tanulmányban azt bizonyítottuk, hogy a „Magyar ifjúság 2012” kutatás részeként alkalmazott, rövidített-kiegészí-



tett Holmes–Rahe-skála nem csupán a szociológiai vizsgálatban „működik”, de az események súlyosságát jelző pontszámok „visszaállítása” után kifejezetten érzékenyen méri az egyes gyerekek, fiatalok terheltségét, és annak valószínűségét, hogy ezen terhekből kifolyólag ők már most is valamilyen kockázatos magatartást gyakorolnak-e. Ezt a megközelítést tovább gondolva látható, hogy a Redukált Életesemények Skála lehetőséget nyújt a szociális szakemberek és a pedagógusok számára arra, hogy *indirekt módon* jussanak olyan, a település teljes ifjúságát, egy-egy iskoláját vagy osztályát jellemző *érzékeny adatokhoz*, mint a drogfogyasztás, vagy az öngyilkossági kísérlet előfordulási gyakorisága. Ez az indirekt módszer, amely nem magára a rizikómagatartásra irányul, hanem a mögöttes tényezőkre, kibontják annak jelentőségét, hogy egy kockázatos viselkedés általában nem önmagában áll, hanem egy ok-okozati folyamat többé-kevésbé látható egyik eleme csupán. Ezzel arra is felhívjuk a figyelmet, hogy nem elég – pl. az iskolai szociális munka, vagy a kortárs segítők képzése során – a rizikómagatartásra koncentrálni, azzal kapcsolatos prevenciót folytatni, hanem a gyerekeket és fiatalokat ért negatív életesemények hatását (stressz, talajvesztés, önértékelési zavarok, depresszió) is kezelni szükséges (pl. gyászmunka támogatása, mentálhigiénés szolgáltatások). Ez, véleményünk szerint, új típusú prevenció megközelítést igényel, melynek explorációs, problémafeltáró szakaszában jól alkalmazható a tanulmányban bemutatott skála.

3. *Esetkezelés.* A gyakorló szakemberek számára talán legfontosabb kérdés, hogy egy új megközelítés, módszer vagy eszköz mennyiben alkalmas arra, hogy bevonják azt a családgondozásba, az egyéni esetkezelésbe. A Redukált Életesemények Skála lehetőséget biztosít erre. A gyermek élettörténetében előforduló nagy hatású, negatív életesemények mindegyike olyan jellegű, amelyet az esetkezelés során számításba kell venni. A RÉS kategóriák és a különböző rizikómagatartások között feltárt kapcsolat pedig arra mutat rá, hogy a gyermek/család és a szakember kapcsolatában ritkán elért mély bizalmi helyzet kivételével látenciában maradó magatartásformák meglepte milyen eséllyel valószínűsíthető. A nagy hatású életesemények közül kettőnek a bekövetkezése már fel kell, hogy hívja a szakember figyelmét a családi és szociális háttérben lezajló folyamatokra, a fiatal veszélyeztetett állapotba kerülésére – legyen az a fiatal jó módú, látszólag rendezett környezetben és nem-transzparens családban élő akár. A RÉS pontok számítása, a kategória meghatározása alap lehet a beavatkozás indítására, mivel a szerhasználat, az öngyilkossági hajlam kockázata igazoltan megnövekszik. Megfelelő óvatossággal kezelve ezek a valószínűségek, esélyek alapot adhatnak a feltáró beszélgetésre, növelhetik a nyíltságot és a bizalmat a kapcsolatban – igaz, nem megfelelő hozzáállás és kommunikáció esetén akár ellenkező irányú változást is okozhatnak. Különösen fontos a RÉS használata során az etikus magatartás előtérbe helyezése, a bizalmas információ helyes kezelése.



A Redukált Életesemények Skála a hosszú távú prevenciósz/problémamegoldó szemléletre hívja fel a figyelmet. Amennyiben a negatív életesemény a külvilág számára nyilvánvalóvá válik, az elszenvedő gyerekekre többnyire külső, támogató figyelem irányul. Ez a figyelem azonban hosszabb-rövidebb idő után alábbhagy, és csak az évekkel később megjelenő rizikómagatartás indíthatja újra (amennyiben arra fény derül). A gyermek személyiségfejlődése szempontjából ezek elvesztegetett évek.

A Holmes és Rahe (1967) eredeti skálájának – illetve annak ifjúsági verziója – felhasználásával a hazai kutatók egy ifjúságszociológiai kérdésblokkot alkottak (Székely 2013), mely blokkot mi az eredeti logika szerint visszaalakítva jutottunk el a Redukált Életesemények Skálához. A könnyebb alkalmazás érdekében a kutatás eredeti kérdéssorrendjét megváltoztattuk, és a pontszám (súlyosság) növekvő sorrendjében rendeztük el – ez egyébként éppen fordítottja az eredeti Holme–Rahe-skálának, ahol a pontok csökkenő sorrendjében rendeződnek az itemek.

A lekérdezés, vagy önkéntes kitöltés a skála bevezető szövegének fel- vagy elolvasásával kezdődik, illetve sor kerül az önkéntesség és az anonimitásra, valamint az adatkezelésre vonatkozó információ átadására. Ennek során az alábbiaknak mindenképp el kell hangozniuk:

„A kérdőív kitöltése önkéntes, és név nélkül történik. Családgondozás, egyéni esetkezelés keretében történő kitöltés esetén kötelező a megkérdezettet arról tájékoztatni, hogy az eredmények milyen módon kerülnek adminisztrálásra!”

A kitöltés során a megélt életeseményekhez tartozó pontszámot bekarikázva jelöljük az érintettséget. A meg nem élt események pontszámát érintetlenül lehet hagyni, vagy a könnyebb áttekinthetőség érdekében ki lehet húzni. A bekarikázott pontok összesített értékét a „Összesen” sorba írva, illetve kiválasztva a megfelelő kategóriát, a kitöltés lezárult.

Összegzés

Tanulmányunk fókuszában a gyermekeket és fiatalokat érő negatív életesemények rizikómagatartásra gyakorolt hatásának bizonyítása állt. A „Magyar ifjúság 2012” kutatás adatbázisán végzett számítások eredményei alapján kijelenthetjük, hogy a kapcsolat valóban létezik, illetve minél több, és minél megterhelőbb életeseményeket élt át korábban a fiatal, annál nagyobb eséllyel fog olyan magatartást gyakorolni, amellyel önmagát veszélyezteti, egészségét károsíthatja – ezt nevezik a szakirodalomban kockázati – vagy rizikómagatartásnak. Az adatok arra utalnak, hogy azok, akik több és súlyosabb negatív életeseményt éltek át, nagyobb valószínűséggel próbálják ki a drogokat, mint azok, akiknek az élettörténete kevésbé megterhelő, de ugyanígy erős összefüggés található az „élet terhei” és a túlzott mértékű, illetve korán kezdődő alkoholfogyasztás, vagy az öngyilkossági gondolatok és kísérle-



tek előfordulása között. Úgy tűnik, hogy a negatív életesemények még a nemi érést, pontosabban a szexuális orientációt is befolyásolhatják oly módon, hogy a Redukált Életesemények Skálán – amely az elterjedten használt Holmes–Rahe-stressz-skála módosított változata – magasabb pontszámot értek csoportjában felülreprezentáltak a homo- és biszexuális válaszadók az alacsony pontszámot elért válaszadói csoporthoz képest.

A fenti eredményeinket megkíséreltük egy olyan gyermekvédelmi kontextusba helyezni, amely egyszerre hívja fel a figyelmet arra, hogy a hazai gyermekvédelem nem foglalkozik egyenlő mértékben a tagolt társadalom minden csoportjával – holott a veszélyeztetettség előfordulási gyakorisága alapján kellene –, valamint arra, hogy a nagymintás szociológiai kutatások tudományos értékükön túl szakmai, gyakorlati értéket is hordoznak, amennyiben a szakma gyakorlói alkalmazni kívánják azokat. E gyakorlati hasznosság számos lehetőségét éppen csak felvillantottuk, míg a jól ismert Holmes–Rahe-skála ifjúságszociológiai kutatási szempontból kiválogatott és kiegészített kérdéseiből lényegében újraalkottunk egy explorációs eszközt. Reményeink szerint a Redukált Életesemények Skálájának (RÉS) alkalmazásával a helyi szakemberek olyan adatokhoz jutnak, amely biztosabb alapokra helyezheti a preventív erőfeszítéseket – ezek sikere természetesen erősen függ a prevenció módszertanától, és az alkalmazó szakember felkészültségétől –, erősítheti a család gondozás és esetkezelés során szükséges információk feltárásának sikerességét. Miatán a fiatalok különféle rizikómagatartásának előfordulási gyakorisága nagy a magasabb státuszú rétegekben is, sőt a longitudinális vizsgálatok eredményei szerint növekvő tendenciát mutat, a Redukált Életesemények Skálát alkalmazó szakemberek „rányitják” tevékenységüket a gyermekvédelmi figyelem és tevékenység perifériájára szorult, magasabb státuszú csoportokra. Ez megvalósulhat a meglévő szolgáltatások fókuszálásában, újak elindításában, és azzal a haszonnal jár, hogy a szolgáltatások kevesebb ellenállást váltanak ki a célcsoportok részéről. Megfelelő feltételek mellett alkalmas lehet a veszélyeztetettség szempontjából kívánatos intervenciók megalapozására is, meglátásunk szerint különösen azért, mert nincs bünbakképző, megbélyegző hatása – szemben a közvetlenül a rizikómagatartásra koncentráló megközelítésekkel, amelyeknek jó eséllyel lehet ilyen kockázata.

Hangsúlyoznunk kell, hogy a Redukált Életesemény Skála (vagy akár az eredeti Holmes–Rahe-rendszer) alkalmazása azt a lehetőséget adja a szakember számára, hogy nagyobb figyelemmel lehessen egy-egy fiatal esetében az esetlegesen összegződő negatív életeseményekre és azok következményeire. A mérőeszköz, vagy ha úgy tetszik teszt, kulcsot adhat a szűkös erőforrások célzottabb felhasználására, a megalapozottabb prevencióra. Alá kell húzni, hogy a magasabb RÉS-érték a kockázat emelkedését valószínűsíti és nem jelenti automatikusan az adott fiatal fokozott rizikómagatartását, az élvezeti szerek megnövekedett használatát – ezeket a család, a gondozó szakember a fiatal viselkedéséből, annak változásaiból egyértelműsítheti.

A bemutatott eredmények statisztikai elemzésekből levont következtetések, amelyeket már a módszer természetétől eredendően sem lehet automatikusan alkalmazni egy-egy egyénre.



Elsősorban terjedelmi korlátok miatt nem térünk ki egy lényeges és további eredményeket hozó kérdés tárgyalására: vajon függenek-e a fiatalok által átélt negatív életesemények és az ezek mentén kialakuló különböző kockázati magatartások a társadalmi helyzetétől? A kérdés tisztázása további vizsgálatokat igényel.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány készülési sorrendje szerint köszönettel tartozunk Székely Leventének az adatbázis rendelkezésre bocsájtásáért, illetve a vonatkozó kérdőívkérdések készsleges magyarázatáért. Itt is köszönetünket fejezzük ki azoknak a szakértőknek, kollégáknak, szakembereknek, akik a szakértői besorolás során nyújtottak hathatós segítséget. Hálás köszönet illeti Révész Magdát és Szöllösi Gábort a tanulmány vég-ső tartalmának és formájának kialakulásáért. Az ő segítő megjegyzéseik, jó szívvel megosztott meglátásaik, javaslataik hozzájárultak saját gondolataink minőségibb közléséhez.

Irodalom

- Ambrus P. (2000): *A Dzsumbuj*. Lazi Kiadó, Budapest
- Balázs M. Á. – Pikó B. (2016): Szociális hatások a serdülőkori dohányzásban: a szociális háttér, a család és a kortársak szerepe. In: *Magyar Pedagógia*, 116(1): 73–89.
- Darvas Á. – Farkas Zs. – Kende Á. – Vígh K. (2016): Roma gyerekek a szakellátásban. Gyermekjólét és gyermekvédelem Nógrád megyében. In: *Esély*, 4: 52–82.
- Festinger, L. (2000): *A kognitív disszonancia elmélete*. Osiris Kiadó, Budapest
- Gábor K. (2004): Globalizáció és ifjúsági korszakváltás. In: Gábor K. – Jancsák Cs. (szerk.): *Ifjúsági korszakváltás – ifjúság az új évezredben*. Belvedere Meridionale, Szeged: 28–72.
- Gál A. (2015): Értékelő tanulmány a preventív gyermekjóléti rendszer helyzetéről, lehetőségeiről. In: Rácz A. (szerk.): *A gyermekjóléti szolgálatok feladatellátásának szakmai támogatása*. Műhelytanulmány. Rubeus, Budapest: 5–21.
- Gönczöl K. (1991): *Bűnös szegények*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
- Holmes, T. H. – Rahe, R. H. (1967): The Social Readjustment Rating Scale. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2): 2013–221.
- Hunyady Gy. (2003): *Önalávetés a társadalomban: a rendszerigazolás pszichológiája*. Osiris Kiadó, Budapest
- Husztai É. – Hüse L. – Koltai J. (2008): A rizikómagatartás szociokulturális háttere serdülők körében. In: Murányi I. (szerk.): *Kelet-magyarországi középiskolások egészségmagatartása*. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen: 61–112.



- Husztai É. – Takács P. – Hüse L. (2016): A „Nyíregyháza ifjúsága 2015” kutatás módszertana. In: *Acta Medicinæ et Sociologica*, 7(20–21): 211–256.
- Hüse L. (2008): A kirekesztés diskurzusa. In: *Kapocs*, VII/5: 2–23.
- Hüse L. (2016): A fiatalok rizikómagatartása Nyíregyházán. In: *Acta Medicinæ et Sociologica* 7(20–21): 131–153.
- Jessor, R. (1993): Successful adolescent development among youth in high-risk settings. In: *American Psychologist*, 48: 117–126.
- Laki L. (2006): Az ifjúság a magyar társadalomban. In: Kovách I. (szerk.): *Társadalmi metszetek*. Napvilág Kiadó, Budapest: 177–205.
- Lief, A. (ed.) (1948): *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer*. McGraw–Hill, New York
- Lux Á. (2013): *Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-6579/2013. számú ügyben*. http://www.ajbh.hu/documents/10180/1117870/Jelent%C3%A9s+a+gyermekv%C3%A9delmi+szakell%C3%A1t%C3%A1sr%C3%B3l+6579_2013/c99ca826-e273-4c12-9702-d9a7e48f28dd?version=1.0 (Utolsó letöltés: 2016. 11.15)
- Mayer L. (2008): A stresszteni életesemények és a gyermekkori depresszió kapcsolatának vizsgálata populációs és klinikai mintán. *Doktori értekezés*. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest
- Menyhért I. (2014): A viselkedés és az érzelmek közösségi szabályozása a cigányság körében. In: *Új Pedagógiai Szemle*, 7–8: 44–50.
- Pikó B. (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Pikó B. (2005): Középiskolás fiatalok szabadidő-struktúrája, értékattitűdjei és egészségmagatartása. In: *Szociológiai Szemle*, 2: 88–99.
- Rabow, J. – Berkman, S. L. – Kessler, R. (1983): The Culture of Poverty and Learned Helplessness: A Social Psychological Perspective. In: *Sociological Inquiry*, 54(4): 419–434.
- Salehi Nezhad, M. A. – Besharat, M. A. (2010): Relations of resilience and hardiness with sport achievement and mental health in a sample of athletes. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5: 757–497.
- Scharf, M. – Maysseless, O. – Kivenson-Baron, I. (2004): Adolescents’ attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. In: *Development and Psychopathology*, 40(3): 430–444.
- Székely L. (szerk.) (2013): *Magyar ifjúság 2012*. Kutatópont, Budapest
- Székely A. – Susánszky É. – Ádám Sz. (2013): Fiatalok kockázati magatartása. In: Székely L. (szerk.) (2013): *Magyar ifjúság 2012*. Kutatópont, Budapest: 179–210.
- Weisleder, A. – Fernald, A. (2013): Talking to Children Matters: Early Language Experience Strengthens Processing and Builds Vocabulary. In: *Psychological Science*, XX(X): 1–10. DOI: 10.1177/0956797613488145



Függelék

F1. táblázat

A RÉs átlagpontszáma és a droghasználat összefüggése – a „nullpontosok” kizárásával készített elemzések eredményei

	Átlagpont a csoportokban	Kétmintás t-próba (t) / ANOVA (F)	Mann Whitney U / Kruskal Wallis H
A barátai, ismerősei között van-e olyan, aki használt már valamilyen kábítószer ? 1- igen, több; 2 - igen, egy; 3 - nincs	1 - 179,39 2 - 163,10 3 - 137,48	F(2, 2647) = 37,113, p = 0,000	$\chi^2(2, N = 2650) = 57,933$, p = 0,000
Kipróbál: altató, nyugtató (1 igen / 2 nem)	1 - 222,89 2 - 146,13	t(173,088) = 6,397, p = 0,000	U = 157071,500, Z = -6,778, p = 0,000
Kipróbál: marihuána, fű (1 igen / 2 nem)	1 - 195,72 2 - 144,38	t(363,906) = 6,517, p = 0,000	U = 318224,000, Z = -6,951, p = 0,000
Kipróbál: LSD, meszkalin, gomba (1 igen / 2 nem)	1 - 239,80 2 - 149,39	t(29,134) = 2,223, p = 0,034	U = 36347,000, Z = -1,587, p = 0,113
Kipróbál: amfetamin, metamfetamin (1 igen / 2 nem)	1 - 234,22 2 - 149,53	t(31,159) = 2,190, p = 0,036	U = 37475, Z = -1,904, p = 0,057
Kipróbál: ecstasy (1 igen / 2 nem)	1 - 215,34 2 - 148,20	t(91,503) = 4,016, p = 0,000	U = 90866,000, Z = -4,718, p = 0,000
Kipróbál: kokain (1 igen / 2 nem)	1 - 243,95 2 - 149,79	t(18,051) = 1,802, p = 0,088	U = 20219,500, Z = -2,065, p = 0,039
Kipróbál: crack (1 igen / 2 nem)	1 - 249,75 2 - 150,33	t(7,006) = 1,082, p = 0,315	U = 8223,000, Z = -1,477, p = 0,140
Kipróbál: máktea (1 igen / 2 nem)	1 - 209,75 2 - 150,27	t(11,020) = 0,899, p = 0,388	U = 15550,500, Z = -0,714, p = 0,475
Kipróbál: morfium, heroin (1 igen / 2 nem)	1 - 378,18 2 - 149,54	t(10,011) = 2,764, p = 0,020	U = 6967,000, Z = -3,269, p = 0,001
Kipróbál: szerves oldószer (1 igen / 2 nem)	1 - 224,93 2 - 149,73	t(26,167) = 2,157, p = 0,040	U = 28570, Z = -2,480, p = 0,013
Kipróbál: doppingster, szteroid (1 igen / 2 nem)	1 - 181,33 2 - 150,12	t(23,138) = 0,864, p = 0,397	U = 33126,000, Z = -0,481, p = 0,630



Kipróbál: alkohol gyógyszerrel (1 igen / 2 nem)	1 - 206,90 2 - 148,54	t(94,850) = 3,645, p = 0,000	U = 101441,000, Z = -3,905, p = 0,000
Kipróbál: fecskendővel bevitt drog (1 igen / 2 nem)	1 - 288,00 2 - 150,19	t(4,001) = 0,929, p = 0,406	U = 5736,500, Z = -0,862, p = 0,389
Kipróbál: új „designer” drog (1 igen / 2 nem)	1 - 216,57 2 - 149,64	t(27,196) = 2,042, p = 0,051	U = 30638,000, Z = -2,300, p = 0,021
Kipróbál: más szer (1 igen / 2 nem)	1 - 353,00 2 - 150,13	t(4,002) = 1,478, p = 0,213	U = 3546,000, Z = -2,040, p = 0,041

F2. táblázat

A RÉŠ átlagpontszáma összefüggése az egyéb változókkal – a „nullpontosok” kizárásával készített elemzések eredményei

	Átlagpont a csoportokban	Kétmintás t-próba (t) / ANOVA (F)	Mann Whitney U / Kruskal Wallis H
Dohányzás: 1 naponta, ... 5 nem, 6 leszokott	1 - 172,24 2 - 153,57 3 - 154,38 4 - 139,41 5 - 133,87 6 - 161,29	F(2, 3002) = 16,790, p = 0,000	$\chi^2(5, N = 3008) =$ 81,031, p = 0,000
Az elmúlt 3 évben megfordult-e a fejében az öngyilkosság gondolata? (1 igen / 2 nem)	1 - 259,71 2 - 145,93	t(107,005) = 7,036, p = 0,000	U = 78365,500, Z = -8,234, p = 0,000
Volt-e Önnek öngyilkossági kísérlete, és ha igen, hányszor? 1 - igen, egyszer; 2 - igen, többször; 3 - nem	1 - 297,32 2 - 173,65 3 - 147,18	F(2, 2938) = 45,527, p = 0,000	$\chi^2(2, N = 2941) =$ 35,392, p = 0,000
Volt-e már Ön szerelmes? 1 - igen, többször; 2 - igen, egyszer; 3 - talán; 4 - még nem	1 - 153,75 2 - 143,26 3 - 150,75 4 - 146,82	F(3, 3004) = 1,786, p = 0,148	$\chi^2(3, N = 3008) =$ 2,839, p = 0,417
Szexuális beállítódás: 1 - kizárólag ellenkező nemhez; 2 - mindkét nemhez; 3 - saját nemhez	1 - 148,61 2 - 255,49 3 - 175,17	F(2, 2926) = 22,087, p = 0,000	$\chi^2(2, N = 2929) =$ 23,788, p = 0,000
Védekezés: 1 - mindig; 2 - időnként; 3 - nem	1 - 143,94 2 - 175,00 3 - 188,80	F(2, 2513) = 28,480, p = 0,000	$\chi^2(2, N = 2516) =$ 46,959, p = 0,000



www.metszetek.unideb.hu

F3. táblázat
A válaszadók szexuális irányultsága (fő/%)

Hogyan jellemezné Önmagát?	Gyakoriság (fő)	%	Valós %
Szexuálisan kizárólag az ellenkező neműekhez vonzódok	7553	94,4	98,1
Szexuálisan a saját nememhez és az ellenkező neműekhez is	73	,9	,9
Szexuálisan kizárólag a saját nememhez vonzódok	74	,9	1,0
Összesen	7700	96,3	100,0
Nem tudom	74	,9	
Nem válaszolok	226	2,8	
Összesen	300	3,8	
Összesen	8000	100,0	

F4. táblázat
A Redukált Életesemény Skála kategóriái és a szexuális irányultság összefüggése (fő/%)

RÉS kategória	Hogyan jellemezné Önmagát?			Összesen
	Szexuálisan kizárólag az ellenkező neműekhez vonzódok	Szexuálisan a saját nememhez és az ellenkező neműekhez is	Szexuálisan kizárólag a saját nememhez vonzódok	
0-150	6545	43	61	6649
	98,4%	0,6%	0,9%	100,0%
150-300	700	14	7	721
	97,1%	1,9%	1,0%	100,0%
300 felett	308	16	6	330
	93,3%	4,8%	1,8%	100,0%
Összesen	7553	73	74	7700
	98,1%	0,9%	1,0%	100,0%

F5. táblázat
Védekezési szokások (fő/%)

És mi a jellemzőbb Önre?	Gyakoriság (fő)	%	Valós %
Mindig védekezek a nem kívánt terhesség ellen	5278	66,0	80,8
Időnkén védekezek, időnként nem	793	9,9	12,1
Nem szoktam védekezni	461	5,8	7,1
Összesen	6532	81,7	100,0
Hiányzó adat	1468	18,4	
Összesen	8000	100,0	



F6. táblázat

A Redukált Életesemény Skála kategóriái és a védekezési szokások összefüggése (fő/%)

RÉS kategória	És mi a jellemzőbb Önre?			Total
	Mindig védekezek a nem kívánt terhesség ellen	Időnként védekezek, időnként nem	Nem szoktam védekezni	
0-150	4654	622	328	5604
	83,0%	11,1%	5,9%	100,0%
150-300	440	107	81	628
	70,1%	17,0%	12,9%	100,0%
300 felett	184	64	52	300
	61,3%	21,3%	17,3%	100,0%
	5278	793	461	6532
	80,8%	12,1%	7,1%	100,0%

F7. táblázat

A Redukált Életesemény Skála kategóriái és az öngyilkossági gondolat előfordulásának összefüggése (fő/%)

RÉS kategória	Az elmúlt 3 évben megfordult-e a fejében az öngyilkosság gondolata?		Összesen
	1 igen	2 nem	
0-150 pont	53	6635	6688
	0,8%	99,2%	100,0%
150-300 pont	39	689	728
	5,4%	94,6%	100,0%
300 pont felett	39	286	325
	12,0%	88,0%	100,0%
Összesen	131	7610	7741
	1,7%	98,3%	100,0%



F8. táblázat
A Redukált Életesemény Skála kategóriái és az öngyilkossági kísérlet előfordulásának összefüggése (fő/%)

RÉS kategória	Volt-e Önnek öngyilkossági kísérlete, és ha igen, hányszor?			Összesen
	Igen, egyszer	Igen, többször	Nem	
0–150 pont	17	104	6593	6714
	0,3%	1,5%	98,2%	100,0%
150–300 pont	8	20	702	730
	1,1%	2,7%	96,2%	100,0%
300 pont felett	22	10	292	324
	6,8%	3,1%	90,1%	100,0%
Összesen	47	134	7587	7768
	0,6%	1,7%	97,7%	100,0%

Redukált Életesemény Skála

Az emberek gyakorta átélnek nehéz helyzeteket, olyan súlyos eseményeket, amelyek nagyon megviselik őket. Ezek közül válogattunk ki néhányat az alábbi táblázatba. A kitöltés során az életeseményhez tartozó pontszámot bekarikázva jelöld, ha azt az eseményt korábban már legalább egyszer átélted. A meg nem élt események pontszámát hagyd érintetlenül, vagy húzd ki. A bekarikázott pontok összesített értékét a „Összesen” sorba írva, illetve kiválasztva a megfelelő kategóriát, a kitöltés lezárult.

A kérdőív kitöltése önkéntes, és név nélkül történik.

Családgondozás, egyéni esetkezelés keretében történő kitöltés esetén kötelező a megkérdezett arról tájékoztatni, hogy az eredmények milyen módon kerülnek adminisztrálásra!

Megélted-e az alábbi életeseményeket?

	Pontszám
Súlyos anyagi veszteség érte a családjukat	45
Elvesztette a munkahelyét a szülője vagy a nevelőszülője	46
Durva veszekedések voltak a szülei között	47
Szakítás baráttal/barátnóval	53
Súlyos betegség (ön vagy a családjának valamelyik tagja)	57
Rendszeresen lerészegedett a szülője vagy a nevelőszülője	75



A közvetlen környezetében (családjában, baráti körében) öngyilkossági kísérlet az elmúlt 3 évben	76
Elváltak a szülei	90
Rendszeresen megverték, bántalmazták Önt a szülei vagy a nevelőszülei	90
Halállal végződő öngyilkossági kísérlet a közvetlen környezetében (családjában, baráti körében)	90
Abortusza volt (vagy a partnerének)	100
Meghalt az édesapja vagy az édesanyja	100
Összesen:	

Kategóriák

0–150	alacsony rizikó	Az átélt események talán nagyon megviseltek akkor téged, de hosszú távon ebből komolyabb bajod, egészségügyi problémád valószínűleg nem származik. Ha mégis úgy érzed, hogy valamelyik esemény még mindig nagyon fáj – gyakran eszedbe jut, szomorú leszel miatta, vagy rosszul alszol – akkor érdemes szakemberhez fordulnod, hogy segítsen feldolgozni a negatív élményeid.
150–300	közepes rizikó	Nagyon sok rossz dolog történt veled az eddigi életedben, amely nem csupán akkor fáj nagyon, amikor megtörtént, hanem bizony hosszú távú veszélyei is vannak. A stresszel összefüggő betegségek kialakulásának valószínűsége az esetekben 50% körüli, ezért javasoljuk, hogy különösen figyelj oda magadra, és szükség esetén fordulj szakemberhez, kérj segítséget.
300 felett	magas rizikó	Különösen sok rosszat éltél meg korábban, ami sajnos további problémákat is okozhat neked. A stresszel összefüggő betegségek kialakulásának valószínűsége az esetekben nagyon magas, 80% körüli, ezért javasoljuk, hogy azonnal fordulj szakemberhez, kérj segítséget!