

Szoboszlai Katalin, Hüse Lajos, Fábíán Gergely: A rizikómagatartás mintázatai a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei gyermekvédelmi szakellátásban élő fiatalok körében

Absztrakt

A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló kutatásunkat 2017-ben végeztük a telepszerű körülmények között, valamint a gyermekvédelmi szakellátásban élő 14–25 év közötti fiatalokkal Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. A kutatás célja a társadalmi periférián élő fiatalok droghasználati szokásainak és a rizikómagatartások feltárása volt.

Tanulmányunkban a gyermekvédelmi szakellátásban élő fiatalok drogfogyasztásának rizikótényezőire keresünk magyarázatokat. A drogfogyasztás hatásának vizsgálatához kifejtjük az anómia jellemzőit a célcsoportnál. A rendelkezésünkre álló adatokból választ keresünk a rezilienciára, illetve rávilágítunk a szerhasználat kialakulását befolyásoló védő- és kockázati faktorokra a célcsoportnál.

Eredményeink szerint a szakellátásban élő fiatalok körében összességében 26 százalék azok aránya, akik fogyasztottak már valamilyen drogot, vagy droghatású szert. Jelentős eltérés mutatkozik a drogfogyasztás tekintetében, ha azt a gondozási hely függvényében vizsgáljuk, hiszen míg a nevelőszülőknél elhelyezett gyerekek öt százaléka minősíthető kipróbálónak vagy fogyasztónak, addig a lakásotthonban élők harmada, a gyermekotthonban nevelkedők fele került ebbe a csoportba. A gyermekotthoni masszív fogyasztók aránya pontosan háromszorosa a lakásotthoniaknak.

A nevelőszülőknél élőkhöz képest a lakásotthoni gyerekek kétszer, a gyermekotthoniak háromszor akkora arányban szenvedtek el közepes súlyosságú élet-terheket, ugyanígy a legsúlyosabb terheket is nagyobb arányban viselik az intézményes ellátásban részesülők, mint a családban élők. A megkérdezettek a jellegzetes reziliens viselkedést kialakító környezeti – felnőttektől származó – támogatás és elismerés terén is eltérő jellemzőkkel bírnak. Negyedük-harmaduk érzi úgy, hogy támogatás szempontjából jobb volt a vérszerinti családi környezete, kétharmaduk szerint viszont a szakellátásos környezetben kapták meg a fokozottabb támogatást az őket körülvevő felnőttektől. Ez az eredmény arra utal, hogy amennyiben a gyermekvédelmi szakemberek képesek kompenzálni a család támogató szerepének hiányosságait, az protektív módon hat.

Kulcs szavak: drog, droghasználat, gyermekvédelem, reziliencia

Abstract

The research to reveal the drug use habits of children and young people living in the social periphery was conducted in Szabolcs-Szatmár-Bereg County in 2017. The target group of the research included 14–25-year-old young people living in slums and in child-protection service.

The aim of the study was to reveal the drug use habits and the risk behaviours of children and adolescents living in the periphery of the society. The study tries to find explanations to the risk factors of drug consumption of young people living in child-protection.

The characteristics of anomie in the target population is used to study the effects of drug consumption. The paper looks for answers to resilience from the available data and additionally it highlights the protective and risk factors that influence the development of substance use in the target group.

The results and conclusions from this research coupled with related international and Hungarian research are presented in this study.

Key words: drug, drug abuse, child protection, resilience

Fogalmak

A droghoz kapcsolódó alapfogalmak értelmezésében nincsen egyetértés a különböző diszciplínák között. A fogalmak tisztázatlansága és eltérő jelentéstartalma tetten érhető az orvostudományban, a jogban és a szociológiában (Kisszékelyit idézi Lévai, 1991:10). Alapvetően a drog kifejezésnek az eredeti megnevezése a gyógyszerként használt növények megjelölésére szolgál a gyógyszerészeti terminológiában. Amerikában és Európában a 'drug' szó használata elterjedt a kábulatot előidéző szerekre, mint például a nálunk is előforduló heroin, aszpirin, marihuána (Bayer, 1989).

Buda Béla (1995) könyvének szócikkben a következőképpen határozza meg a drog jelentését: „Drog: kábítószer; kellemes érzést, eufóriát, színes álmokat, érzéki hallucinációkat kiváltó természetes vagy szintetikus anyag. Egy részüket gyógyászatban fájdalomcsillapító szerként alkalmazzák, de használatuk óvatosságot igényel, mert gyakori a hozzászokás (függőség) és a mérgezés.” A definíció tartalmazza a drogfogyasztás testi és lélektani hatásait, és felhívja a figyelmet a rendszeres használattal járó függőség kialakulására.

A drog meghatározásának bizonytalanságai a jelenben sem csillapodnak. Raffai szerint *"...megalapozottabb a drog kifejezést úgy definiálni, mint olyan természetes vagy mesterséges anyag, amely az emberi szervezetbe kerülve a központi idegrendszerre hat, így megváltoztatva annak működését, funkcióit."* E definíció paradoxona, hogy specifikusabbnak hat, mégis átfogóbban közelít az anyagokhoz, például nikotin, koffein, alkohol, heroin, stb. (Raffai, 2020).

A drog fogalom nem egyértelmű jelentéstartalma miatt a *„droghasználati célú szerfogyasztás”* kifejezés is megtalálható a szakmában. Ez a megnevezés közelebb áll a köznyelvi értelmezéshez, amit hazai környezetben végzett epidemiológiai kutatásokban használnak, azonban a szakma mind angol, mind magyar környezetben felsorolással pontosítja, mi tartozik a drogok közé (Demetrovics, 2021).

A köznyelvben élő kifejezés a kábítószer, ami eredetileg jogi kifejezés azokra a kémiai anyagokra vonatkozik, amelyek rajta vannak az illegális szerek tiltólistáján (Demetrovics, 2021). Szakmai és kutatói nézőpontból helyesebb a drog megnevezést használni, hiszen jelentéstartalma bővebb a kábítószernél.

Háttér

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében gyermekvédelmi szakellátásban élők drogfogyasztására irányuló tudományos forrásmunkákat a 2017 előtti időszakból egyetlen, az értékpreferenciákra vonatkozó, 263 főre kiterjedő kutatás képviseli (Murányi, Pénzes és Barát, 2000). A drogfogyasztásról szóló adatok hiánya azért is szembeötlő, mert a KSH adatait alapul véve, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében él a legtöbb kiskorú gyermekvédelmi szakellátásban. Az adatokból egyértelműen látszik a növekvő tendencia a gyerekek bekerülését tekintve, ugyanis 2012 és 2016 között öt év alatt 2.015 főről 2.499 főre növekedett a gyermekvédelmi szakellátásban lévő gyerekek száma a megyében. A megyékre bontott statisztikai adatokból megállapíthatjuk, hogy a legtöbb családján kívül nevelkedő gyermekről Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében gondoskodik az állam (KSH, 2018). A gyermekvédelmi szakellátásban élő megyebeli gyerekek kiemelkedően magas száma irányította a figyelmünket a célcsoportnál a droggal kapcsolatos rizikómagatartások és a drogfogyasztási szokások feltárására.

Országos nagymintás kutatás a gyermekvédelmi gondoskodás területén Elekes és Paksi kutatása a gyermekotthonokban és nevelőszülőknél élő kiskorúak alkohol és egyéb drogfogyasztási szokásaira és ezzel kapcsolatos attitűdjeire terjedt ki 2004-ben. A kutatás eredményeit összehasonlították a 2003-ban felvett ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) kutatás 16 éves hazai populációra vonatkozó adataival (Elekes – Paksi, 2005). Az Elekes és Paksi (2005) nagymintás adatfelvételének két almintája a gyermekotthonban és nevelőszülőnél élő kiskorúak voltak az ország minden régiójából, így az összesített adatok és elemzések feltehetően a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyeieket is tartalmazzák. Az eredmények rámutatnak, hogy a gyermekvédelmi szakellátásban lévők 61,7%-a kipróbálta már életében a dohányzást, különbséget a gondozási helynél találunk, ugyanis a gyermekotthonok lakóinak háromnegyede (76%) próbálta ki a dohányzást, ezzel szemben a nevelőszülőknél élők csupán 42%-a. Rendszeres, napi dohányzás háromból egy kiskorúra jellemző, közülük is elsősorban a lányokra. A nevelőszülőknél élő dohányosok aránya megegyezik az ESPAD vizsgálat 16 éves korosztályra mért adataival. Az iskola típusal összevetve a szakiskolában és szakközépiskolában tanulóknál volt elterjedtebb a dohányzás 2003-ban. Iskolai teljesítményüket azok értékelték legjobbnak, akik nem dohányoztak. Az alkoholfogyasztásban ugyancsak lényeges különbség van a gondozási helyet tekintve. A szerzők a nevelőszülőnél tartózkodók mérsékeltabb alkoholfogyasztásáról számoltak be. A nevelőcsaládban nevelkedők ritkábban és mértékletesebben fogyasztanak alkoholt, kevésbé jellemző rájuk a rendszeres alkoholvívás vagy a lerészegedés. A gyermekotthonban élőkénél jellemző a nagyívás és a tömény szesz fogyasztása (Elekes és Paksi, 2005).

Szécsi és Sik (2016) szerhasználat kutatása egy hátrányos helyzetű járás szegregációval érintett településein felkeltette a figyelmünket, hiszen gyakran érkeznek gyerekek halmozott hátrányokkal rendelkező, a szegregáció jegyeit magán viselő településekről a gyermekvédelmi szakellátásba. Másfelől, a gyerekek családból történő kiemelésénél veszélyeztetettséget jelent a gyermek családjában élők szerhasználatára és addikciója. Szécsi és Sik kutatási eredményei rámutatnak a dohányzás általános, a kamaszkorúaktól kezdve minden felmenő korosztályban megjelenő használatára a szegregátumokban. A szülői generációnál elterjedt az alkohol rendszeres fogyasztása, valamint a gyógyszerfüggőség, ami elsősorban a nyugtató hatású gyógyszerek használatát jelenti. A klasszikus drogokon túlmutatóan megjelennek a gyorsan,

olcsón beszerezhető és a kívánt hatást hamar elérő új pszichoaktív szerek a szegregátumokban élők szerhasználatában. Sajnálatos, hogy 10–12 évesek is kipróbálják az új pszichoaktív szereket, nem ismerve ezek fizikai és mentális hatásait, nem törődve azok egészséget károsító és akár életet is veszélyeztető hatásaival. Függségre utaló szerhasználat magyarázatául szolgálnak azok a kijelentések, amelyek szerint az új szerek használata kitölti az unalmat és elfeledteti a jövőtlenséget a telepeken (Szécsi és Sik, 2016). A vidéki, marginalizálódott társadalmi csoportok szerhasználati szokásait feltáró vizsgálatok rámutatnak, hogy a rendkívül olcsó, új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) fogyasztása szempontjából különösen veszélyeztetettnek számítanak a marginalizált társadalmi csoportok, mint amilyenek a szegregátumokban, telepi körülmények között élők. Ezekben a csoportokban az országos átlagot szignifikánsan meghaladó mértékű ÚPSZ fogyasztás tárható fel (Csák, Márványkövi és Rácz, 2017).

Anyag és módszer. Az al minta struktúrája

A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében megvalósuló vizsgálatunk a periférián élő fiatalok rizikómagatartására, és az azt befolyásoló tényezőkre irányult. Bár a minta (N=890 fő) nagyobbik részét a megye több településének¹ szegregátumaiban, telepszerű körülmények között élő fiatalok képezték, egynegyedük a gyermekvédelmi szakellátásban² élő gyerekek és fiatalok (N=222 fő) köréből verbuválódott.

A kérdezőbiztosok által lekérdezett kérdőívünket a nemzetközi és hazai standardok egészének vagy részeinek alkalmazásával, új összefüggések feltárása alkalmas módon egybeszerkesztve alkottuk meg (HBSC (Németh és Köllő 2014); QSL (Farnicka et al 2014); CRS – Central Religiosity Scale (Huber és Huber 2012); Resilience/Stress Questionnaire (Wagnild, 2009); RÉS (Hüse, Huszti és Takács 2016); Srole-skála (Srole 1956); Magyar Ifjúság 2012 (Székely 2013); szociális reprezentáció (Moscovici 1988); személyes célok vizsgálata kérdőív (Stöber 2002)). A teljes kérdőíves vizsgálat a rizikómagatartás mintázatainak feltárása mellett a családi és iskolai háttér, a kapcsolatháló, a vallásosság, a reziliencia, az anómia és a stressz, valamint az aspirációk dimenzióira terjedt ki.

A kérdőív komplexitása hozzájárult a feltárni kívánt probléma részletekbe menő megismeréséhez, ugyanakkor nem oldotta fel a kérdőíves lekérdezéssel szemben tapasztalható, egyre erősödő ellenállást, sem a témára jellemző eltitkolást, válaszmegtagadást. A kriminális, érzékeny téma miatt vizsgálatunkat elmaszkoltuk, a megkérdezetteknek azt – az egyébként nem valótlán – tájékoztatást adva, hogy a kutatás az életkörülményeik, helyzetük feltárására irányul. Ennek ellenére alaposan feltételezhető, hogy nem megengedett szerek használatára vonatkozó direkt kérdésekre adott válaszok nem fedik le a valóságot, azaz pl. a drogfogyasztást vállalók aránya nem egyezik a valóban drogfogyasztók arányával. Kutatásunk alapmegoszlásait bizonyos esetekben tehát nem tekinthetjük reprezentatív adatoknak. A reprezentativitás hiánya ugyanakkor nem jelenti az, hogy a mintán feltárt belső összefüggéseket – különösen magas

¹ Az MTA Gyerekesély-kutató Csoportja által feltárt kistérségekből kiválasztott települések (Aranyosapáti, Baktalórántháza, Csenger, Mátészalka, Nyírbátor, Nyírmada, Ópályi, Vásárosnamény), valamint Nyíregyháza két szegregátuma került be ebbe az al mintába.

² Az al minta fele-fele arányban oszlik meg az állami fenntartású gyermekvédelem lakás- és gyermekotthonainak lakói és a Magyar Református Gyermekvédelmi Szolgálat nevelőszülő hálózatában gondozottak között. A vizsgálat az állami fenntartású nevelőszülői hálózatot nem érintette.

szignifikancia-szint mellett – ne tekinthetnénk érvényesnek. Emellett az indirekt kérdések – a megkérdezett személy környezetére, barátaira vonatkozó becslések kérése – jó indikátorai lehetnek a megkérdezett érintettségének is (Elekes és Paksi, 2005; Hüse és Horváth, 2018).

Kutatásunkban a szakellátási alminta mind az állami fenntartó lakás- és gyermekotthonait, mind a református nevelőszülős hálózatot tekintve megvalósította a közel teljes körű lekérdezést. A minta jellegzetességeit a kutatás főbb eredményeivel együtt az online is elérhető tanulmánykötet mutatja be (Fábián, Szoboszlai és Hüse, 2017), jelen elemzés a kötetben kellően fókuszba nem került szakellátási alminta néhány sajátosságát mutatja be. Arra azonban fel kell hívni a figyelmet, hogy az eredeti kutatás fókuszában a marginalizált ifjúsági csoportok szerhasználatát befolyásoló egyes protektív és rizikó tényezők feltárása állt (azaz nem jelenségek alapmegoszlásainak, hanem belső összefüggések vizsgálata), ezért számos olyan kérdést nem vizsgált, amelyek gyermekvédelmi szempontból lehetnének kurrensnek (gyermekjóléti szolgáltatás minősége, kiemelés okai, gyámhivatali döntési folyamatok és az elhelyezési tárgyalások indikátorai stb.).

A szakellátási alminta legfőbb sajátossága a gondozási hely szerinti belső megoszlása. Ez nem csak a gondozási hely típusát jelenti (nevelőszülő, lakásotthon, gyermekotthon), hanem a gondozási hálózat fenntartóját is, ugyanis míg az intézményes ellátások állami, a nevelőszülős ellátás egyházi fenntartóval rendelkezik a mintában (Fábián, Szoboszlai és Hüse, 2017). Ez azt is jelenti, hogy a feltárt összefüggések értelmezése mindig beleütközik abba, hogy amennyiben a nevelőszülőknél élő gyerekek és fiatalok válaszai jelentősen különböznek az intézményben élőkétől, annak oka éppúgy lehet az gondozási hely különbözősége, mint a fenntartói különbözőség.

A szakellátásban élő válaszadók zömében nevelőszülőknél (104 fő), lakásotthonban (48 fő) és gyermekotthonban (64 fő) élt. Jelent tanulmány mintáját ez a három csoport adja. A kutatásba bekerült javítóintézeti gyerekek (szabolcs-szatmár-beregi illetőségű, a megyei TEGYESZ szakembereivel kapcsolatot tartó 5 fő) és a befogadóotthonban élők (6 fő) a kis elemszám és szakmai indokok alapján kizártuk az elemzésből. Így összesen a mintába 216 fő került.

A drogfogyasztás alapmegosztás, és a gondozási hely szerinti eloszlás

A szerhasználatra vonatkozó kérdésekben külön tértünk ki a dohányzásra, az alkoholfogyasztásra, valamint a drogfogyasztásra – ebben a sorrendben. A drog fogalmát a lekérdezések során nem definiáltuk, ugyanakkor alkalmaztunk egy drogfajtákat részletező kérdéssort, amely implicit módon tartalmazta, mire gondolunk, amikor ezt kérdezzük, használta-e valamelyik szert. Ez tartalmazta a gyógyszerekkel való visszaélést, a gyógyszer-alkohol kombinálást, a dopping szerek visszaélés szerű használatát, valamint az olyan designer drogokat is, amelyekkel tudatmódosító hatást lehet elérni, de talán még nincsenek is benne a rendőrség által használt kábítószer-listában (erről a fogyasztónak egyébként sincs feltétlenül tudomása, ismerete, ahogy a kutató sem birtokol naprakész információkat az egyes molekula-változatok jogi státusáról). Alkalmaztuk a legelterjedtebb szerek utcai nevét is (herbál, biofü), de a szerek utcai elnevezésének alkalmazása nem volt elsődleges szempont.

A szakellátásban élő fiatalok körében összességében 26 százalék azok aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy fogyasztottak már valamilyen drogot, vagy droghatású szert, azaz vagy kipróbálták már egy-két alkalommal, vagy rendszeresebb fogyasztónak minősíthetők.

1. táblázat: A kábító hatású anyagok fogyasztásának megoszlása (%)

Soha nem fogyasztott	74,2
Fogyasztott, egy alkalommal	7,4
Fogyasztott, 2-3 alkalommal	5,1
Fogyasztott, 4-10 alkalommal	4,1
Fogyasztott, több mint 10 alkalommal	9,2

A fogyasztók körében a herbál (biofű) fogyasztása a leggyakoribb, ezt követi a marihuána, a hasis, illetve a különböző altató és nyugtató hatású gyógyszerek szedése, valamint a gyógyszerekkel kombinált alkoholfogyasztás. Más szerek fogyasztása csak néhány esetben fordult elő, illetve teljesen hiányoznak (ilyen pl. a crack, a morfium vagy a heroin). Ez az eredmény arra utal, hogy a szakellátásban élő fiatalok körében az olcsóbb és könnyebben beszerezhető drogok fogyasztása dominál (v.ö. Szécsi és Sik, 2016; Csák, Márványkövi és Rácz, 2017).

Bár statisztikai értelemben nem szignifikáns, a nemek tekintetében mérhető különbségek. Ezek szerint a fiúk gyakrabban fogyasztanak valamilyen drogot, mint a lányok, hiszen a fiúk esetében 31 százaléknál mérhető valamilyen szintű és gyakoriságú fogyasztás, míg a lányok körében ez az arány 18 százalékos. A fogyasztás gyakoriságát tekintve is a fiúk vezetnek, körükben dupla annyian tekinthetők nagyfogyasztóknak (több mint 10 alkalommal), mint a lányok esetében.

A további elemzések céljából a fogyasztás és a fogyasztás gyakorisága alapján három csoportba soroltuk a fiatalokat. Értelemszerűen egy csoportot alkotnak azok, akik még soha nem fogyasztottak kábítószert eddigi életük során, a második csoportba kerültek a kipróbálók, azaz azok a fiatalok, akik csak egy, vagy néhány alkalommal nyúltak drogokhoz, a harmadik csoportba pedig az ennél gyakrabban (4-10, vagy ennél több alkalommal) fogyasztók, vagyis a masszív fogyasztók. A kipróbálók aránya ebben a csoportosításban 12,4%, míg a masszív fogyasztóké 13,4%.³

A fogyasztott szerek tekintetében nem tapasztaltunk jelentősnek mondható eltéréseket a kipróbálók és a masszív fogyasztók között, dominánsak a már felsorolt kábító anyagok, azzal a különbséggel, hogy a kipróbálók alkohollal és gyógyszerrel „kezdenek”, míg a masszív fogyasztók körében néhány esetben már felbukkannak a drágább, és nehezebben beszerezhető drogok is, pl. az LSD, gomba vagy más hallucinogének.

Eltérés természetesen a fogyasztás gyakorisága esetében mérhető, a masszív fogyasztók körében jóval magasabb azok száma, akik heti rendszerességgel vagy akár naponta nyúlnak drogokhoz.

³ A rendelkezésünkre álló adatok alapján a masszív fogyasztókat nem feltétlenül tekinthetjük függőknek, az azonban biztonsággal kijelenthető, hogy a fogyasztott kábítószerek és főleg a fogyasztás gyakorisága alapján „függő-közeli” állapotban vannak.

Amennyiben a csoportok jellemzőit a gondozási hely függvényében vizsgáljuk, jelentős és szignifikáns eltérések tapasztalhatók (Khí² próba p = 0,00).

2. táblázat: A drogfogyasztók megoszlása a gondozási hely szerint (%)

	Nevelőszülőknél él	Lakásotthonban él	Gyermekotthonban él
Soha nem fogyasztott	95,0	63,4	52,0
Kipróbáló	3,0	26,8	17,3
Masszív fogyasztó	2,0	9,8	30,7

A nevelőszülőknél élő fiatalok körében minimális azoknak a fiataloknak a száma, akik drogot fogyasztanak. Ez a gondozási forma protektív jellegű, ahol a szülői kontroll hatása érvényesül szemben a lakásotthonokkal, de főleg a gyermekotthonokkal (Lácza, R. Fedor 2017). Ez utóbbi gondozási helyen a legmagasabb a masszív szerfogyasztók aránya. Ez egybeesik a megállapítással, mely szerint a gondozási hely típusa szoros összefüggést mutat a droggal kapcsolatos elutasító/elfogadó attitűdök reprezentációjával (Hüse és Horváth, 2018), amely megerősíti azt a feltételezésünket, hogy bár a fogyasztás tényét kevesebben vállalják, mint ahányan ténylegesen fogyasztanak, de a belső összefüggések ettől függetlenül validak lehetnek. Amennyiben a rendszeres fogyasztókra jellemzőbb, vagy körükben nagyobb eséllyel fordul elő egy jelenség, mint a nemfogyasztók körében, akkor abban a vizsgálati csoportban, ahol a rendszeres fogyasztók nagyobb sűrűségben fordulnak elő (az azokból képzett csoport, akik bevallották a fogyasztás tényét), ez a bizonyos jelenség is jellemzőbb lesz, mint abban a csoportban, ahol a rejtőzködő fogyasztók keverednek nagyobb számú nem fogyasztóval.

Számos korábbi (részben az ESPAD-kutatáshoz kapcsolódó) vizsgálat hasonló különbségeket mutatott ki. Elekes Zsuzsanna és Paksi Borbála már egy 2004-ben lebonyolított nagymintás vizsgálatában arra a következtetésre jutott, hogy a gyermekotthonokban élő fiatalok érintettsége jóval meghaladja a magyarországi normálpopulációét, illetve, hogy lényeges különbség mérhető a nevelőszülőknél és a gyermekotthonban nevelkedő fiatalok között, mivel a nevelőszülőknél élők alacsonyabb, gyakorlatilag elenyésző arányban jeleztek valamilyen szerhasználatot, nemcsak a gyermekotthonokban élő társaikhoz képest, hanem az átlag populációhoz képest is (Elekes és Paksi, 2005).

A szerzők arra is felhívták a figyelmet, hogy a gyermekotthonokban élő fiatalok esetében döntő faktor a barátokhoz fűződő viszony, az intézeti társakkal való kapcsolat milyensége. Ez egyben azt is jelenti, hogy a baráti környezet drogfogyasztása erőteljesen befolyásolja az érintett fiatal drogfogyasztását. A kortárs csoport ilyen hatása napjainkban is érvényesül, hiszen vizsgálatunkban is szignifikáns eltérést tapasztaltunk annak függvényében, hogy a megkérdezett fiatalok körében barátaik milyen mértékben használtak valamilyen kábító hatást szert (Khí² próba p = 0,00).

3. táblázat: A drogfogyasztók megoszlása a droghasználó barátok becsült aránya szerint

Droghasználó barátok becsült aránya (%)	Soha nem fogyasztott	Kipróbáló	Masszív fogyasztó
Egy sem használ	78,9	37,0	20,7
Kevesen használnak	15,5	37,0	17,2
Néhányan használnak	4,3	18,5	27,6
Többség használ	0,6	0,0	13,8
Mindegyik használ	0,6	7,4	20,7

Bár a kábítószer nem fogyasztók körében is találunk néhány olyan barátot, akik használnak valamilyen szert, esetükben mégis az a domináns, hogy a kortárs csoport tagjai sem drogfogyasztók. Eltérő ettől a kipróbálók csoportja, esetükben már magasabb a szerhasználó barátok aránya, és jelentősen eltérő a masszív fogyasztóké, ahol a barátok többsége, vagy mindegyike droghasználónak minősül.

A stressz és az anómia megoszlása a gondozási hely szerint

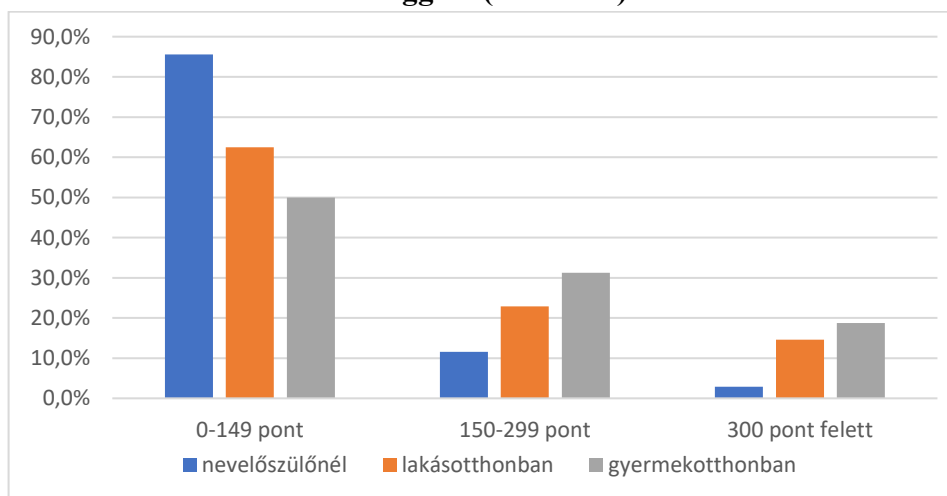
A megterhelő életesemények egyénre gyakorolt hatását több szempontból is körbe lehet járni – többnyire, ahogy a jelen tanulmányban is, az élet-terhek kockázati magatartásra gyakorolt hatását vizsgálhatjuk általa (Fábián, Szoboszlai és Hüse, 2017), de jól alkalmazható a reziliencia kialakulásával kapcsolatos vizsgálatokban is (Hüse és Ceglédi, 2018), mint pozitív, a hátrányos helyzetből való kitörést támogató faktort. Az eredeti gondolat a stresszes helyzetek egészségi állapotra gyakorolt hatásának vizsgálatából indult ki (Holmes és Rahe, 1967), melyet a szerzők később egy ifjúsági verzióval is kiegészítettek. A hazai kutatók ennek az ifjúsági kérdéssornak szelektált itemeit alkalmazták a Magyar Ifjúság 2012 kutatásban (Székely, 2013), az események súlyát figyelembe nem vevő módon. Utóbb ezt a kérdésblokkot Hüse, Huszti és Takács (2016) az eredeti logika szerint, az esemény súlyát figyelembe vevő módon visszaalakítva, néhány további itemmel kiegészítve jutott el a Redukált Életesemények Skálához (RÉS). A RÉS használatával a kutatók a marginalizált fiatalok mintáján is összefüggést találtak a megélt életesemények nehézsége, megterhelősége és a rizikómagatartás prevalenciája között (Takács, Huszti és Hüse, 2017), amely egybecseng az országos eredményeket feldolgozó tanulmánnyal, amely a megélt negatív életesemények és a kockázati vagy rizikómagatartás kialakulása között szoros kapcsolatról számolt be, miszerint az átélt negatív események növelik a kockázati magatartásformák kialakulásának valószínűségét (Székely, Susánszky és Ádám, 2013).

Az eredeti Holmes-Rahe skálának megfelelően az egyes megélt életesemények súlyosságát pontszámok fejezik ki, melyeket összegezve kiszámítható a vizsgált egyének megélt életesemény pontszáma. A Holmes-Rahe skála három csoportot (0–149; 150–299; 300+) képez a pontok alapján. A legkisebb pontszámmal jellemezhető alcsoport elhanyagolható mértékű stresszt élt át, a középső csoport komolyabb stressznek volt kitéve az utóbbi három év során, amelyet azonban a megfelelő pszichoszociális állapotú egyének jól tudnak kezelni, kompenzálni. A harmadik csoport azonban kifejezetten súlyos stressznek volt kitéve, amely

nyomot hagy nem csupán az egészségi állapotukon, de nagy valószínűséggel az egészségmagatartásukat is károsan befolyásolja.

A szakellátásos almintán megvizsgálva ezt a három RÉŠ-csoportot, rögtön szembetűnik, hogy a gondozási helyek jellemzője mentén a csoportok élesen elkülönülnek egymástól. A legvédettebb RÉŠ-csoport aránya mind a három vizsgált gondozási hely esetén meghaladja a másik két csoportét, de míg a nevelőszülőknél elhelyezett gyermekek közel 90 százaléka tartozik ide, addig a lakásotthoni gyerekeknek már csak a kétharmada, a gyermekotthoni lakók fele sorolható a legkevésbé stresszes élettörténetet magáénak tudhatók közé. A közepesen terhelt RÉŠ-csoport esetén már fordított arányosság mutatható ki, a nevelőszülőknél élőkhöz képest a lakásotthoni gyerekek kétszer, a gyermekotthoniak háromszor akkora arányban tartoznak ide. A nevelőszülőknél elhelyezett gyermekek igen kis mértékben sorolhatók a harmadik RÉŠ-csoportba, és az igaz, hogy a másik két elhelyezési formában élők esetében is kevesebb, mint 20 százaléku sorolható ide, de a gondozási hely szerinti arányeltolódás itt talán még szembetűnőbb (1. ábra). Azt nem tudhatjuk biztosan, hogy ezt az összefüggés a gondozási hely típusa közvetlenül befolyásolja-e, de annak tudatában, hogy a RÉŠ-skála alapvetően családi stresszforrásokat foglal magába, egy előzetes szelekció létét feltételezhetjük. Azaz azok a gyerekek, akik a gyermekjóléti szolgáltatás kudarcát követően kiemelésre kerülnek a családjukból, de a családi háttér a kudarc ellenére jó kondícióban van (talán még megtartónak is mondható bizonyos formában), nagyobb eséllyel kerülnek nevelőszülőkhöz, mint a másik két gondozási típusba, ezzel ellentétben, ha a családok nagyon rossz állapotban vannak, és sok megterhelő életeseemény „halmozódott fel” a családtörténetben, akkor a kiemelt gyerekek nagyobb valószínűséggel kerülnek lakásotthonba, sőt, ha kifejezetten erőteljes a stresszorok jelenléte a családban, akkor gyermekotthonba. Ugyancsak feltételezhetjük, hogy a gondozási hely kiválasztását a RÉŠ-események nem direkt módon befolyásolják, sokkal inkább a kevésbé vagy jobban terhelt gyerekek viselkedése, szociabilitása, a korábbi beavatkozásokra adott családi reakció minősége gyakorol hatást a szakemberek döntésére.

1. ábra. A megterhelő életeseemények megélése és a gyermek gondozási helyének összefüggése (N=216 fő)



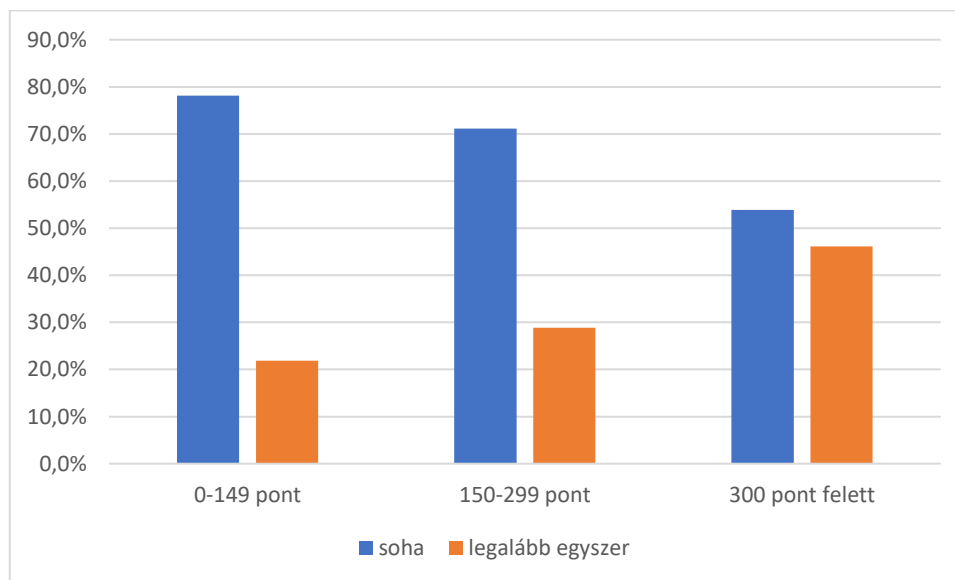
Ugyanez a viselkedési spektrum állhat annak a háttérben, hogy a legmagasabb RÉŠ-pontszámmal jellemezhető, leginkább terhelt csoport tagjaira lényegesen nagyobb arányban jellemző a rizikómagatartást gyakorló baráti kör (4. táblázat). Emellett, bár a szakellátásos

minta valamivel több, mint negyede számolt be arról, hogy legalább egyszer fogyasztott már kábítószer (vagy recept nélküli pszichoaktív gyógyszert, gyógyszer-alkohol kombinációt), a valaha drogozók aránya dinamikusan növekszik a RÉS-pontszámok emelkedésével a három csoportban (2. ábra).

4. táblázat. A korábbi megterhelő életesemények és a baráti társaság kockázati magatartásának összefüggései (%)

RÉS-csoport	hány barátja dohányzik		hány barátja lesz részeg hetente		hány barátja drogozik	
	egy sem + kevesen	többség + mind	egy sem + kevesen	többség + mind	egy sem + kevesen	többség + mind
0-149 pont	40,4	20,2	83,9	5,8	84,0	8,3
150-299 pont	33,3	37,8	82,2	0,0	86,7	2,2
300 pont felett	19,2	57,7	69,2	11,5	65,4	19,2

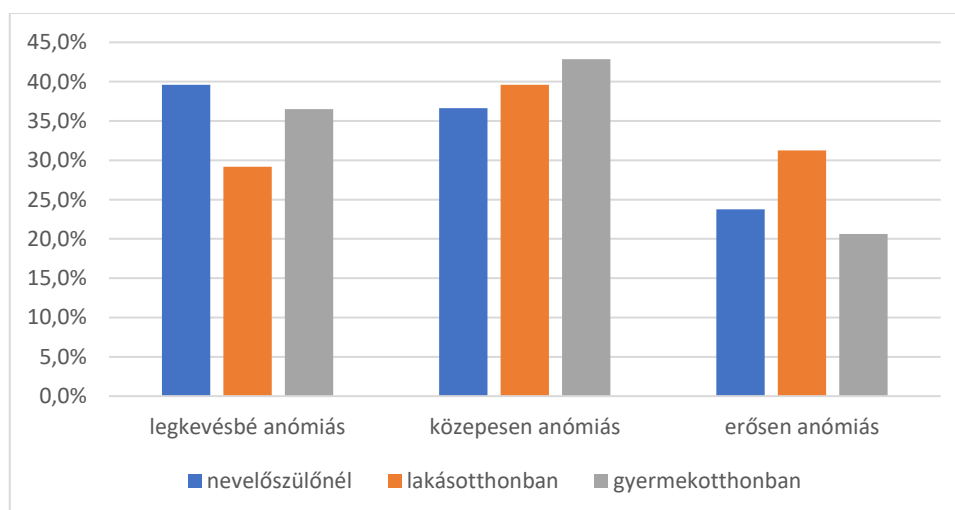
2. ábra. A korábbi megterhelő életesemények súlyossága és a drogfogyasztás esélyének összefüggése



Felmérésünkben a megterhelő életesemények mellett az anómiára is figyelmet fordítottunk. A Srole-skála (Srole, 1956) öt iteme alapján⁴ összesített anómiaskálát készítettünk: minél magasabb pontszámot ért el a válaszadó ezen a skálán, annál inkább feltételezhető, hogy a válaszadó anómiás, azaz nem érzékeli a társadalmi normákat, vagy úgy véli, hogy a normák nem működnek, nem szabályozzák mások viselkedését, ezért jobb, ha azokat ő sem tartja be. A skála alapján tercilesek mentén három csoportot képeztünk. A legkevésbé anómiás harmad skálapontszáma 5 és 11 pont közé esett⁵, a középső tercilis pontszáma 11–15 volt, a leginkább anómiás harmad pedig 16–20 pontot ért el a skálán (3. ábra).

Az anómia esetében a RÉS-skálától eltérő módon alakultak a gondozási hely szerinti arányok. Egyrészt a közepesen anómiás csoport arányában a legnagyobb, és az erősen anómiás válaszadók aránya is számottevő. Másrészt a belső megoszlások sem mutatnak egységes logikát, a nevelőszülőknél élők arányosan csökkenő anómia-érintettség mellett a lakásotthonok és gyermekotthonok lakói haranggörbét írnak le. Érdekes jelenség, hogy a leginkább anómiás csoportban az (egyházi) nevelőszülős hálózatban élők nagyobb arányban képviseltetik magukat, mint a gyermekotthonok lakói.

3. ábra. Az anómia és a gyermek gondozási helyének összefüggése (N=212 fő)



Az anómia mértéke ugyancsak összefüggést mutat a baráti körben tapasztalható, bizonyos kockázati magatartásformák elterjedtségével. A magas anómiával jellemezhető csoportban nagyobb arányban találunk olyanokat, akiknek a baráti körében igen elterjed a dohányzás, valamint a drogfogyasztás – ugyanakkor ez az összefüggés a mintában nem mutatkozott a túlzott alkoholfogyasztás esetében (5. táblázat). Emellett az anómia mértéke befolyásolja azt is, hogy a megkérdezettek milyen eséllyel nyúlnak maguk a drogokhoz: az alacsony és közepesen anómiás csoportban a megkérdezettek zöme saját bevallás szerint még sosem fogyasztott

⁴ Mostanában nemigen tudja az ember, hogy kire számíton; Nincs sok értelme a hivatalokhoz fordulni, az emberek baja nem igazán érdekli őket; Mondjanak bármit, az emberek zömének egyre rosszabbul megy; Ahogy a jövő kinéz, nem valami tisztességes gyereket a világra hozni; Ma jobb, ha az ember csak a mának él, és nem törődik a holnappal

⁵ Akik a Srole-skálán minimum elérhető 5 pontnál kevesebbet kaptak, mert nem válaszoltak mind az öt kérdésre, a csoportokba nem kerültek be (15 fő).

kábítószert (77,6% illetve 80,7%), ezzel szemben a tiszták aránya magas anómia esetén már csak 57,6 százalék.

5. táblázat. Az anómia mértéke és a baráti társaság kockázati magatartásának összefüggései (%)

	hány barátja dohányzik		hány barátja lesz részeg hetente		hány barátja drogozik	
	egy sem + kevesen	többség + mind	egy sem + kevesen	többség + mind	egy sem + kevesen	többség + mind
alacsony anómia	44,2	35,1	83,1	3,9	87,0	5,2
közepes anómia	35,7	33,3	79,5	3,6	86,9	4,8
magas anómia	30,6	59,7	83,9	9,7	69,4	11,7

A reziliencia előfordulása a gondozási hely szerint

A megterhelő életesemények és az anómia mellett harmadikként a reziliencia jelenségére fókuszálunk tanulmányunkban.

A reziliencia „rugalmas ellenállási képesség, azaz valamely rendszernek azon reaktív képessége, hogy erőteljes, meg-megújuló, vagy akár sokkszerű külső hatásokhoz sikeresen adaptálódjék”, illetve „ama tulajdonság/képesség, hogy az ember gyorsan vissza tudja nyerni eredeti, jó állapotát testi-lelki szenvedés illetve nehéz élethelyzetek átélése után” (Székely, 2015:3). A definíció alapján egy személy, akit külső behatás (általában káros) ér és az megváltoztatja az állapotát, képes lesz helyreállítani kiinduló tulajdonságait és visszatérni korábbi állapotához (Székely, 2015).

A reziliencia fogalmát a különböző tudományterületeken az induló hátrányaik ellenére sikeres egyének leírására alkalmazzák. A neveléstudományban például azokat a diákokat nevezik reziliensnek – időnként pedig sebezhetetlennek (invulnerable) –, akik ugyan alacsony szocioökonómiai státuszú családból származnak, mégis kimagasló tanulmányi eredményességgel rendelkeznek. Miután a iskolai pályafutást akadályozó jellegzetességein túl a társadalmi hátrány-komplexum erőteljes negatív hatást gyakorol az egyén életének számos dimenziójára, a „szabálytalan” pályáívek, magatartások, megoldások kiemelt figyelmet érdemelnek (Ceglédi, 2012).

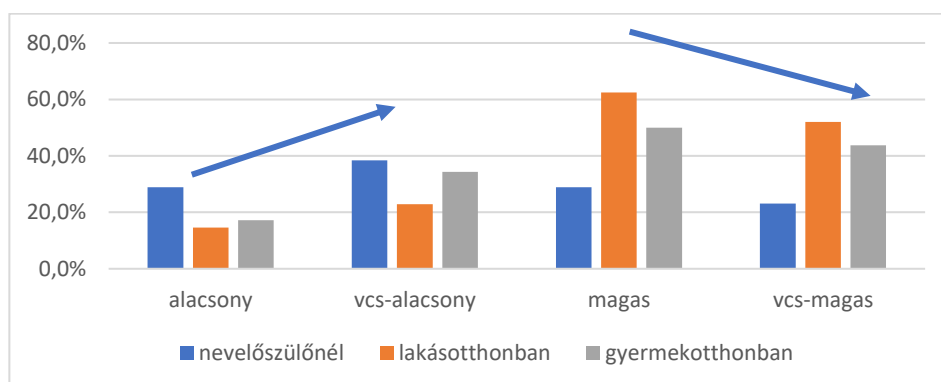
A reziliencia mérésére kutatásunkban a 14 ítemes Resilience/Stress Questionnaire kérdőívet (Wagnild, 2009) alkalmaztuk. Ez a kérdőív a személyes szívósság, ellenállóképesség azon faktorát igyekszik beazonosítani, amely a társas támogatás mértékétől függ. Eszerint a válaszadók minél nagyobb mértékben élvezhették környezetük – különösképpen a környezetükben élő felnőttek – támogatását, annál magasabb pontszámot értek el az összesített skálán, és annál inkább reziliensnek tekinthetők.

A skála alapján megvizsgáltuk, hogy hogyan alakul a társas támogatástól függő reziliencia a gondozási hely függvényében. A kérdésfeltevésben semmilyen előzetes hangolást nem alkalmaztunk („Az alábbi állításokkal kapcsolatban arra vagyunk kíváncsiak, hogy mennyire jellemzők rád”). Az előzetes hangolás hiányából fakadóan számolnunk kell azzal, hogy a családjukban élő megkérdezettektől eltérően a szakellátásban élő válaszadók sztochasztikus módon fókuszáltak az általuk megélt társas támogatásra. Egészen bizonyos, hogy akik még csak rövid időt töltöttek el szakellátásban, inkább gondoltak az otthoni körülményeikre, míg azok, akik kisgyermekként kerültek a rendszerbe és/vagy hosszabb időt töltöttek már el ott, inkább az addigra már természetesnek tekintett, szakellátási környezetükből merítették az élményeiket. Azok esetében pedig, akiket nagyobb gyerekként emeltek ki a családjukból, ugyanúgy előfordulhat a családi, mint a szakellátásos élmény-felidézés, vagy akár vegyes emlékek is szerepet játszhattak válaszaik megfogalmazásában.

A fő kérdőív mellett a szakellátásban élő al minta esetében kiegészítő kérdőívet is alkalmaztunk az adatgyűjtéskor, amelyben ugyanezt a reziliencia kérdéssort lekérdeztük oly módon is, hogy arra kértük a szakellátásban élő résztvevőket, hogy a vérszerinti családi (vcs) körülményeire gondoljanak („Itt akkor is a vérszerinti családotra gondolunk, ha már nem velük élsz”). A két lekérdezésre adott válaszok jelentős eltérést mutatnak, amiből arra lehet következtetni, hogy a reziliencia kérdéssor első lekérdezésekor bármelyik környezetükre is asszociáltak a válaszadók, a második, irányított lekérdezéskor olyan emlékek és élmények bukkantak elő, amelyek alapvetően megváltoztatták a válaszokat az al minta jelentős része esetében (4. ábra).

Az elemzés során nyilvánvalóvá vált, hogy megkérdezettek ismét eltérő jellemzőkkel bírnak, ha a gondozási hely szerint csoportosítjuk őket. Az első lekérdezésre a nevelőszülőknél élő gyermekek és fiatalok hasonló arányban számoltak be az alacsony és a magas, elnyert támogatásról, míg a második, fókuszált lekérdezésre az alacsony támogatásról beszámolók közel kétszer annyian voltak, mint azok, akik magas támogatást kaptak vérszerinti családjukban élve. Másképpen fogalmazva: a nevelőszülőknél élők esetében alacsony azok aránya, akik a támogatásból kifolyólag képesek lehetnek a reziliens viselkedésre (de nem zárható ki, hogy más okból mégis reziliensek lesznek a későbbiekben). Hozzájuk képest a lakásotthonban élők jelentős mértékben magasabb támogatás-intenzitásról számoltak be még úgy is, hogy közülük a második, a vérszerinti család viszonyaira hangolt lekérdezéskor többen számoltak be alacsony, és kevesebben magas támogatásról.

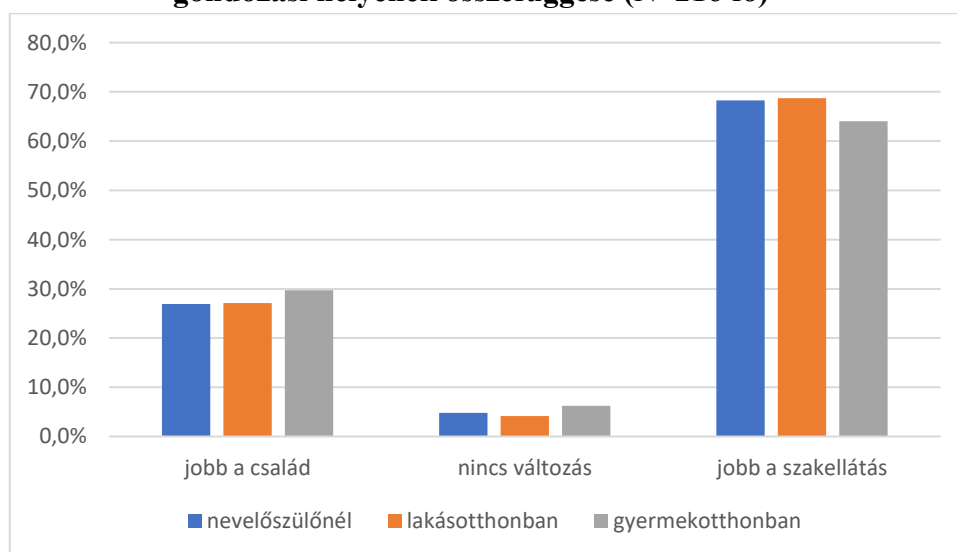
4. ábra. A társas támogatástól függő reziliencia és a gyermek gondozási helyének összefüggése (N=216 fő)



A gyermekotthoni lakók „támogatás-térképe”, amennyiben a lakásotthoni almintához hasonlítjuk, az elvart módon rajzolódott ki. Esetükben nagyobb az alacsony támogatást megélők, és kisebb az intenzívebb támogatást megélők aránya, ugyanakkor teljesen meglepő, hogy a nevelőszülős csoporthoz képest milyen jelentősen kedvezőbb az általuk megélt támogatás mértéke akár az első, általános (de valamekkora mértékben biztosan a szakellátási szituációra hangolódott), akár a második, a vér szerinti családra vonatkozó lekérdezésben.

A két lekérdezés közötti jellemző eltérés arra inspirált minket, hogy egyénekenként is vizsgáljuk meg a kapott pontszámok közötti különbséget. A két kérdéssor összpontszámainak egyéni különbségét feltárva kiderült, hogy a megkérdezettek negyede-harmada úgy érzi, támogatás szempontjából jobb volt a vérszerinti családi környezete, kétharmaduk szerint viszont a szakellátásos környezetben kapták meg a fokozottabb támogatást az őket körülvevő felnőttektől (5. ábra). Ez utóbbi akkor is jelentős arány, ha figyelembe vesszük, hogy ők azok, akik az első, tehát tudatosan nem fókuszált lekérdezésre adtak kedvezőbb választ, és mint említettük, az ő asszociációikba a kiemelésük időpontjától, akkori életkoruktól függően némileg bekeveredhetett a vérszerinti családban szerzett tapasztalat is.

5. ábra. Az általános és a családi környezetre vonatkoztatott reziliencia és a gyermek gondozási helyének összefüggése (N=216 fő)



A fenti vizsgálatokhoz képest némileg jelentéktelenebb összefüggés mutatható ki, ha a baráti kör kockázati magatartásának mértékét annak fényében nézzük, hogy a megkérdezett melyik gondozási környezetére vonatkoztatva érzékelt erőteljesebb támogatást a felnőttek részéről. A szakellátási szituációban a vérszerinti családban töltött időszakhoz képest magasabb támogatási intenzitást megélők között valamivel többen vannak olyanok, akiknek a baráti köre jobbra nem dohányzik, nem lesz részeg hetente, illetve nem drogozik. Nem túl nagy különbség fedezhető fel abban, hogy a szakellátásban jobban megtámogatott csoport tagjai között hányan vannak olyanok, akiknek viszont a baráti köre szinte kizárólag dohányosokból, rendszeres nagyívókból áll – emellett viszont körükben csak harmadakkor esély mutatkozott, hogy túlnyomórészt drogos baráti kapcsolatai legyenek (6. táblázat).

6. táblázat. A baráti társaság kockázati magatartásának összefüggése azzal, hogy melyik gondozási környezetének támogatását értékelte pozitívabban a megkérdezett (%)

	hány barátja dohányzik		hány barátja lesz részeg hetente		hány barátja drogozik	
	egy sem + kevesen	többség + mind	egy sem + kevesen	többség + mind	egy sem + kevesen	többség + mind
jobb a család	26,6	46,9	79,7	6,3	76,6	15,6
jobb a szakellátás	39,7	41,7	82,7	4,7	84,1	5,3

A szakellátási életszakaszban megélt magasabb támogatás valamivel protektívabb abban az esetben is, amikor a fiatalok saját drogfogyasztását néztük: azok 77,6 százaléka, akik a szakellátásban intenzívebben megélik a támogatást, mint a korábbi életszakaszukban, még soha életében nem drogozott, míg a másik csoportba tartozók esetében (akik a vérszerinti családjukkal töltött időben éltek meg intenzívebb támogatást) ez az arány némileg alacsonyabb, 63,5 százalék.

Összegzés

A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei, periférián élő fiatalok rizikómagatartását vizsgáló kutatás kisebbik almintája (N=222 fő) a gyermekvédelmi szakellátásban élő gyerekek és fiatalok köréből került ki. Ez a szakellátási minta mind az állami fenntartó lakás- és gyermekotthonait, mind a református nevelőszülős hálózatot tekintve megvalósította a közel teljes körű lekérdezést, emellett viszont az állami nevelőszülős hálózat nem került bevonásra. A teljes kérdőíves vizsgálat a rizikómagatartás mintázatainak feltárása mellett a családi és iskolai háttér, a kapcsolatháló, a vallásosság, a reziliencia, az anómia és a stressz, valamint az aspirációk dimenzióira terjedt ki. A kutatás főbb eredményeit az online is elérhető tanulmánykötet mutatja be (Fábián, Szoboszlai és Hüse, 2017).

A szakellátási alminta gondozási hely szerinti belső megoszlása (nevelőszülő, lakásotthon, gyermekotthon, illetve állami és egyházi fenntartó) miatt a feltárt összefüggések értelmezése mindig beleütközik abba, hogy amennyiben a nevelőszülőknél élő gyerekek és fiatalok válaszai jelentősen különböznek az intézményben élőkétől, annak oka éppúgy lehet az gondozási hely különbözősége, mint a fenntartói különbözőség.

A szakellátásban élő fiatalok negyede fogyasztott már valamilyen drogot vagy droghatású szert (kipróbálók és rendszeres fogyasztók együtt). A fogyasztók körében az utóbbi időben előre törő, rendkívül olcsó, házilag előállítható herbál (biofü) fogyasztása a leggyakoribb, ezt követi a marihuána, a hasis, illetve a különböző altató és nyugtató hatású gyógyszerek szedése, valamint a gyógyszerekkel kombinált alkoholfogyasztás. A fiúk közel kétszer gyakrabban fogyasztanak valamilyen drogot, mint a lányok, és a fogyasztás gyakoriságát tekintve is kétszer annyi fiú jelezte, hogy több mint 10 alkalommal használt valamilyen szert, mint lány. A fogyasztás

gyakorisága alapján vizsgálva a kipróbálók arányát 12,4 százalékban, míg a masszív fogyasztókét 13,4 százalékban határoztuk meg.

Igen erőteljes eltérés mutatkozik a drogfogyasztás tekintetében, ha azt a gondozási hely függvényében vizsgáljuk – ez az eredmény egybevágh a korábbi kutatások megállapításaival (Elekes és Paksi, 2005). Míg a nevelőszülőknél elhelyezett gyerekek öt százaléka kipróbáló vagy fogyasztó, addig a lakásotthoni almintá harmada, a gyermekotthoni almintá fele került ebbe a csoportba. Ezen belül a gyermekotthoni masszív fogyasztók aránya pontosan háromszorosa a lakásotthoniaknak. A különbségek a megkérdezettek baráti körének drogfogyasztási szokásaiban is reprodukálódhatnak, jól mérhetők.

Az élet-terhek kockázati magatartásra gyakorolt hatásának vizsgálata a stresszes helyzetek egészségi állapotra gyakorolt hatásának vizsgálatából (Holmes és Rahe, 1967) indult ki. Az egyes megélt életesemények súlyosságát ebben a vizsgálati megközelítésben pontszámok fejezik ki, melyeket összegéből három csoportot (0-149; 150-299; 300+) képezhetünk, az enyhétől a súlyosig. A szakellátásos almintában a gondozási helyek jellemzője mentén a csoportok élesen elkülönülnek egymástól. A nevelőszülőknél élőkhöz képest a lakásotthoni gyerekek kétszer, a gyermekotthoniak háromszor akkora arányban szenvedtek el közepes súlyosságú élet-terheket, ugyanígy a legsúlyosabb terheket is nagyobb arányban viselik az intézményes ellátásban részesülők, mint a családban élők. Fontos kiemelni, hogy a legmagasabb pontszámmal jellemezhető, leginkább terhelt csoport tagjaira lényegesen nagyobb arányban jellemző a rizikómagatartást gyakorló baráti kör, legyen szó dohányzásról, illetve alkohol- vagy drogfogyasztásról.

A megkérdezettek a jellegzetes reziliens viselkedést kialakító környezeti – felnőttektől származó – támogatás és elismerés terén is eltérő jellemzőkkel bírnak, de ez nem feltétlenül mutatkozik meg jól a gondozási hely szerinti csoportosításban. A megkérdezettek negyede-harmada úgy érzi, támogatás szempontjából jobb volt a vérszerinti családi környezete, kétharmaduk szerint viszont a szakellátásos környezetben kapták meg a fokozottabb támogatást az őket körülvevő felnőttektől. Ez utóbbi csoport tagjai között valamivel többen vannak olyanok, akiknek a baráti köre nem dohányzik, nem lesz részeg hetente, illetve nem drogozik, amely arra utalhat, hogy amennyiben a gyermekvédelmi szakemberek képesek kompenzálni a család támogató szerepének hiányosságait, az protektív módon hathat – talán nem csupán a gondozottak egészségmagatartására.

Felhasznált irodalom

Bayer I. (1989): A kábítószer. Gondolat Kiadó, Budapest

Buda B. (1995): Szenvedélyeink. SubRosa Kiadó, Budapest

Ceglédi T. (2012): Reziliens életutak, avagy A hátrányok ellenére sikeresen kibontakozó iskolai karrier. Szociológiai Szemle 22(2): 85–110.

Csák R., Márványkövi F., Rácz J. (2017): Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban. Kutatási beszámoló, kézirat.

Demetrovics Zs. szerk. (2021): Az addiktológia alapjai I. Akadémiai Kiadó, 2021. DOI: 10.1556/9789634546764

- Elekes Zs., Paksi B. (2005): A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok alkohol-és egyéb drogfogyasztása. *Kapocs* 4. évf. 5. szám 2–22
http://epa.oszk.hu/02900/02943/00020/pdf/EPA02943_kapocs_2005_5_01.pdf
- Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.] (2017): A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. ISBN 978-963-12-9150-6
- Farnicka M., Liberska H., Kosiková V., Lovasová V., Freudenreich D. (2014): A New Tool in the Fight against Social Exclusion: The Questionnaire of School Life (QSL). In: Liberska H., Farnicka M. [eds.]: *Child of Many Worlds: Focus on the Problem of Ethnic Minorities*. Peter Lang Verlag, Frankfurt. 177–191.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967): The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11(2): 2013–221. DOI:10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Huber S., Huber O. V. (2012): The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions* 2012/3.: 710–724. DOI: 10.3390/rel3030710
- Hüse L., Horváth C. (2018): A rizikómagatartás implicit attitűdjeit befolyásoló egyes szocializációs tényezők vizsgálata mélyszegénységben és szakellátásban élő fiatalok körében. *Esély* 2018/6: 107–132.
- Hüse L., Huszti É., Takács P. (2016): A gyermekvédelem peremén – Negatív életesemények hatása a kamaszok és fiatalok egészségkárosító magatartására. *Metszetek* 5(4): 80–108. DOI 10.18392/METSZ/2016/4/5
- KSH (2018): Gyermekvédelmi szakellátásban részesülő kiskorúak (2005-). Letöltési hely: https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsg017b.html Látogatás ideje: 2019. szeptember 29.
- Láczay M., R. Fedor A.(2017): A szabolcs-szatmár-beregi fiatalok bizalmi kapcsolatainak bemutatása kockázati tényezők alapján. Prediktorok és protektorok egy vizsgálat adatbázisának több dimenziós elemzésében. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: *A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere*. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 73-90.
- Lévai M. (1991): A kábítószer-probléma és a bűnözés összefüggései. Kandidátusi disszertáció. Letöltési hely: <http://real-d.mtak.hu/49/1/Le1.pdf>
- Moscovici S. (1988): Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology* 18/3: 211–250. DOI:10.1002/ejsp.2420180303
- Murányi I., Péntes M., Barát K. (2000): *Drog-Érték-Család*. Nevelőotthonban élő fiatalok drogfogyasztása és értékrendje. ÉKMSzME, Nyíregyháza.
- Németh Á., Köllő J. (2014): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014*. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. NEFI, Budapest.
- Raffai G. (2020): *A drog fogalmi meghatározásai, csoportosításai, megjelenései a klasszifikációs rendszerekben*. Drogkutató Intézet. Letöltési hely: <https://drogkutato.hu/drogszemle/a-drog-fogalmi-meghatározásai-csoportosításai-megjelenései-a-klasszifikációs-rendszerekben/>
- Srole, L. (1956): Social Integration and Certain Corollaries: An Exploratory Study. *American Sociological Review*. 21. DOI:10.2307/2088422

- Stöber, J. (2002). Skalendokumentation „Persönliche Ziele von SchülerInnen“(Hallesche Berichte zur Pädagogischen Psychologie Nr. 3). Halle (Saale): Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Pädagogik. Zugriff unter <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/395/pdf/bericht03.pdf> DOI:10.1007/BF03173464
- Szécsi J., Sik Dorka (2016): Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban. Esély, 2. 115–131.
- Székely A., Susánszky É., Ádám Sz. (2013): Fialok kockázati magatartása. In: Székely L. [szerk.] (2013): Magyar ifjúság 2012. Kutatópont, Budapest. 179-210.
- Székely I: Reziliencia: a rendszerelmélettől a társadalomtudományokig. Replika 94 (2015/5. szám): 7–23.
- Székely L. [szerk.] (2013): Magyar ifjúság 2012. Budapest, Kutatópont.
- Takács P., Huszti É., Hüse L. (2017): Stressz, anómia és a rizikómagatartás. In: Fábíán G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 161–185.
https://www.periferiaegyesulet.hu/assets/k%C3%B6nyv-egyben_pw.pdf
- Wagnild, G. (2009). The Resilience Scale User's Guide for the US Englishversion of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14). Worden, MT: Resilience Center