

## DROGPREVENCIÓS HELYZET(JELENTÉS)

KVALITATÍV KUTATÁS A TERÜLETEN DOLGOZÓ SZAKMAI SZOLGÁLTATÓK KÖRÉBEN

---

DOI: 10.18030/socio.hu.2013.2.1

### ABSZTRAKT

Célkitűzés: A tanulmány célja a magyarországi általános és célzott drogprenvenziós beavatkozások területén megfigyelhető új fejlemények megismerése, illetve a hazai tendenciák elhelyezése a nemzetközi fő áramokhoz képest.

Módszer: A kutatás célcsoportját a drogmegelőzés területén (is) tevékenykedő szervezetek, illetve azok vezetői/kulcsszereplői képezték. Az adatgyűjtés 2012-ben történt, az adatok a 2011-es évre vonatkoznak. A kutatás során fókuszcsoportos adatgyűjtési módszert alkalmaztunk. A fókuszcsoport vezérfonalának összeállítása során az EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) általános és célzott prevencióval kapcsolatos strukturált kérdőíveire (SQ25, SQ26, illetve az SQ23-29/D rész) támaszkodtunk.

Eredmények/következtetések: A szakemberek percepciói alapján azt mondhatjuk, hogy a drogprenvenzióhoz való hozzáférés az iskolai szintéren Magyarországon korlátozott, azaz több mint néhány iskolában hozzáférhető, de az iskolák többségében nem. Az univerzális prevenció többi (családi-, ill. közösségi megközelítésű) területén a „lefedettség” még rosszabb, s csak néhány releváns helyen elérhetőek a programok. A megkérdezett szakértők véleménye szerint az iskolai prevenció hozzáférhetősége területén az utóbbi 3-4 évben kedvezőtlen tendenciák mutatkoztak, az univerzális prevenció más területén pedig stagnálás volt tapasztalható. A célzott prevenció vonatkozásában kedvező tendenciákról számolnak be a szakemberek, mindazonáltal ezek a programok is csak korlátozottan elérhetőek, vagy kifejezetten ritkák.

A szakértők véleménye szerint az utóbbi időszakban az állami/önkormányzati szerepvállalás csökkenése észlelhető, ugyanakkor a forprofit szféra szerepvállalása nem érzékelhető, vagy csak minimális mértékű. Elhangzottak a terület fenntarthatóságával kapcsolatos aggodalmakat kifejező vélemények is.

### KULCSSZAVAK:

drogprenvenzió, általános (univerzális) prevenció, célzott (selective) prevenció, kvalitatív vizsgálat

---

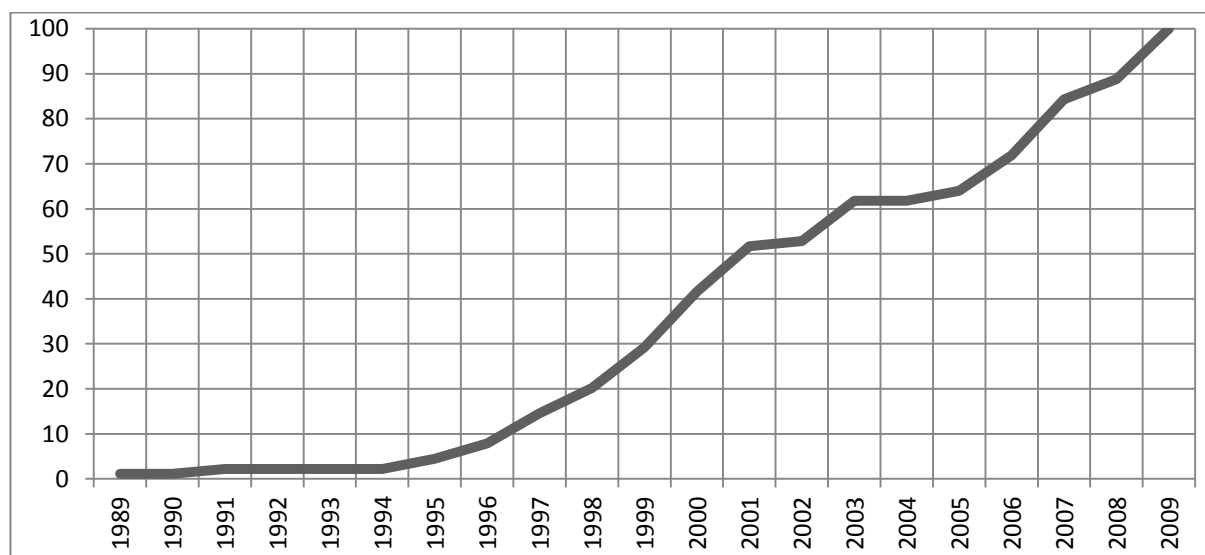
<sup>1</sup> Paksi Borbála: Budapesti Corvinus Egyetem, Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet, Viselkedéskutató Központ, Magi Anna: Magyar Drogprenvenziós és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége (MADÁSZSZ)

## 1 BEVEZETÉS

Tanulmányunkban a magyarországi prevenció tevékenység egyik fő területével, a drogprevenció beavatkozások aktuális helyzetével, az ezen a területen megfigyelhető tendenciákkal foglalkozunk.

A rendelkezésre álló adatok alapján (Paksi–Demetrovics 2011, Paksi–Arnold 2010) azt feltételezhetjük, hogy a kilencvenes évek utolsó éveitől kezdődően, Magyarországon mintegy tíz éven keresztül dinamikusan növekedett a drogprevenció beavatkozások hozzáférhetősége. Egy 2010-ben zárult, 5 megye prevenció szolgáltatásainak feltárására irányuló kutatás (Paksi–Arnold 2010) alapján azt mondhatjuk, hogy a kilencvenes évek közepéig csak elvétve zajlott bármilyen szintű drogprevenció tevékenység. Ezt követően azonban – időben és beavatkozási területenként változó intenzitású, de összességében – évente átlagosan mintegy 6-7%-os növekedés volt becsülhető.

1. ábra. A drogprevenció programok megjelenésének dinamikájának becslése (az indítás éve alapján, a programok kumulált százalékában;  $n_1=89$ )



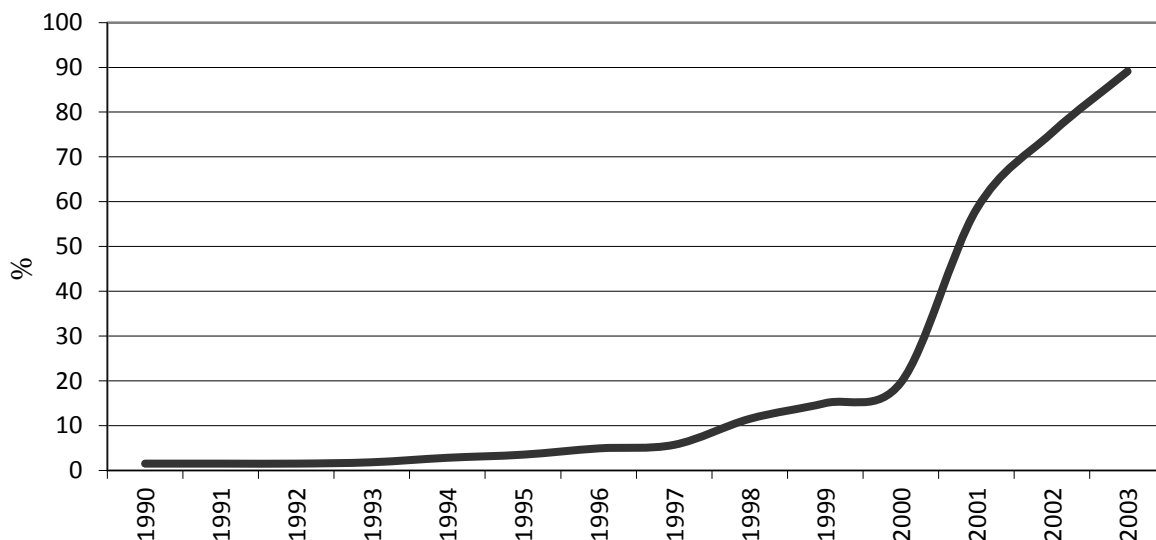
Forrás: Paksi–Arnold 2010

A kilencvenes évek végéig a prevenció beavatkozások legjellemzőbb színterén, a közoktatási intézményekben is csak elvétve zajlott prevenció/egészségfejlesztő tevékenység, s az ezredfordulón is csak az iskolák egyötöde szerzett ilyen irányú tapasztalatot. Igazi lendületet az iskolai prevenció a 2001/2002-es tanévben vett, amikor is – feltehetően „Az iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című az ISM-OM finanszírozással megvalósuló projekt keretében – az iskolák további kétötöde indított valamilyen – a legális és/vagy illegális szerhasználat interveniálását (is) célul kitűző – prevenció programot. A 2003/2004-es tanévben már tíz iskolából kilenc rendelkezett e téren tapasztalattal, s az iskolák háromnegyede végzett aktuálisan is valamilyen drogprevenció/egészségfejlesztő tevékenységet.

Összességében a 2001 és 2004 közötti periódust az iskolai prevenció expanzív időszakának tekinthetjük (2. ábra). Tartalmi/minőségi változásokat, fejlesztéseket ebben az időszakban nem nagyon tapasztaltunk, nem voltak megfigyelhetők az olyan, a szakma elvárásait inkább leképező irányba való elmozdulások, mint az interaktív oktatási módszerek alkalmazása (Tobler 1997; Tobler–Stratton 1997), vagy a normatív hiedelmek megváltoztatására irányuló (Flay 2000; Taylor 2000; Reis et al. 2000), illetve a szociális befolyásolást, a társas kompetenciákat növelő tartalmak (Hansen 1992; Dusenbury–Falco 1995; Paglia–Room

1999; Tobler, Roona és Ochshorn 2000; Tobler 2001; Soole, Mazerolle és Rombouts 2005) térhódítása. Hasonlóképpen nem tapasztaltunk a komplex, integrált szemléletű programok irányába való elmozdulást sem. Nem csökkent az ismeretátadásra fókuszáló programok aránya, holott a szakirodalom ezeket a beavatkozásokat már ekkor sem tekintette hatékony megközelítéseknek (Werch–Owen 2002; Soole et al. 2005).<sup>2</sup>

2. ábra. A közoktatási intézmények bekapcsolódása az iskolai prevenció/egészségfejlesztő tevékenységbe (az iskolák kumulált százalékában kifejezve programok indítási éve alapján)



Forrás: Paksi et al. 2011

Az ezredforduló első évtizedének második felében az iskolák prevenció aktivitása stabilizálódni látszott, az egyes tanévekben az intézmények 85-88%-ában történt valamilyen prevenció beavatkozás. A prevenció tevékenység rendszeressége jelentősen növekedett: az ezredforduló első éveiben jellemző mintegy 30%-ról 80%-ra emelkedett azon iskolák aránya, ahol minden évben zajlott prevenció. A beavatkozások rendszeressé válása minőségi változásra utaló tendenciaként értelmezhető, tekintettel arra, hogy a szakirodalom szerint (Soole Mazerolle és Rombouts 2005) a beavatkozások hatásosságát növeli, ha egy éven belül ismétlésre, vagy a beavatkozás bizonyos elemeinek felfrissítésére sor kerül. Ezekben az években kedvező irányú elmozdulások jelei mutatkoztak a programok tartalmi elemei tekintetében is. Megszűnni látszott az ismeretátadásra koncentrált megközelítés dominanciája az iskolák prevenció tevékenységében, s növekedett a korszerű szakirodalom alapján priorizált, a társas kompetenciákat növelő tartalmak előfordulási aránya. Az iskolai prevenció beavatkozások időtartamának jellemzőiben szintén kedvező változásokra utaló tendenciák jelentkeztek: az évtized második felében már legnagyobb arányban nem 3-5 órás, hanem inkább 10-20 órás prevenció beavatkozások történtek. Összességében azonban a kedvező irányú elmozdulások ellenére az iskolákban alkalmazott programstruktúra négy évvel ezelőtt is elmaradt a szakirodalom szerint kívánatos, illetve a nemzetközi gyakorlat alapján (EMCDDA 2008) korszerűnek minősíthető programstruktúrától.

Az utóbbi 4 évre vonatkozóan sajnos már nem rendelkezünk naprakész országos adatokkal a drogprevenció beavatkozások hozzáférhetősége, illetve strukturális jellemzői vonatkozásában. Rutinszerű adatgyűjtések a prevenció területén nem léteznek. Az iskolai szinten zajló drogprevenció/egészségfejlesztési tevékenységre vonatkozóan – mint fentebb láthattuk

<sup>2</sup> Megjegyezzük, hogy az ezredfordulót követő években hasonló tendenciák az Unió számos tagállamában voltak tapasztalhatók: a döntéshozók és a szakemberek gyakran továbbra is azon megközelítéseket részesítették előnyben, melyeket a korszerű szakirodalom nem tart hatékonynak (EMCDDA 2005).

– 2009-ben készült az utolsó országos adatokkal szolgáló kutatás (Paksi, Felvinczi és Schmidt A. 2011, Paksi 2010; Nadas–Paksi 2011). A nem iskolai szinten kínált programokról 2008-ban (Nadas–Paksi 2009) történt ez idáig az egyetlen országos adatfelvétel. A preventációs programok általában vett kínálatáról pedig mindössze egy 2010-ben zárult lokális vizsgálat szolgált adatokkal (Gondi, Magi és Paksi 2010; Paksi–Arnold 2010). Nem tudjuk, hogy a korábbi években mért tendenciák mennyiben folytatódtak az utóbbi 3-4 évben, hogy milyen elmozdulások történtek a különböző szintereken, illetve a különböző célcsoportok számára kínált szolgáltatások fő irányai tekintetében. Nem ismert, hogy a preventációs beavatkozások mennyiben tudtak reflektálni az utóbbi években megfigyelhető olyan kihívásokra, mint pl. a designer drogok megjelenése, vagy a drogfogyasztás epidémiájában mutatkozó kedvezőtlen magyarországi tendenciák (Hibell et al. 2012, Elekes–Nyírády 2012, Németh–Költő 2011). Ugyan Albert Fruzsina és Tóth Olga kutatási beszámolójukban egy relatíve kedvező helyzetet jeleznek: *„a szakértők szerint jelenleg a preventációs tevékenység legfőképpen az illegális, illetve a legális szerhasználatra irányul. ...Úgy tűnik, a preventiót végzők legtöbb energiája a leginkább szem előtt lévő (és a felnőtt társadalomban is legtöbb aggodalmat okozó) szerfogyasztás visszaszorítására összpontosul”* (Albert–Tóth 2013:10), ezt azonban a preventió általános helyzetére vonatkozó információk nélkül nehéz értelmeznünk.

A preventió helyzetét szisztematikusan leíró, strukturált információk ugyanakkor elengedhetetlenek a fejlesztendő területek azonosításához, a preventációs politika fő irányainak meghatározásához, továbbá a területen dolgozók munkájának összerendezéséhez is.

## 2 FOGALMI KERETEK

A drogmegelőzés és egészségfejlesztés területén az intervenciós stratégiák és a konkrét beavatkozások osztályozása a preventációs fogalomhasználatban korábban meghatározó jelentőségű, a medikális paradigma által definiált, Caplantól (1964) származó klasszikus felosztás (primer, szekunder és terciér preventió) helyett egyre inkább egy célcsoport fókuszú kategorizáció irányába tolódik el (Mrazek–Haggerty 1994; Robinson et al. 2004). Az osztályozásban bekövetkező szemléletváltás mögött a megelőzés tárgyát jelentő viselkedéssel kapcsolatos paradigmaváltás húzódik meg: míg *„a korábbi csoportosítás alkalmas valamilyen patológiás viselkedés kialakulásának leírására, addig kevésbé megfelelő egy komplex emberi viselkedés leírására, különösen akkor, ha az nem is tekinthető diszfunkcionálisnak, vagy patológiásnak”* (Brotherhood–Sumnall 2011:13). A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) is az alábbi, a populáció becslést veszélyeztetettségén alapuló célcsoport szerinti kategóriákat használja (EMCDDA 2010, 2011):

**Általános preventió (*Universal Prevention*):** Az ebbe a kategóriába tartozó preventációs stratégiák a populáció (helyi közösség, lakóközösség, iskolás populáció) egészét szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a probléma-viselkedés megjelenését kívánják megakadályozni, illetve késleltetni. Ezek a preventációs beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják „ellátni” a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a problémák jelentkezésének kivédését.

**Céltott preventió (*Selective Prevention*):** Ezek a beavatkozások azokat csoportokat célozzák meg, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, vagy egyéb szempontok szem előtt tartása mellett, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oksági kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma-

viselkedés kialakulása között.<sup>3</sup> Az ebbe a csoportba tartozó programoknak tartalmukban és felépítésükben olyannak kell lenniük, hogy a veszélyeztetett csoport valamennyi tagja, esetleges konkrét személyes veszélyeztetettség híján is, képes legyen profitálni ezekből.

Javallott prevenció (*Indicated Prevention*): Ez a kategória olyan prevenciók beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (DSM-IV) függőnek nem minősülő, de a függőség korai jeleit mutató személyek viselkedését próbálják a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. Ezek a programok tehát elsősorban az egyén szintjén, egyénre szabott módon kezdeményezik a beavatkozásokat.

Tanulmányunkban a fenti kategóriák közül az univerzális és célzott drogprenenciós beavatkozások aktuális helyzetének bemutatásával foglalkozunk.

### 3 DROGPREVENCIÓS ADATOK AZ EURÓPAI UNIÓBAN

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) egy az EU számos hivatalából, mely az Európai Unió drogproblémákkal kapcsolatos helyzetéről tényeken alapuló áttekintést ad. A hivatal célja, hogy tényszerű, objektív, megbízható és az összehasonlításra alapként szolgáló információt gyűjtsön be, ezáltal háttérrel biztosítson egyrészt az országoknak a törvények és szabályozások kialakítására, valamint a gyakorlati és elméleti szakemberek számára elérhetővé tegye a jó gyakorlatokat és a lehetséges új kutatási területeket. Alapvetően 30 ország adatait gyűjti, az EU 27 államán kívül még Horvátországból és Törökországból (mint tagjelölt országokból), valamint Norvégiából.

Az EMCDDA által közölt adatok forrását az egyes országok által jelentett adatok képezik, melyeket az adott országok meghatározó, a drogproblémákhoz kapcsolódó különböző területeken működő nemzeti intézményei és hivatalai, az ún. Reitox<sup>4</sup> hálózat tagjai állítanak össze. A Reitox hálózat tagjainak feladata az adatgyűjtésen felül az információ feldolgozása és értelmezése, valamint az eredmények nemzeti szintű disszeminációja.

A Reitox hálózat tagjai a jelentéseket kvantitatív és kvalitatív adatok felhasználásával készítik 3 típusú adatgyűjtési és jelentési metódus alapján (EMCDDA 2011a):

- a kvantitatív adatok gyűjtését évente kitöltött standard adattáblák segítik;
- a kvalitatív információkat meghatározott időközönként megválaszolt strukturált kérdőívek alapján állítják össze;
- a szintén évente leadott, „új fejlesztésekről, trendekről és részletes információkról” szóló jelentések végleges összeállítása részletes útmutatók alapján történik, melyek a szövegezési és ábrázolási előírásokat is tartalmazzák.

A prevencióval kapcsolatos adatok egységességét egyrészt a nemzeti jelentések prevencióval foglalkozó fejezetére vonatkozó útmutató biztosítja, másrészt a nemzeti szakértők által kétévente kitöltésre kerülő, kvalitatív információval szolgáló strukturált kérdőívek (SQ25, SQ26, illetve az SQ23-29/D rész).

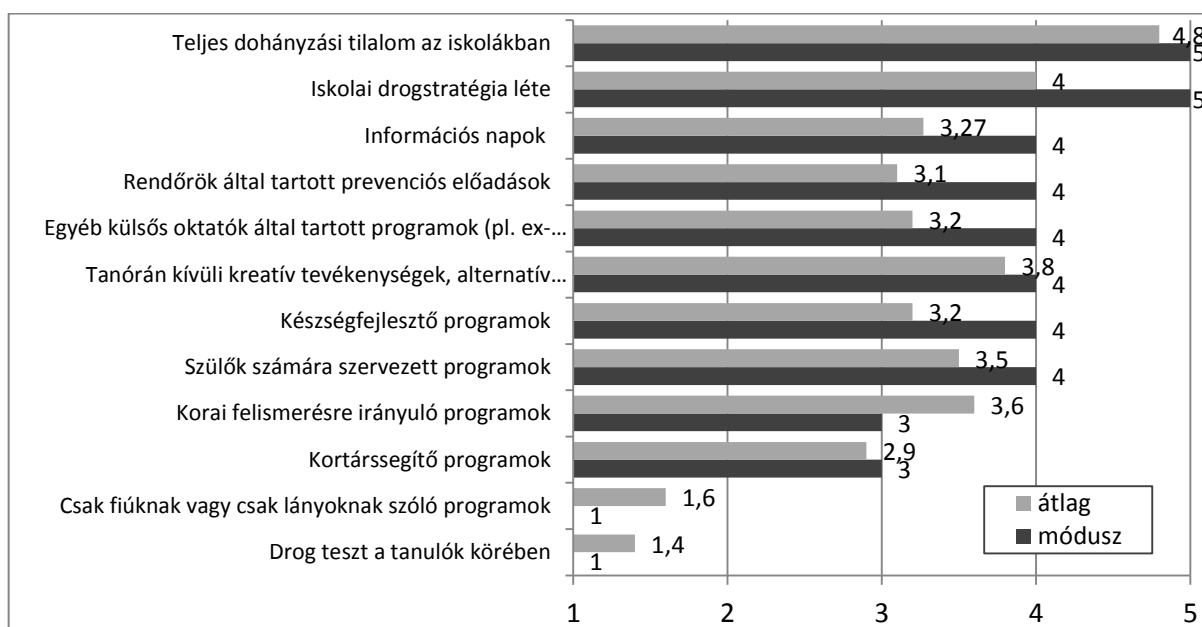
<sup>3</sup> Ilyen veszélyeztetett csoportok lehetnek: hajléktalanok, kisebbségek tagjai, problémás diákok, iskolából kimaradó fiatalok, intézetben élő fiatalok, fiatal bűnelkövetők, partizó fiatalok, rossz környéken élő fiatalok, bevándorlók, beilleszkedési problémákkal küzdők, hiperaktív fiatalok, veszélykeresők, konditerembe járók (szteroidokat, teljesítménynövelő szereket fogyasztók).

<sup>4</sup> A „Reitox” mozaikszó a francia *Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies* kifejezésből származik.

A rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy az általános prevenció beavatkozások legjelentékenyebb hányadát egész Európában az iskolai programok képezik (Brotherhood–Sumnall 2011, EMCDDA 2011b). Az Európa szerte működő drogprevenációs programokat egységes szempontrendszer szerint leírni és közzé tenni hivatott EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) adatbázisában<sup>5</sup> jelenleg (EDDRA 2013) megtalálható általános prevenció programok közel kétharmada (176 általános prevenció programból 111) az iskolákban (is) megjelenik. Az iskolai szintér dominanciája annak ellenére megfigyelhető, hogy az iskolai megelőzéssel kapcsolatban a szakirodalom korántsem egységes: az utóbbi időben többen megkérdőjelezték (Coggans 2006; Gorman, Conde, E. és Huber 2007) annak hatékonyságát, más kutatások pedig a programok, illetve egyes programelemek – mint a normatív hiedelmek, vagy az életvezetési készségek fejlesztése – alkalmazásának hatékonyságával kapcsolatban foglaltak állást (Faggiano et al. 2010; Lammers et al. 2011).

Harminc európai ország<sup>6</sup> legutóbbi – 2011-ben, a 2010-es évre vonatkozóan kitöltött – strukturált kérdőívei alapján (EMCDDA 2011c) azt látjuk, hogy az iskolai prevenció programok különböző modalitásainak lefedettsége eltérő, s a különböző prevenció megoldások lefedettsége alapján felrajzolható európai prioritássorrend a kutatásokkal nem alátámasztott, azaz nem bizonyítékalapú beavatkozások (adminisztratív intézkedések, droginformációs napok, rendőrök, valamint más külső oktatók által tartott előadások) dominanciáját jelzi. Néhány bizonyítékokon alapuló beavatkozás ugyan az országok nagy részében az iskolák többségében hozzáférhető (pl. szociális és személyes készségek fejlesztése), viszont számos bizonyítékkal megtámogatott programtípus, mint a kortársprogramok, vagy a fiúkat célzó beavatkozások, továbbá – mint ahogy arra Brotherhood és Sumnall (2011) felhívja a figyelmet –, a strukturált beavatkozási protokollokon alapuló, standard programok csak nagyon kevés országban, illetve kis lefedettséggel kerülnek alkalmazásra.

3. ábra. Az iskolai prevenció különböző modalitásainak hozzáférhetősége Európában 2010-ben (a nemzeti szakértők becsléseinek súlyozatlan átlagai, és módusai)



Forrás: EMCDDA 2011c, saját számítás

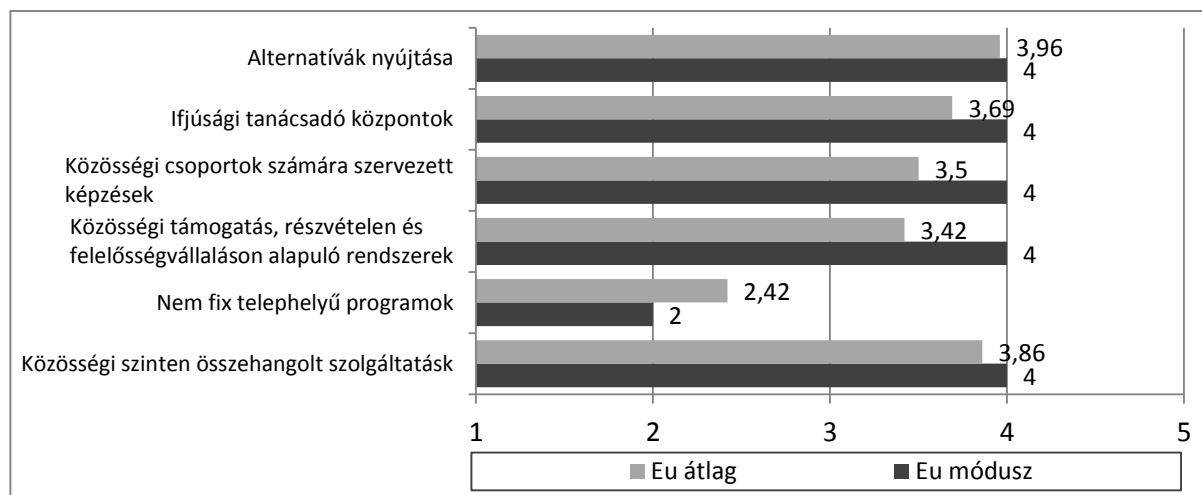
<sup>5</sup> Megjegyezzük, hogy az EDDRA adatbázisába a programok feltöltése szigorú kritériumokhoz kötött és önkéntes, tehát nem reprezentálja az EU tagállamainak prevenció programkínálatát, mindazonáltal, mint egyfajta példagyűjteményt, bemutatásra érdemesnek véljük.

<sup>6</sup> 27 EU tagország, valamint Horvátország, Törökország és Norvégia.

A családi prevenció elterjedtsége korántsem mondható általánosnak. „2007-ben 11 európai uniós tagállam jelentette az EMCDDA-nek, hogy teljes körű, vagy jó lefedettségű a családi prevenció programok biztosítása országukban”, s azok is főként kizárólag információátadáson alapuló programok, „viszonylag ritkán kerül sor a kutatások alapján eredményesebbnek mutató intenzív felkészítésekre és családi tréningekre” (Petrie et al. 2007 in: Brotherhood–Sumnall 2011:14)<sup>7</sup>. Az EDDRA adatbázisában aktuálisan (EDDRA 2013) mindössze 23 családot (is) megcélzó általános prevenció beavatkozást találtunk.

Az univerzális közösségi prevenció jelenléte ugyanakkor a legutóbbi strukturált kérdőívek alapján (EMCDDA 2011c) általánosnak mondható az Unió országaiban. A különböző megközelítéssel dolgozó közösségi alapú prevenció beavatkozások többsége általában nem mindenütt, de a legtöbb helyen rendelkezésre áll, a legtöbb országban kiterjedt. Ez alól a „nem fix telephelyű programok” jelentenek kivételt, melyek előfordulása ritka a legtöbb országban, és általában is csak néhány releváns helyen elérhetők. Az EDDRA adatbázisában (EDDRA 2013) is jelentékeny számban szerepelnek univerzális közösségi beavatkozások, aktuálisan a 176 általános prevenció program 40%-a, összesen 71 program alkalmaz közösségi alapú megközelítést (is).

4. ábra. Az univerzális közösségi prevenció különböző típusainak/megközelítéseinek jelenléte Európában (a nemzeti szakértők becsléseinek súlyozatlan átlagai, és módusai)<sup>8</sup>



Forrás: EMCDDA 2011c, saját számítás

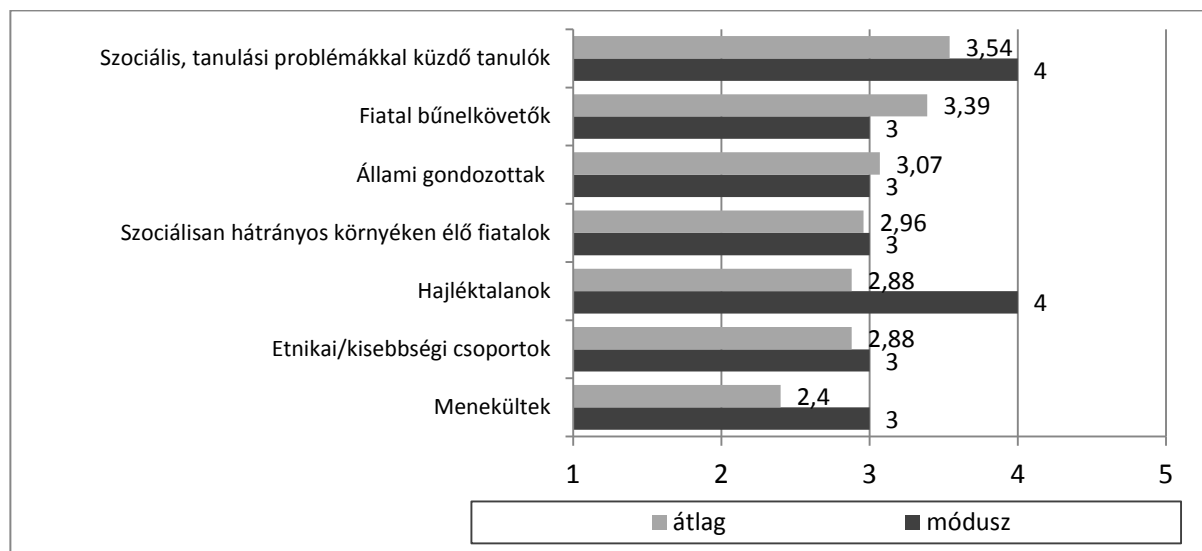
Az utóbbi években a prevenció stratégiák szintjén egyre hangsúlyosabbá válnak veszélyeztetett csoportokat megcélzó beavatkozások. „2004 óta számos drogpolitikai stratégia az ilyen csoportokat tartja a prevenció elsődleges célcsoportjának” (Brotherhood–Sumnall 2011:15), az EMCDDA 2011-es jelentése pedig arról számol be, hogy több tagállamban nem csak a stratégiáikban helyeznek nagyobb hangsúlyt a veszélyeztetettség kezelésére, de „a szakértői vélemények arra utalnak, hogy 2007 és 2010 között összességében nőtt a veszélyeztetett csoportoknak szóló beavatkozások biztosítása” (EMCDDA 2011b:30). Ennek ellenére az EDDRA adatbázisában aktuálisan (EDDRA 2013) szereplő 275 prevenció program közül mindössze minden negyedik-ötödik – szám szerint 63 program – céloz meg veszélyeztetett csoportokat. A 2010-es évi strukturált kérdőívek veszélyeztetett csoportokra vonatkozó adatai alapján is (EMCDDA 2011c) általánosnak mondható, hogy az Unió országaiban a célzott beavatkozások lefedettsége korlátozott. Mindössze a hajléktalanokra, és a szociális/tanulási problémákkal küzdő

<sup>7</sup> A 2010-es évre vonatkozó standard táblákban az univerzális családi alapú beavatkozásokra nem találtunk adatot.

<sup>8</sup> A programok elérhetőségére vonatkozó válaszok az alábbi skálán értelmezendők: 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van; 4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt; 3 - Korlátozott: a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van; 2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van; 1 - Nincs: nem létezik

tanulóira fókuszáló célzott beavatkozások esetében tapasztalható, hogy a legtöbb országban a releváns helyek többségén elérhetőek a programok. A menekültekre irányuló programok viszont az Unió országaiban általában inkább ritkák.

5. ábra. A veszélyeztetett csoportok számára nyújtott prevenció beavatkozások elérhetősége Európában (a nemzeti szakértők becsléseinek súlyozatlan átlagai, és módusai)<sup>9</sup>



Forrás: EMCDDA 2011c, saját számítás

## 4 A KUTATÁS MÓDSZERE

Korábbi vizsgálataink (Paksi–Demetrovics 2011) során a prevenció szolgáltatások kínálatának, illetve azok alkalmazásának teljes körű feltárására, illetve – amennyiben a célpopuláció ismert, mint pl. az iskolai programok alkalmazása esetében – országos reprezentatív mintán való vizsgálatára törekedtünk, melyek számszerű, kiterjeszhető adatokkal szolgáltak a magyarországi prevenció helyzet, illetve tendenciák vonatkozásában. Jelen kutatás során a források szűkössége, illetve a kutatásra rendelkezésre álló idő nem tette lehetővé a prevenció szolgáltatások/programok kínálatának és/vagy alkalmazásának teljes körű vagy nagymintás vizsgálatát, így az aktuális helyzet, illetve a főbb dimenziókban történt változások megismerésében a prevencióban dolgozó szakemberek kvalitatív technikákkal feltárható tapasztalatainak, véleményeinek megismerését tudtuk megcélolni.<sup>10</sup> Kutatásunk eredményei tehát a prevenció területén dolgozók percepcióit jelenítik meg, ami bizonyos tekintetben több, más tekintetben kevesebb annál, mintha teljes körű vagy nagymintás kvantitatív adatokkal rendelkezniénk. A kutatás eredményeinek (statisztikai) általánosíthatósága korlátozott (Sim 1998, Vicsek 2006), azonban egyrészt a helyzetről alkotott szakértői narratívák mintázódásának megismerése esetenként nem kevésbé fontos, mint az objektív tények ismerete, másrészt az alkalmazott technika lehetőséget biztosít a helyzetértékelések inkonzisztenciáinak, illetve mögöttes tényezőinek felfejtésére is<sup>11</sup> (Vicsek 2006).

<sup>9</sup> Az itt alkalmazott 5 fokozatú skála az előző, 2. ábra esetében leírttal megegyezik.

<sup>10</sup> Kutatásunkkal egyúttal egy olyan, a későbbiek során rendszeresen – évente – megisméltésre kerülő adatgyűjtési standardot kívánunk kialakítani, ami költséghatékony módon lehetővé teszi a prevenció területén a legalapvetőbb tendenciák követését.

<sup>11</sup> Bizonyos értelmezések ezt a tágabb értelemben vett általánosíthatóságot (pl. variációalapú általánosítás, elméleti, vagy analitikai általánosítás) koncepció részének tekintik (részletesen lásd: Vicsek 2006: 238-243.).



Az adatfelvételre rendelkezésre álló idő rövidege a különböző kvalitatív technikák közül praktikusán a koncentrált adatokat eredményező csoportos adatfelvételi mód választását tette célszerűvé (Morgan 1997, Vicsek 2006), mindemellett azonban a kutatás tartalmi kérdései is a fókuszcsoportos technika alkalmazását támogatták. A kutatásunk során ugyanis a szakemberek egyéni tapasztalatainak, percepcióinak feltérképezése mellett, egymásra reflektáló véleményeik alapján kialakuló kollektív tapasztalataik megismerésére is törekedtünk, melyre a kvalitatív technikák közül a fókuszcsoportos adatgyűjtési módszer ad leginkább lehetőséget, hiszen azon túlmenően, hogy „*egy rendkívül körültekintően megtervezett beszélgetés, melynek során a kiválasztott területtel kapcsolatos percepciók feltárására kerül sor...*” (Krueger 1988:18), lehetőséget ad a különböző nézetek ütköztetésére (triangulációjára) is az adott témakörrel kapcsolatban. A módszert egyre gyakrabban használják az alkalmazott társadalomkutatásokban, a különféle társadalmi programok, beavatkozások monitorozása során is (Ansary–Perkins–Nelson 2004).

#### 4.1 A KUTATÁS CÉLCSOPORTJA, A FÓKUSZCSOPORTOK RÉSZTVEVŐI

A kutatás célcsoportját a drogmegelőzés területén (is) tevékenykedő szervezetek, illetve azok vezetői/kulcsszereplői (továbbiakban regionális szakértők) képezték. A célcsoport azonosítása, illetve a fókuszcsoport résztvevők kiválasztása a 2010-es illetve 2011-es – a kábítószerügyi koordináció által, illetve uniós forrásból finanszírozott – drogprenációs pályázatok (KAB-ME, TÁMOP-5.2.5/B) listáinak egyesítése, komparatív elemzése alapján, illetve a kapcsolatfelvétel során történő ajánlások (*networking* technika) segítségével történt.

Az 5 fókuszcsoportban összesen 35 területi szakértő (illetve szervezet) vett részt. A szakértők által képviselt szervezetek közel kétharmada nonprofit szervezet volt, s – a korábbi évek kvantitatív kutatási tapasztalatához képest – jelentékeny számban jelentek meg állami/önkormányzati szervezetek képviselői<sup>12</sup> is, azonban a – területen egyébként is alacsony arányban jelenlévő – forprofit szektor a fókuszcsoportokon elenyésző számban képviseltette magát.

##### 1. táblázat. A résztvevő szakértők szervezeti háttere, szervezeti forma szerint (fő)

Szervezeti forma	Résztvevők száma
Nonprofit	23
Állami/önkormányzati	11
Magán	1
Összesen	35

A fókuszcsoportokon képviselt szervezetek többsége (négyötöde) jelentős múltra visszatekintő, legalább 10 éve alakult szervezet, s közel kétharmaduk drogprenációval is legalább 10 éve foglalkozik.

A drogprenációt/egészségfejlesztést főtevékenységként a résztvevők egynegyede végzi. Összességében azonban a résztvevők fele főtevékenységét a drogprobléma kezelésének valamilyen szegmensében fejt ki, s további egynegyedük elsősorban ifjúságvédelmi illetve szociális területen tevékenykedik.

<sup>12</sup> A legutóbbi kutatási adatok azt jelezték, hogy a prevenció területén jelenlévő szervezetek alig 15%-a kerül ki az állami/önkormányzati szektorból. A fókuszcsoport résztvevőknek viszont közel egyharmada ehhez a szektorhoz tartozott.

2. táblázat. A résztvevő szakértők szervezeti háttere, a szervezetek fő tevékenysége szerint

A szervezet fő tevékenysége	Résztvevők száma(fő)
Drogprevenáció/Egészségfejlesztés	9
Szenvedélybeteg-ellátás	9
Szociális/ifjúság/gyermekvédelem	9
Oktatás, kultúra/szabadidő	4
Egyéb (közigazgatás, rendvédelem, eü. alapellátás)	4
Összesen	35

## 4.2 AZ ADATGYŰJTÉS ÉS ADATFELDOLGOZÁS MÓDJA

A fókuszcsoportokhoz az eredmények nagyobb megbízhatósága érdekében részletes – tartalmi fókuszai, az egyes kérdések során alkalmazott módszerek (beszélgetés, rangsoroló szavazás stb.) és időfelhasználása szerint is lebontott – strukturált vezérfonal készült. A vezérfonal összeállítása során az EMCDDA általános és célzott prevencióval kapcsolatos strukturált kérdőíveire (SQ25, SQ26, illetve az SQ23-29/D rész) támaszkodtunk, leképezve azok főbb tematikus egységeit. Az egyes tematikus egységek esetében a fókuszcsoportos beszélgetések során rövid önkitöltős kérdőíveket is használtunk, melyekben az EMCDDA strukturált kérdőíveinek főbb kérdési szerepeltek. Ezek a kérdőívek azon túlmenően, hogy szokásszerűen kiindulópontot jelentettek az adott témáról folytatott beszélgetésekhez (Vicsek 2006), illetve a főbb kérdések vonatkozásában a vélemények összesítéséhez, lehetőséget adtak az EMCDDA strukturált kérdőíveinek egyes kérdései mentén a nemzetközi összehasonlításra is. A vizsgált kérdéskörök tárgyalása során a helyzetleíráson túlmenően a kvantitatív adatokkal lefedett időszakhoz képest percipiált tendenciák, továbbá az esetleges regionális mintázatok feltárására is törekedtünk.

3. táblázat. A fókuszcsoport vezérfonal összefoglaló jellemzői

Vizsgált területek	univerzális prevenció (iskolai, családi, közösségi megközelítések)
	célzott prevenció (közösségi, családi-alapú beavatkozások)
Területeken belüli tartalmi kérdéskörök	keretekre vonatkozó percepciók (pl. általános egészségfejlesztés; szenvedély magatartások)
	észlelt hozzáférhetőség
	észlelt drogpolitikai prioritások
Általános kérdések	szervezeti háttér, finanszírozás
	kutatások, minőségbiztosítás
Fókuszok	aktuális helyzet (2011)
	tendenciák
	regionális mintázatok

A kutatás során 5 alkalommal, különböző – a résztvevők által képviselt szolgáltatók területi elhelyezkedése szerint kialakított<sup>13</sup> – helyszíneken személyes részvétellel zajló, két és fél-három órás fókuszcsoportokat szerveztünk. A beszélgetések során a moderátori, ill. a moderátor asszisztensi funkciót – a társadalomtudományi fókuszcsoportok esetében jellemző gyakorlatnak megfelelően (Bloor et.al. 2002) – minden esetben a kutatók (jelen tanulmány szerzői) látták el.

<sup>13</sup> A fókuszcsoport helyszíneik a következők voltak: Szeged (Dél-Alföld), Debrecen (Kelet-Magyarország, a továbbiakban: K-Mo.), Szombathely (Közép- és Nyugat-Dunántúl, a továbbiakban: Közép-Ny-Dunántúl), Pécs (Dél-Dunántúl, a továbbiakban: D-Dunántúl) és Budapest (Közép-Magyarország, a továbbiakban: Közép-Mo.).

A fókuszcsoportokról videofelvétel, illetve hanganyag, s ezek alapján szó szerinti átiratok készültek. A rangsoroló szavazások eredményeinek rögzítésében *flip chart* volt segítségünkre. Az elemzés során átiratalapú tematikus analízist végeztünk, melynek során a szövegeket – részben a szakirodalom, részben az interjúk átolvasása alapján létrehozott – főbb szempontokat leképező kategóriarendszer szerint kódoltuk, illetve kérdéskörönként csoportosítottuk. A *flip chart*ok és az önkitaltós kérdőívek adatainak feldolgozására Excel programot használtunk.

## 5 EREDMÉNYEK

### 5.1 ÁLTALÁNOS PREVENCIÓVAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK

#### 5.1.1 ISKOLAI PREVENCIÓ

Kutatásunk során az iskolai prevenció hozzáférhetősége tekintetében – a szakemberek percepciói alapján – ország különböző térségei illetve a települések mérete szerint némileg eltérő, de összességében kedvezőtlen tendenciákra utaló tapasztalatokat szereztünk (4. táblázat).

5 térségből 3-ban egyértelműen az a vélemény alakult ki, hogy az iskolai prevenció korlátozottan hozzáférhető (lásd 4. tábla), azaz az iskolák többségében nincs, de több mint néhány iskolában van drogprevenció.

*„... próbálkoztunk a programokat összeszedni. És onnan gondolom, hogy baj van a programokkal, mert, hogy a kérdésre választ se nagyon tudott adni, hogy van, vagy nincs?” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„Mivel én a megyei KEF-nek is a tagja vagyok, szoktam hallgatni a kollegáktól, ...hogy nem tudunk bejutni az iskolákba, nem kéri őket.” (9 éve prevencióval is foglalkozó szolgáltató Közép-Mo.)*

S különösen a kistelepülések lefedettségével kapcsolatban fogalmaznak meg problémákat:

*„Korlátozott és egyenetlen városi és úgymond vidéki szinten” (ifjúságsegítéssel foglalkozó, 13 éve alakult, drogprevencióval 7 éve foglalkozó szervezet, D-Dunántúl)*

*„Ott <kistelepüléseken>nem is engedik meg, hogy beléphetünk hozzájuk. ... nem is tudnak arról, hogy van drogprevenció egyáltalán. Semmi információjuk sincsen, és itt csúszik el a dolog” (városi KEF, D-Dunántúl)*

A többségben lévő, korlátozott elérhetőségre vonatkozó vélemények viszont esetenként nem csak mennyiségi értékelést jelentettek, hanem a prevenció tevékenység minőségével kapcsolatos kritikaként fogalmazódtak meg.

*„...én azért mondom, hogy korlátozott, mert lehet, hogy hiába van száz iskolából mind a százban program, de hogy az nem elvárható színvonalú...” (kulturális területen dolgozó, drogprevencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...egy előadás a védőnőtől a drogról, én azt nem tekintem prevenció programnak. Én azt mondom, hogy ez a korlátozott.” (szociális ellátással foglalkozó, de 12 éve drogprevenciót is végző szervezet, Közép-Ny-Dunántúl)*

*„...ritkának találom, mert .. ilyen tűzoltásképpen szoktak hívni néhányan..” (fő tevékenységként szenvedélybeteg rehabilitációjával foglalkozó intézet, Közép-Mo.)*

Két térségben azonban a helyi szakemberek úgy ítélik meg, hogy az iskolai prevenció kiterjedt, a legtöbb intézményben elérhető, kb. 2/3-os arányra becsülik a lefedettséget.

*„azt gondolom, mindegyik középiskola bepróbálkozott egy-egy vagy több drogprevenációs programmal. ... Valamelyik aztán benne maradt a pörgésben, van, amelyik pedig abbahagyta. ... Tehát azért úgy a megye vonatkozásában úgy gondolom, hogy viszonylagosan sokan foglalkoznak drogprevenációval... Egy ilyen kétharmad (oktatással foglalkozó, 11 éve prevenciót is végző szervezet Dél-Alföld)*

*„... inkább kiterjedt. ... van egy pár kisebb iskola, ahol ... mi se jutottunk el, szakemberek sem olyan felkészültek ebben a témában.” (egészségügyi alapellátással foglalkozó, de 11 éve prevenciót is végző intézmény, Dél-Alföld)*

Azonban itt is fogalmazódnak meg a minőség tekintetében kételyek:

*„...van, ahol ezt ledokumentálják egy papírral, van olyan, ahol azért valamivel próbálkoznak, de nem mennek bele a problémába úgy, ahogy kellene, és ezért ... olyan a 2/3-os arány szerintem.” (közigazgatási szervezet, Dél-Alföld)*

Az ország helyzetét többnyire a saját térségükhöz hasonlóan ítélték a szakértők, s amennyiben a véleményeket nem az egyes térségekre, hanem összesítve nézzük, akkor is a korlátozott hozzáférés jelenti a domináns véleményt (4. táblázat).

4. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az iskolai prevenció mennyire hozzáférhető<sup>14</sup> a térségben (fő)

Hozzáférhetőség	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Teljes mértékben	0	0	1	0	1	2
Kiterjedt	5	0	4	0	0	9
Korlátozott	0	7	1	6	6	20
Ritka	0	0	0	2	1	3
Nincs	0	0	0	0	0	0
Nincs információ	0	0	0	0	0	0

A különböző prevenciók elemek/modalitások országos hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes elemek 5 fokozatú skálán 1,9 és 4,4 közötti elhelyezkedő átlagokat értek el. Legalább kiterjedt válaszként értelmezhető, 3,5 fölötti átlagot egyrészt a kötelező adminisztratív előírásokban szereplő elemek (dohányzási tilalom, illetve iskolai drogstratégia), másrészt az iskola számára kisebb költséget jelentő megoldások (információs napok, rendőrök által tartott előadások) kaptak. Ezekkel az iskolai prevencióban leggyakrabban megjelenő elemekkel kapcsolatban többen fogalmaztak meg olyan kritikákat, hogy ezek csak formálisan teljesített megoldások az iskolák részéről. Itt csak néhány véleményt jelenítünk meg:

*„a teljes dohányzási tilalom az iskolában, ötöst adtam, ... rendeletileg szabályozva van, de nem tudják betartani, és tulajdonképpen a gyakorlatban mégsem ilyen egyszerű.” (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.);*

*„...<drogstratégia> mindenkié ugyanúgy néz ki de legalább van neki. ... de nem alulról szerveződően indulva jött létre, hanem ilyen sablon alapján” (5 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, D-Dunántúl)*

*„Az iskolai drogstratégia, ... szerintem minden iskolának van, .. hogy ez milyen, az megint egy más dolog, hogy az valóban az-e, vagy az egy ilyen sablon, ...kipipáljuk, mint a minőségbiztosítások” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

<sup>14</sup> A megkérdezettek válaszaikat az alábbi skálán adták meg: 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van; 4 - Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt; 3 - Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van; 2 - Ritka: csak néhány iskolában van; 1 - Nincs

„Ami nagyon megvan, ...ez a rendőrök által tartott prevenció előadás, ugyanis azt hiszem, hogy minden iskolába elmennek, mert, hogy ingyen csinálják, és talán ez a legnagyobb előnye.” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)

„Prevenció előadások, ugye muszájból is ott kell lennie a rendőröknek, ... ha muszájból kell valamit csinálni, akkor szerintem az néha nem igazán hoz ... hatékony eredményeket” (rendvédelem, Közép-Ny-Dunántúl)

„...információs napok vannak, itt megint megkérdőjelezhető, hogy milyen...” (20 éve drogellátással, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)

A szakemberek véleménye szerint a vizsgált prevenció típusok/megoldások közül néhány csak kevés iskolában fordul elő, vagy szinte egyáltalán nem létezik. Ilyenek a tanulók körében végzett drogtesztek<sup>15</sup>, a korai felismerés, a szülők számára szervezett, vagy nemek szerint differenciált programok, illetve a holisztikus megközelítést alkalmazó beavatkozások. A nagyon ritka megoldások tekintetében a résztvevők körében meglehetősen nagy egyetértést tapasztaltunk.

5. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye az iskolai prevenció különböző típusainak országos hozzáférhetőségéről, a percipiált hozzáférhetőség sorrendjében (átlagok)

Beavatkozási prevenció típusok	Átlag <sup>16</sup>
Teljes dohányzási tilalom az iskolákban	4,4
Iskolai drogstratégia léte	3,7
Információs napok	3,6
Rendőrök által tartott prevenció előadások	3,5
Egyéb külsős oktatók által tartott programok (pl. ex-használók, orvosok)	2,9
A tantárgyakban szereplő kábítószerrel kapcsolatos információk	2,9
Tanórán kívüli kreatív tevékenységek, alternatív programok	2,9
Több alkalomból álló, sztenderd nyomtatott drogprevenció programok	2,8
Készségfejlesztő programok	2,6
Kortárssegítő programok	2,5
Az iskolai tananyagba integrált, holisztikus drogprevenció programok	2,3
Csak fiúknak vagy csak lányoknak szóló programok	2,1
Szülők számára szervezett programok	2,1
Korai felismerésre irányuló programok	2,0
Drogteszt a tanulók körében	1,9

A hiányzó prevenció modalitások hátterében egyrészt a források szűkösségét (i), másrészt a prevencióhoz való viszonyulás problémáit: a motiválatlanságot és/vagy a probléma hártását (ii), továbbá a tájékozatlanságot (részben mint kommunikációs, részben mint az iskolák részéről jelentkező humánerőforrás problémát) (iii) említették a szakértők:

„egy ilyen tananyagba ágyazott holisztikus programnak a kidolgozása, azt végigvinni, meg azt tesztelni. ...ahhoz se szakember nincsen szerintem, se pénzügyi forrása nincsen, ... egy átlagos iskolát, ha veszek... Tehát nyilván jobb az, ha jön a sztárember, sztárgáziért, és akkor tornaterem, 45 perc, letudva.” (7 éve drogmegelőzéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)

<sup>15</sup> A drogteszt alacsony előfordulását azonban pozitívumnak tekintik a szakemberek: „Drogteszt a tanulók körében... nagyon ritkán létezik, hál istennek, már” (12 éve drogprevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo.) vagy „én nagyon remélem, hogy ilyen nincs a világban.” (9 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo.)

<sup>16</sup> Az oszlopban szereplő értékek a hozzáférhetőségi skálán (1-nincs, nem létezik; 5-teljes mértékben hozzáférhető, minden iskolában van) az országosan kapott értékek egyszerű számtani átlagai.

(i)

„Hát, ezek nagyon szép programok lehetnének, de azt gondolom, hogy nagyrészt a forráshiány miatt <nincsenek>... Én azt gondolom, hogy egyértelműen ténylegesen a források szűkössége. Mert visszagondolva sok évvel ezelőttre, mikor a prevencióra szánt források .. jelentősen sokszorosak voltak, akkor .. a szolgáltatók már rendelkeztek olyan készségekkel, tudással, amivel el tudtak mindenféle programokat indítani, tehát azt gondolom, hogyha mondjuk ezeket a programtípusokat, amiket mi jónak tartunk, és hiányoljuk, ezekre lennének pályázati források, akkor ezek lennének.” (12 éve drogprevenációval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo)

„Komplexebb programok ... régebben voltak, csak sajnos ... amit az iskola meg tud fizetni, az az, hogy egy-egy órára elhívja.” (szociális ellátással foglalkozó, de 12 éve drogprevenációt is végző szervezet, Közép-Ny-Dunántúl)

„...pénzen nagyon nagy hangsúly van a prevencióban, és hogy gyakorlatilag mindenki, aki ingyen tudja ezt vinni, az győz.” (11 éve szenvedélybeteg ellátást és prevenciót is végző szervezet, D-Dunántúl)

„...addig működik, amíg van rá finanszírozás, és utána pedig ilyen takaréklángon kezd működni, vagy még úgy sem. (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)

(ii)

„És ehhez még, az iskolák motiválatlansága, ... nagyon nehéz bejutni. ..takargatják a bajt, s nem akarják felszínre hozni. Úgy érzik, hogy akkor rossz híre lesz az iskolának, hogyha ott drogprevenáció folyik, mert akkor nyilván itt nálunk drogosok vannak... És ugyanakkor maga a tanár tudja, és küzd vele, küzd a problémával, és becsukja a szemét, és nem akarja észrevenni, hogy befüvezve ül a gyerek az óráján. Tehát én ezt abszolút tapasztalom, és személyesen.” (5 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)

„a felnőttek nem mernek a saját kudarcaikkal szembeállni, és ezt nem is vállalják fel, ... És ebből adódóan nagyon ritka az, hogy szülői csoportokat, szülői közösségeket tudunk megszólítani, hogy nézzünk már szembe, hogy mit csinálunk a gyerekeinkkel, meg a környezetünkkel.” (városi KEF, Közép-Mo)

„...az iskola hozzáállása nagyon nehezen változtatható, tehát ők a prevencióos tevékenységeket megúszásban definiálják. Nem feltétlenül érdekeltek ... nagyon fontos az iskolavezetéssel, pedagóguskarral, tanári kapcsolat. Hogyha jó a kapcsolat, akkor ott el lehet adni bármilyen programot, és motiválttá lehet őt tenni arra, hogy egy mélyebb szintű megközelítés ... meg tudjon valósulni az iskolákban.” (11 éve szenvedélybeteg ellátást és prevenciót is végző szervezet, D-Dunántúl)

(iii)

„Én egy apró dolgot még ehhez így hozzáfűznék. Én azt látom a saját területen, hogy az iskolák nem igazán vannak azzal tisztában, hogy milyen szervezetek működnek a területen? Ezek a szervezetek milyen prevencióos programokat, és milyen csomagokat tudnak kínálni nekik. Tehát én azt gondolom, hogy egy fajta ilyen kommunikációs probléma is van... Én is csak itt ülünk, hallgatlak csodálattal, és gyakorlatilag most tájékozodom arról, hogy te most mit csinálsz, meg te mit csinálsz? Akkor egy iskolától mit várjon az ember?” (12 éve drogprevenációval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)

„Én is, most ezen gondolkodtam az iskolák fejével egy kicsit, hogy mennyire motiválatlanok, vagy inkább mennyire bizalmatlanok, meg hogy mennyi információjuk van nekik erről az egészről, akár, hogy mit takarnak bizonyos programok, vagy hogy mi lenne az az ajánlás szakmapolitikailag, amit érdemes lenne követni. És én azt látom, hogy ezek hiányoznak úgy az iskolák felől. (14 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)

„Igazából azt gondolom, hogy ...<a pedagógusok> olyan borzasztó keveset tanulnak, nem csak kábítószerkérdésről, vagy függőségekről, hanem egyáltalán pszichológiából is.” (11 éve szenvedélybeteg ellátást és prevenciót is végző szervezet, D-Dunántúl)

Az iskolai prevenció hozzáférhetőségének tendenciájára vonatkozó szakértői vélemények összességében inkább kedvezőtlen változásokat jeleztek az elmúlt 3-4 évben (összesen 17 szakértő kedvezőtlen tendenciákat, 8 fő javulást, és szintén 8 fő stagnálást érzékelt). Mindazonáltal az egyes térségekben meglehetősen eltérő véleményekkel találkoztunk.

6. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az iskolai prevenció hozzáférhetősége tekintetében milyen tendenciák jelentkeztek az elmúlt 3-4 évben (fő)

Tendenciák	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
javuló	5	0	1	2	0	8
stagnáló	0	4	2	0	2	8
rosszabbodó	0	3	2	6	6	17

5.1.1.1. Az iskolai prevencióval kapcsolatos percipiált drogpolitikai prioritások

A drogpolitikai prioritások vonatkozásában a fókuszcsoportokon több kérdés kapcsán megfogalmazódtak az iránymutatás hiányával kapcsolatos észrevételek, hogy nem érzékelhetők az iskolai prevencióval kapcsolatos kormányzati/szakmapolitikai prioritások:

*„... a keret sem egyértelmű, ... hiányzik az a fajta szakmai útmutatás, vagy keretegység referencia, evidencia, nem tudom, akárminek hívjuk (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

*„...lebeg ez az egész történet.... nincs kormányzati iránymutatás, ...két éve, és ennyi. Bocsánat, hogy én ezt mondom, nincs igazi indítási pont. (városi KEF, Közép-Mo)*

*„Én meg azt látom, hogy nem hiteles a kormányzati politika. Mást mond, és mást csinál, ... más a kommunikációs szint, ... a készségfejlesztést, az önismeret fejlesztést, az egészségfejlesztést <kommunikálják>, ugyanakkor a tevékenység, a cselekvés nem ezt támasztja alá. És ez nagyon nagy probléma ...” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

Mindazonáltal a vizsgált drogpolitikai prioritások<sup>17</sup> közül – estenként kritikai értelmezéssel – a résztvevők döntő fölényrel az iskola szerepének (de nem mint védő iskolai környezetet) megerősítését (i), valamint a drogfogyasztás egészségügyi és szociális kockázataival kapcsolatos információk átadását (ii) emelték ki a kormányzati, illetve szakmapolitikai kommunikációban aktuálisan érzékelt prioritásként.

*„... a nem létező drogstratégia szerint az infók a szociális és egészségügyi kockázatokról, ez az elsődleges. És még kell az iskola szerepét erősíteni.” (7 éve gyermek és ifjúságvédelmi feladatokat, 3 éve drogprevenciót is végző, szervezet, D-Dunántúl)*

*„Az iskola szerepének megerősítését is érzem, csak azt ilyen nagyon sajátos módon, amivel nem értek egyet... A büntetőjogi fenyegetettséget, azt csinálja, az egész biztos. És igyekeznek az iskola szerepének a megerősítésére” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„Csak annyit szeretnék, hogy a védő iskolai környezet megteremtése, ott nem az óvó jelzővel illetném ezt a fajta védőt, hanem inkább a határok által védett, tehát, hogy fogjuk meg a gyereket, vigyük vissza, a rendőr tudja igazoltatni, stb. Tehát ez a fajta dolog jön át nekem a kommunikációból, nem inkább az óvó” (kulturális területen dolgozó, drogprevencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

A fenti két prioritást a szakértők mintegy harmada említette. Ugyanakkor kb. ugyanilyen számban nyilatkoztak úgy, hogy egy, az prioritáslistában nem szereplő cél az, ami a prevencióval kapcsolatos kormányzati/szakmapolitikai kommunikációban nagy fontosságot kap, és pedig a büntetőjogi fenyegetés. 3 régióban, összesen 11-en egészítették ki ezzel a lehetséges prioritások listáját.

<sup>17</sup> Ezek az EMCDDA strukturált kérdőívében is szereplő prioritások voltak.



„Én alapvetően a büntetés megjelenését látom, tehát hogy szigorodik a drogpolitika, hogy szigorítani akarják...”  
(5 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)

„...az, hogy társadalmi kirekesztettség csökkentése, az abszolút nem érvényes... a büntetése...” (7 éve gyermek és ifjúságvédelmi feladatokat, 3 éve drogprevenciót is végző, szervezet, D-Dunántúl)

„a büntetőjogi fenyegetettséget, azt mindenképpen érzem. A büntetőjogi fenyegetettséget, azt csinálja, az egész biztos.” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)

#### 7. táblázat. A résztvevő szakértők által percipiált aktuális drogpolitikai prioritások (fő)

Drogpolitikai prioritások	Említések száma
Információk a szociális / egészségügyi kockázatokról	10
Védő iskolai környezet megteremtése	5
Készségek fejlesztése	7
A társadalmi kirekesztés csökkentése	7
Az iskola szerepének megerősítése	13
Önértékelés fejlesztése	5
Segítő szolgáltatásokkal kapcsolatos információk	1
Egyéb: egészségközpontúság	1
Egyéb: családi környezet megerősítése	1
Egyéb: büntetőjogi fenyegetés	11
Egyéb: erkölcsi, normatív megközelítések	1
Nincsenek prioritások	5

#### 5.1.2 UNIVERZÁLIS CSALÁDI PREVENCIÓ<sup>18</sup>

Az szakértői vélemények alapján az ország különböző térségeiben meglehetősen eltérő az univerzális családi prevenció jelenléte, azzal együtt, hogy egyetlen régióban sem értékelik kielégítőnek a hozzáférhetőségét a szakértők (8. táblázat). Egy térségben találoztunk dominánsan azzal a véleménnyel, hogy ugyan nem mindenütt, de a legtöbb releváns helyen elérhető, azaz korlátozottan rendelkezésre állnak univerzális családi beavatkozások. Az ország többi térsége – a szakértői percepciók alapján – ennél rosszabb helyzetben van: egy régióban a szakértők véleménye a korlátozott és a ritka hozzáférhetőség között ingadozik, másik két térségben a szakemberek úgy ítélik, hogy van, de csak néhány releváns helyen hozzáférhető, egy régióban pedig egyértelműen amellet foglaltak állást a megkérdezettek, hogy ez a beavatkozási típus nem elérhető. Összességében a legtöbben úgy érzékelik, hogy csak néhány releváns helyen hozzáférhetőek a családokat megcélzó általános prevenció beavatkozások,<sup>19</sup> holott fontosnak tartják:

„...a szakmaiság azt követeli meg szerintem, aki komolyan veszi a prevenciót, hogy a családokba bele kell mászni. Ezt a területet nem szabad kihagyni. Egyre többen, és sokkal jobban érezzük, mint eddig bármikor..” (városi KEF, Közép-Mo.)

<sup>18</sup> Univerzális családi prevenció körébe tartoznak azok a programok, melyek elsődlegesen a családokat/szülőket célozzák meg (ez történhet az iskolán keresztül is, de nem a diákokra irányuló iskolai programok keretében).

<sup>19</sup> Sokan még a 2-es értékeléssel kapcsolatban is megjegyezték, hogy „ezek optimista 2-esek” (pl. 20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)



8. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye az univerzális családi prevenció hozzáférhetőségéről<sup>20</sup> a térségben (fő)

Hozzáférhetőség	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Teljes mértékben	0	0	0	0	0	0
Kiterjedt	0	0	0	0	0	0
Korlátozott	3	1	5	0	1	10
Ritka	2	5	1	0	6	14
Nincs	0	0	0	8	1	9
Nincs információ	0	0	0	0	0	0

A szembetűnő hiányok okait kisebb részben a szakmai kompetenciák hiányában (i), nagyobb részben a félelmekben, a társadalmi támogatás deficitjeiben (ii) látják.

(i)

„...nincsenek eszközeink, illetve nincsen ilyenfajta tudásunk, vagy gyakorlatunk, módszertanunk, és nem merünk még belefogni.” (városi KEF, Közép-Mo.)

(ii)

„...<társadalmi> támogatottsága sincs. Nagyon sok a félelem...” (városi KEF, Közép-Mo.)

„Én nem gondolom, hogy nincs a szakmának eszköze családban dolgozni. Inkább azt gondolom, hogy rossz a konstelláció ahhoz, hogy egyáltalán kapcsolatba keveredjen.” (12 éve drogprevenációval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo.)

„Szerintem nem lehet megszólítani.... Ha érintett, akkor sem... Nem vállalja föl. ... Mert süketek a problémára. ... Ez egy tabutéma.” (több megszólaló, Közép-Ny.-Dunántúl)

„... nagyon nagy az emberekben a szégyenérzet a témával kapcsolatban és a legfőbb oka, véleményem szerint, a távolmaradásnak vagy a közönynek a téma felé.” (szociális ellátással foglalkozó, de 12 éve drogprevenációt is végző szervezet, Közép-Ny.-Dunántúl)

„... nagyon nehéz a családokat megszólítani .. ebben lenne a médiának óriási szerepe. Tehát ezt mi kicsiben nem tudjuk megoldani. A legkontrollálóbbszülők gyerekeit tartalmazó iskolákban sem jönnek el semmiféle ilyen típusú kezdeményezésre.” (11 éve szenvedélybeteg ellátást és prevenciót is végző szervezet, D.-Dunántúl)

Az okokról való beszélgetés kapcsán az alacsony társadalmi támogatottságból, a családok háritásából fakadó problémák kezelésére javaslatok is megfogalmazódtak, melynek során előkerült a védőnői hálózat szerepe, illetve a prevenció kereteinek tágítása:

„...védik a saját intimitásukat a családok. ...oda bemenni csak azok a szakemberek tudnak, akik valamiért be tudnak menni a családba. És azért gondolom én a védőnők szerepét óriásinak. ...A védőnő azért prevenciósi lehetőség, mert ott nincs baj, igazság szerint egy élethelyzethez kapcsolódóan van ott.” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo.)

„Én egyébként hibának tartom, hogy mindig a drog felől közelítjük meg, vagy közelítik ...én magam is. Holott azt gondolom, hogy inkább az alkoholra kéne nagyobb hangsúlyt fektetni. ...mert mindenki ismer még a szűkebb környezetében is olyat, aki alkoholproblémával él. És akkor azt gondolom, talán előbb-utóbb jobban <megközelíthetővé válnának>” (szociális ellátással foglalkozó, de 12 éve drogprevenációt is végző szervezet, Közép-Ny.-Dunántúl)

<sup>20</sup> A megkérdezettek válaszaikat az alábbi skálán adták meg: 5 - Teljes mértékben: gyakorlatilag minden releváns helyen van; 4 - Kiterjedt: a legtöbb releváns helyen van, de nem mindenütt; 3 - Korlátozott: a releváns helyek többségében nincs, de több mint néhányban van; 2 - Ritka: csak néhány releváns helyen van; 1 - Nincs

A megkérdezettek meghatározó többsége nem lát különbséget a helyi, és az országos helyzet között. E tekintetben talán a közép-magyarországi térségben elhangzottakat érdemes megemlíteni, ahol jelentős számban fogalmazódtak meg olyan vélemények, melyek szerint a térségben az országosan jellemzőnél is kevésbé elérhetőek ezek a beavatkozások:

*„Lehet, hogy <a térségben> rosszabb, én azért gondolom most ezt, mert ... elkezdtek a leghátrányosabb helyzetű térségeket, a gyerekek felzárkóztatása címén, bizonyos programokkal megkeresni, amik ... akár beleférhetnek a drogprevenció körébe is .... Budapest és Pest megye nem tartozik a hátrányos helyzetű térségek közé, tehát lehet, hogy vannak olyan helyek az országban, ahol ennek a helyzete jobb” (5 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

Az vizsgált univerzális családi prevenció elemek/megközelítések hozzáférhetőségével kapcsolatos vélemények az 5 fokozatú skála<sup>21</sup> alsó tartományában 1,4 és 2,8 között mozogtak, azaz gyakorlatilag minden vizsgált elem maximum korlátozottan, de inkább csak ritkán hozzáférhető mindegyik régióban. Az országos elérhetőségre vonatkozó percepciók átlagai pedig egyértelműen azt jelzik, hogy minden családtípusra irányuló általános prevenció ritka Magyarországon (9. táblázat).

9. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye az univerzális családi prevenció különböző típusainak hozzáférhetőségéről (átlagok)

Beavatkozási típusok	Térségek					Országos átlag
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Sorstárs megközelítések	2,2	2,1	2,4	1,5	2,1	2,3
Családi találkozók, szülői estek	2,8	2,0	2,3	1,3	2,3	2,0
Tréningek a családok számra	2,4	1,9	1,8	1,4	1,7	2,0

Az időbeli tendenciák tekintetében kicsit megosztottabb a kép, ugyan azok voltak többségben, akik nem érzékeltek változásokat e területen az elmúlt 3-4 évben (jobb: 7 fő; változatlan: 12 fő; rosszabb: 10 fő), mindazonáltal egy régióban valamelyest javulást, egy másikban pedig inkább romlást percipáltak a szakemberek.

### 5.1.3 UNIVERZÁLIS KÖZÖSSÉGI PREVENCIÓ

A közösségi alapú megközelítést – az EMCDDA értelmezésének megfelelően<sup>22</sup> – mint színteret értelmezzük, szemben a közösség tágabb – egyének aktív társadalmi hálózatoként való – értelmezésével. Ebben a részben azokkal, a fiatalokat általában megcélzó, iskolán kívüli programokkal (az alternatív szabadidő eltöltést elősegítő, vagy a sport programok, illetve bármely olyan drogprevenció, vagy egészségfejlesztési program) foglalkozunk, melyek kizárólagosan a helyi közösséget általában célozzák meg.<sup>23</sup>

Az univerzális közösségi prevenció a szakértői vélemények alapján az ország különböző térségeiben általában meglehetősen alacsony elérhetőségű (10. táblázat). Két térségben valamelyest jobb a helyzet, ezekben dominánsan azzal a véleménnyel találkoztunk, hogy ugyan a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen elérhetőek univerzális közösségi beavatkozások. Az ország többi területe – a szakértői percepciók alapján – ennél rosszabb helyzetben van: két térségben a szakértők véleménye a korlátozott és a ritka hozzáférhetőség között ingadozik, egy térségben pedig a szakemberek

<sup>21</sup> Az alkalmazott skála a 8. táblázatnál leírttal megegyező volt.

<sup>22</sup> Lásd EMCDDA univerzális prevencióról szóló strukturált kérdőívének (SQ25) 3.1. pontját.

<sup>23</sup> A veszélyeztetett fiatalokra irányuló prevenció programokat külön fejezetben tárgyaljuk.

egyértelműen úgy ítélték meg, hogy ritka, csak néhány releváns helyen hozzáférhető valamilyen, az általános populációra irányuló közösségi beavatkozás. Összességében leginkább az a vélemény volt jellemző, hogy csak néhány releváns helyen hozzáférhetőek az univerzális közösségi beavatkozások, de jelentős azoknak a száma is, aki úgy gondolták, hogy ugyan a releváns helyek többségén nem állnak rendelkezésre ilyen szolgáltatások, azonban több mint néhány helyen elérhetőek.

10. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye arról, hogy az univerzális közösségi prevenció mennyire hozzáférhető<sup>24</sup> a térségben (fő)

Hozzáférhetőség	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Teljes mértékben	0	0	0	0	0	0
Kiterjedt	0	0	2	0	0	2
Korlátozott	2	4	4	0	3	13
Ritka	3	1	0	7	4	15
Nincs	0	0	0	0	0	0
Nincs információ	0	0	0	0	0	0

A vizsgált univerzális közösségi prevenció elemek hozzáférhetőségével kapcsolatos vélemények a ritka és a korlátozott hozzáférhetőség között helyezkednek el. A különböző beavatkozási típusok között nem találtunk jelentős különbséget, mindössze az alternatívákat nyújtó beavatkozások hozzáférhetősége tekintetében mutatkozik ennél valamelyest kedvezőbb helyzet, ennek a megoldásnak a hozzáférhetősége mindenütt eléri korlátozott szintet, és az egyik térségben pedig a legtöbb releváns helyen vannak ilyen típusú szolgáltatások. (11. táblázat)

11. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye az univerzális közösségi prevenció különböző típusainak hozzáférhetőségéről (átlagok)

Beavatkozási típusok	Térségek					Országos átlag
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Közösségi szinten összehangolt szolgáltatások	2,8	2,4	3,5	1,9	2,5	2,9
Közösségi támogatás, részvételen és felelősség-vállaláson alapuló rendszerek	2,4	2,7	3,3	1,4	2,3	2,7
A közösségi csoportok számára szervezett képzések	2,0	2,7	3,5	2,0	2,1	3,0
Ifjúsági tanácsadó központok	2,6	3,2	3,5	2,3	3,4	3,1
Nem fix telephelyű programok a térségben/ közösségben élő fiatalok számára	2,0	3,2	3,2	1,6	2,9	3,0
Alternatívák nyújtása	4,2	3,2	3,2	2,8	3,4	3,2

Az univerzális közösségi prevenció tendenciáinak megítélése során ugyan bizonytalanságokat tapasztaltunk, összességében azonban a résztvevők egyértelmű többsége a hozzáférhetőség változatlanlansága mellett foglalt állást (változatlan: 17 fő; javult: 4 fő; romlott: 7 fő), mindazonáltal két térségben inkább a helyzet rosszabbodásával, egyben pedig a javulásával

<sup>24</sup> Az alkalmazott skála a 8. táblázatnál leírttal megegyező volt.

kapcsolatos vélemények kerültek túlsúlyba. A helyzet romlását érzékelő vélemények mögött a csökkenő források fogalmazódtak meg magyarázatként.

*„...sajnos egyre több bukik be, egyre többet lehetetlenítenek el. Az újaknak meg még nem látjuk a kereteit, az a nagy baj. Nagyon nagy baj. ...Régebben voltak, főleg a civil közösségek számára szervezett képzések ... Most egyre kevesebb pénz van rá és egyre kevésbé jelennek meg ezek a közösségi színtereken... rosszabb lett. Merthogy ezeknek a jelentős része pályázati forrásokból működik ... És hát az utóbbi két évben nagyon sok akadályoztatása volt ennek a pénznek... A drogpreveníciónak is, meg a közösségnek is.” (oktatással foglalkozó, 11 éve prevenciót is végző szervezet Dél-Alföld)*

A tendenciák bizonytalanságának hátterében az univerzális közösségi drogprevenáció határainak puhasága érezhető. Ezek a beavatkozások sokszor nehezen választhatók szét a közösségi rendezvények/megmozdulások területén általában érzékelt tendenciáktól, ugyanakkor céljaik és alkalmazott eszközeik tekintetében sokszor kérdéses a szinkronitás:

*Több közösségi rendezvény ... esemény van. ... De most, hogy ez mennyire egészségfejlesztés, mennyire nem, vagy a szervezetek mennyire tudnák ezt a saját javukra fordítani, az szerintem itt a közösségek szempontjából egy érdekes kérdés.” (kulturális területen dolgozó, drogprevenációval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...vannak ilyen megmozdulások, sok helyen, csak egyszerűen így a magyar kultúrában mintha így összemosódna egy kicsit... mindenhol ott a sörcsap. Egyszerűen, csinálnak egy ifjúsági megmozdulást, ahol sport lesz meg minden, de azért kiteszik az összes sörsátort, hogy azért igyanak is persze. ...fesztivál, kinn vannak a sátrak, és a sör a kezében, magyarázod neki, hogy milyen gáz a szenvedélybetegség. ...Szóval ez a kettősség ....kioltja egy picit a célt” (fő tevékenységként szenvedélybeteg rehabilitációjával foglalkozó intézet, Közép-Mo)*

*„...az utóbbi néhány évben rengeteg pályázati forrás van ilyen integrált közösségi terek létrehozása, gyerekesély, egyéb, ilyen kistelepülési hátrányos helyzetű akármilyen fejlesztések, ahol közösségi tereket kell, lehet, ezeket fejlesztik, játszóterek, ilyen alternatív szórakozási /.../, kikapcsolódásra alkalmas. Most van egy ilyen szerencsés támogatás, ami a prevencióra annyira nem fókuszál, de ... azét benne van szerintem.” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)*

## 5.2 CÉLZOTT PREVENCIÓVAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK

### 5.2.1 VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOKRA IRÁNYULÓ KÖZÖSSÉGI-ALAPÚ BEAVATKOZÁSOK

A célzott közösségi prevenció szintén nem egyenletesen elérhető a szakértők percepciói alapján az ország különböző térségeiben (12. táblázat). Két térségben egyértelműen a korlátozott hozzáférés mellett foglaltak állást a szakértők, másik két térségben a vélemények a korlátozott és a ritka hozzáférhetőség között ingadoztak, egy térségben pedig a szakértői percepciók abba az irányába húztak, hogy bár nem mindenütt, de a legtöbb releváns helyen elérhetőek célzott közösségi beavatkozások. Összességében a szakértők körében azonban markánsan az a vélemény volt jellemző, hogy ugyan korlátozottan, de hozzáférhetőek az célzott közösségi beavatkozások, ami az univerzális közösségi prevenció hozzáférésehez képest kedvezőbbnek mondható.

*„Valószínűleg azért is, mert egy kicsit körülhatároltabb terület, ezért a szolgáltatók jobban tudnak erre reagálni.” (9 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo.)*

12. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye az célzott közösségi prevenció hozzáférhetőségéről<sup>25</sup> a térségben (fő)

Hozzáférhetőség	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Teljes mértékben	0	0	0	0	0	0
Kiterjedt	0	0	4	0	0	4
Korlátozott	2	5	2	3	7	19
Ritka	2	0	0	4	0	6
Nincs	0	0	0	0	0	0
Nincs információ	0	0	0	0	0	0

A különböző célcsoportokra irányuló célzott közösségi beavatkozások hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes térségekben kapott átlagértékek meglehetősen széles tartományban, – 5 fokozatú skálán – 1 és 4 között, azaz a „nincs”, és a „kiterjedt” hozzáférhetőség között helyezkednek el. A különböző célcsoportok között nem találtunk olyat, melynek a hozzáférése más csoportokhoz képest jelentősen eltérő volna.<sup>26</sup> A különböző célcsoportokban viszonylag kiegyenlítettként észlelt rendelkezésre állás mögött esetleg feltételezhető a szolgáltatások alacsony specializáltsága, valamiféle „behelyettesíthetősége”:

*„...nagyon sok esetben ...módszertanában inkább univerzális megközelítéssel vannak jelen. Tehát, hogy például ugyanaz a program megy az állami gondozottaknak, meg az iskolai prevenció programban... tehát módszertanában nem különül el nagyrészt” (kulturális területen dolgozó, drogprevencióval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...azért én még olyan módszertannal nem találkoztam, hogy hajléktalanoknak a drogprevenciója, vagy ártalomcsökkentése. Vagyis ehhez úgy mindenki ért, mert persze, van szenvedélybeteg. Vagyis, hogy én úgy gondolom, hogy ez módszertanában nincs.” (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

A szolgáltatások ugyan nominálisan sok esetben eltérő volumenűek a különböző célcsoportokban, azonban a célpopuláció nagyságának különbségei ezeket kiegyenlítik: pl. sok party-szerviz működik, de sok rendezvényen nem elérhető, akkor korlátozott a hozzáférés, vagy van viszonylag sok szociálisan hátrányos környéken élőkre irányuló program, de:

*„Lassan a fél országot lehetne preventálni ezen az alapon ... nincs annyi program, ami elég lenne. (12 éve drogprevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo.)*

*A party, fesztivál látogatóknál, ... kevesen vagyunk, és több kéne. .. nem igazán van ez a szórakozóhelyeken megoldva, hogy valamiféle infót kapjanak, vagy segítséget.” (12 éve drogprevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo.)*

*„... rengeteg roma program fut, ...illetve a hajléktalanokra irányuló programok, hiszen ott is vannak speciális szakemberek, meg vannak olyan speciális otthonok is, ahol, ha nem is kifejezetten az illegális szerhasználókkal, de az alkohol fogyasztókkal foglalkoznak. ....Nagy mennyiség, de nem fedi le <a szükségleteket>.” (20 éve drogellátással, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

A térségek között viszonylag jelentős különbségek rajzolódtak ki: találoztunk olyan térséggel, ahol a helyi szakemberek szerint minden célcsoport számára több mint néhány, s egyes célcsoportok számára a legtöbb releváns helyen hozzáférhetőek a célzott beavatkozások, míg van olyan térség ahol minden célcsoport számára jellemzően csak néhány helyen áll rendelkezésre célzott közösségi intervenció. Az országos elérhetőségre vonatkozó percepciók átlagai 3-as érték körül mozognak, azaz a vizsgált célcsoportok általában korlátozottan, a releváns helyek többségén nem, de több mint néhány helyen hozzáférnek közösségi beavatkozásokhoz (13. táblázat).

<sup>25</sup> Az alkalmazott skála a 8. táblázatnál leírttal megegyező volt.

<sup>26</sup> A menekültek esetében több térségben kaptunk ugyan nagyon alacsony átlagokat, azonban ez annak a következménye, hogy az adott térségben nem jellemző ennek a célpopulációnak az előfordulása.

13. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye a különböző célcsoportokra irányuló célzott közösségi prevenció hozzáférhetőségéről (átlagok)

Célcsoportok	Térségek					Orsz. átlag
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Szociális, oktatási problémákkal küzdő tanulók	2,5	3,2	3,8	2,3	3,6	3,3
Menekültek	1,7	3,0	2,0	1,0	3,0	2,8
Különböző etnikai/kisebbségi csoportok	2,5	3,4	4,0	2,1	2,8	3,3
Hajléktalanok	2,7	3,6	3,0	1,6	3,2	2,9
Fiatal bűnelkövetők	2,3	4,0	3,2	2,1	3,6	3,2
Állami gondozottak	3,7	3,8	3,3	1,9	3,7	3,2
Szociálisan hátrányos környéken élő fiatalok	3,0	3,2	3,3	2,0	2,9	3,1
Party/fesztivál-látogatók	3,0	3,3	3,3	2,5	3,1	3,2

A különféle veszélyeztetett csoportokra irányuló közösségi beavatkozások tekintetében a területi szakértők többnyire kedvező irányú változásokról, illetve a szolgáltatások változatlan elérhetőségéről számoltak be (javuló: 16 fő; változatlan: 10 fő). A relatíve kedvező tendenciák mögött többen említették a szakmai integráció növekedését,<sup>27</sup> mint olyan tényezőt, ami segítette szinten tartani a csökkenő források mellett is a közösségi ellátást a célzott prevenció területén:

*„A szolgáltatók számában talán nem <történt változás>, az információáramlás – én azt érzékelem – hogy jobb lett, és az együttműködés. Tehát, hogy ezek a különböző információs kiadványok miatt én azt gondolom, meg akár az ilyen kutatások miatt, vagy bármi miatt, tehát, hogy az, hogy jobban tudunk egymásról, és jobban keressük.” (5 éve prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo)*

*„Én is azt hiszem, hogy a szakma, a szakemberek elkezdtek egymás fele jobban összekapaszkodni és erősíteni egymást, azért, mert a lehetőségek nehezebbek, és egyszerűen rá vagyunk kényszerítve arra, hogy az energiáinkat összesítsük, és támogassuk egymást. Tehát ezért érezhető. (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet”, Közép-Mo)*

*„A kompetenciahatárok nálunk legalábbis sokkal inkább kezdenek letisztulni ...és mindenki akkor a saját kompetenciahatárain belül tudja sokkal inkább az energiáit befektetni. ...célzott prevencióba ...jobban ismerjük egymást, ....ezért van az, hogy itt jobban <sikerül a forrásokcsökkenés ellensúlyozása>” (városi KEF, Közép-Mo.)*

Ugyanakkor a szinten tartással kapcsolatba is fogalmazódtak meg kételyek:

*Az együttműködés javulásával egyetérték, csak, hogy mennyire marad szinten, azt nem tudom teljesen megítélni. (12 éve drogprevenációval is foglalkozó szervezet, Közép-Mo.)*

## 5.2.2 VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOKRA IRÁNYULÓ CSALÁDI-ALAPÚ BEAVATKOZÁSOK

A szakértők percepciói alapján az ország különböző térségeiben a célzott családi prevenció sem egyenletesen elérhető (14. táblázat). Három térségben ritka, csak néhány releváns helyen van, egy térségben a helyi szakértők egyértelműen amellett foglaltak állást, hogy ugyan a releváns helyek többségén nincs, de több mint néhány helyen van, s egy másik térségben pedig a szakértői percepciók az jelzik, hogy bár nem mindenütt, de a legtöbb releváns helyen elérhetőek célzott családi beavatkozások. Összességében a szakértők körében azonban leginkább az a vélemény volt jellemző, hogy a célzott családi-alapú prevenció

<sup>27</sup> Az általános prevenció területén ilyen kiegyenlítő mechanizmusokat nem tapasztaltunk. A megkérdezettek szerint ennek oka az, hogy „az általános prevencióban több szakmának (tanárok, védőnők, stb) kellene együttműködni, amelyek nagyon más szakmai elvek mentén dolgoznak.

leginkább csak néhány releváns helyen hozzáférhető, ami az univerzális családi prevenció hozzáférésehez hasonló. Azonban míg az univerzális családi prevenció esetén előfordultak olyan vélemények, melyek a térségükben nem létezőnek ítélték a beavatkozást, és sehol nem talákoztunk kiterjedt hozzáféréssel, addig a célzott családi prevenció esetében a helyi szakemberek szerint mindenütt van valamilyen szintű szolgáltatás, és van olyan térség ahol a legtöbb releváns helyen elérhető a célzott családi-alapú beavatkozások. Az univerzális családi prevencióval kapcsolatos kérdések tárgyalásakor is az a tendencia volt érzékelhető, hogy a családi-alapú megközelítések inkább a célzott beavatkozások körében jellemzőek, bár sok kétely is megfogalmazódott ezen beavatkozások működőképességével kapcsolatban a veszélyeztetett családok nehéz megközelíthetősége miatt.

*„Énnekem egyébként nem azzal van bajom, segíteni annak lehet, aki kéri a segítséget. Szolgáltatás van, csak ez az a terület már, amikor az ő motivációján nagyon sok minden múlik.” (közel 20 éve egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó szervezet, Közép-Mo.)*

*„a szervezők részéről az akarat megvan, hanem a motiváció, az érdeklődés az ő részükről nehezen felkelthető.” (felnttktképzéssel, de 5 éve drogprevencióval is foglalkozó szervezet, Közép-Ny.-Dunántúl)*

14. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye családi prevenció mennyire hozzáférhetőségéről<sup>28</sup> a térségben (fő)

Hozzáférhetőség	Térségek					Összesen
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Teljes mértékben	0	0	0	0	0	0
Kiterjedt	0	0	5	0	0	5
Korlátozott	1	4	0	2	2	9
Ritka	3	0	1	5	5	14
Nincs	0	0	0	0	0	0
Nincs információ	0	0	0	0	0	0

A veszélyeztetett családokra irányuló beavatkozások összességében alacsony hozzáféréseinek okát a szakemberek egyrészt a problémás családok nehéz megközelíthetőségében látják (i), illetve az elérést nehezítő intézményi struktúrák, a tárgyi és a személyi feltételek hiányát említik (ii):

(i)

*„... a szülői mivoltát, úgy érzi, azt kérdőjelezzük meg, hogy ő most jó szülő, vagy rossz szülő?” (fő tevékenységként szenvedélybeteg rehabilitációjával foglalkozó intézet, Közép-Mo.)*

*„Nagyon sokszor azt gondolom, hogy nem annak szolgáltatunk, akire azt mondanám, hanem, akit el tudok érni. ... ez is érdekes, hogy emiatt maradhatnak ki csoportok, mert a könnyebb irányába hajlik az ellátó rendszer is, akit könnyebb elérni. És nem a rászorultság alapján.” (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

(ii)

*„...még nagyon sok lépés kell hozzá. Tárgyi, szemléleti, személyi téren..”. (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...lenne rá igény, meg mostanában már ...kezdtek bejönni egyre jobban a hozzátartozók is, nemcsak a szenvedélybeteg. Viszont az anyagi és emiatt ugye a humán erőforrás nincs meg hozzá. (11 éve szenvedélybeteg ellátással, 9 éve drogprevencióval is foglalkozó szervezet, Dél-Alföld)*

<sup>28</sup> Az alkalmazott skála a 8. táblázatnál leírttal megegyező volt.



A különböző célcsoportokra irányuló célzott családi beavatkozások hozzáférhetőségét vizsgálva az egyes térségekben kapott átlagértékek – 5 fokozatú skálán – 1,5 és 3,7 között helyezkednek el. A különbségek inkább területi mintázódást takartnak, mintsem a különböző célcsoportok jelentősen eltérő hozzáférést, bár az egyes célcsoportok vonatkozásában megjelenő viszonylag homogén átlagok mögött is eltérő szakértői percepciók állnak. A mintázódást a szakértői vélemények szerint azt okozza, hogy bizonyos típusú a problémák intézményi struktúrához való kötöttsége jótékony hatással van ezen problémákkal rendelkező családok bevonhatóságára.

*„Hát, mert itt ez a közösségi pszichiátriai ellátás kapcsán, ez a két csoport átfed, vagyis, hogy a mentális, és úgy tűnik, hogy a mentális betegeket könnyebb megcélolni, és akkor így egyben meg lehet közelíteni. Vagyis, hogy a mentális problémás családok jobban kezelhetők, a család jobban érzi a felelősségét” (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...a mentális problémákkal küzdő családoknál, a kisebbségi marginalizálódott, szociálisan hátrányos környéken élők, hátrányos helyzetű család ...egyrészt a társadalmi elvárás, másrészt a lehetőség. Tehát, hogy megvan egy jól kiépült ellátó rendszer, ami a lehetőségét adja annak, hogy ezek az emberek bemenjenek az ellátó rendszerbe. (kulturális területen dolgozó, drogprevenációval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...én úgy látom, hogy a mi környékünkön a mentális problémákkal küzdő családok problémái nincsenek megoldva. Mert, hogy bizonyára igényelnék a segítséget, mint ahogy ... mondja, csak nincs hová menniük, nincs hová fordulniuk segítségért” (20 éve drogellátással, 15 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo)*

15. táblázat. A résztvevő szakértők véleménye a különböző célcsoportokra irányuló célzott családi prevenció hozzáférhetőségéről (átlagok)

Célcsoportok	Térségek					Országos átlag
	I.	II.	III.	IV.	V.	
Szerhasználattal küzdő családok	2,5	3,2	3,2	2,4	2,4	2,8
Szociálisan hátrányos helyzetű családok	2,8	3,4	3,7	2,4	2,8	3,0
Konfliktusos, elhanyagoló családok	2,3	3,0	2,8	1,9	2,4	2,6
A büntető igazságszolgáltatás látókörébe tartozó családok	1,8	2,5	3,0	1,5	2,0	2,4
Mentális problémákkal küzdő tartozó családok	2,5	3,2	2,7	1,6	2,4	2,6
Kisebbségi, marginalizálódott családok	2,3	3,0	3,0	1,8	2,0	2,8
Szociálisan hátrányos környéken élő családok	2,3	3,0	2,8	2,1	2,1	2,9

A különféle veszélyeztetett csoportokra irányuló családi-alapú beavatkozások elérhetősége tekintetében összességében a területi szakértők többnyire kedvező irányú változásokról számoltak be (javuló: 17 fő; változatlan: 4 fő; rosszabb: 3 fő), de többen említettek kedvezőtlen jelenségeket is.

*„Szerintem tendenciában ... ez a fajta szemlélet terjed el, de még nagyon sok lépés kell hozzá. Tárgyi, szemléleti, személyi téren, vagyis, hogy a nullához képest már sokat haladtunk, de az össz család létszámhoz képest, vagyis, hogyha azt nézem, hogy mennyit érünk el, azért még nagyon távol áll. De ahhoz képest, ahol tartottunk, ahhoz képest meg igen.” (20 éve prevencióval is foglalkozó szervezet, K-Mo.)*

*„...az elmúlt években egyrészt volt egy felfelé ívelő, ez a közösségi típusú ellátások, normatíva lehívás, fejlődő szolgáltatások, stb. Viszont a családsegítés és gyermekjólét kapcsán, a kistérségi kiszervezések, illetve a nagyobb települési vagy megyeszékhelybeli átszervezések kapcsán szerintem kifejezetten romlott. Nőtt a kliens szám és jóformán egy fajta ilyen papírtologatásba ment át a történet. Tehát, hogy iszonyatosan megnőtt a kliens szám, tehát az ügyszám ilyen módon, és ehhez nem alkalmazkodott az adott intézménynek a humánerőforrás fejlesztése. Tehát dupla olyan kliensszámot lát el ugyanolyan létszámmal egy családsegítő, vagy egy gyermekjóléti, mint mondjuk 3 évvel ezelőtt.” (kulturális területen dolgozó, drogprevenációval 4 éve foglalkozó szervezet, K-Mo.)*



„Nagyon sok területen átszervezés volt, finanszírozás, humánerőforrás változások vannak. Tehát, hogy átrendeződött az ellátó rendszer. Nekem azért van most egy ilyen lefele menő..” (13 éve egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, K-Mo)

„Hát a figyelem az szerintem nagyobb” (rendvédelem, Közép-Ny-Dunántúl)

## ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányunk célja a magyarországi prevenációs beavatkozások területén 2011-ben megfigyelhető új fejlemények és tendenciák bemutatása volt. Az eredmények összefoglalásaként ezeket az információkat kontextualizálni próbáljuk, részben a korábbi hazai tendenciákkal, részben a nemzetközi fő áramokhoz képest tapasztalható hiányosságok és erősségek megfogalmazásával.

Összességében azt látjuk, hogy Magyarországon a legnagyobb prevenációs szolgáltatások – az iskolai, illetve a célzott közösségi beavatkozások is csak korlátozottan érhetők el a szakemberek véleménye szerint, s a programok nagyobb része pedig csak néhány releváns helyen működik.

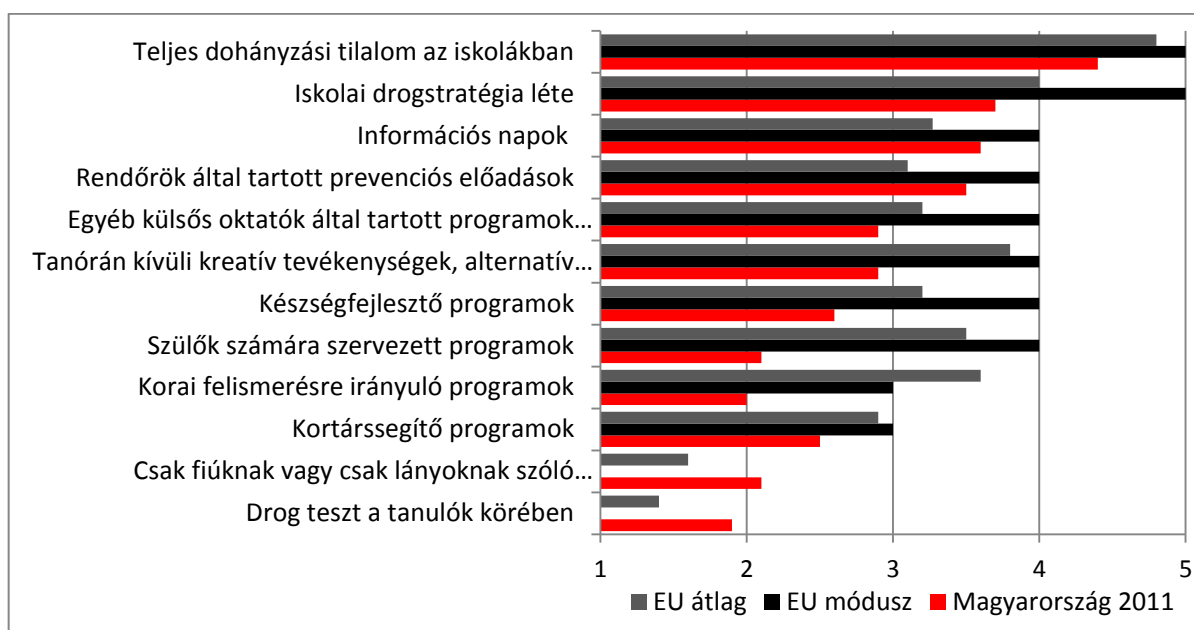
16. táblázat. A különböző programtípusok lefedettségére vonatkozó szakértői vélemények összefoglalása – a leggyakoribb vélemények kiemelésével (fő)

Hozzáférhetőség	Iskolai	Univerzális családi	Univerzális közösségi	Célzott közösségi	Célzott családi
Teljes mértékben	2	0	0	0	0
Kiterjedt	9	0	2	4	5
Korlátozott	<b>20</b>	10	13	<b>19</b>	9
Ritka	3	<b>14</b>	<b>15</b>	6	<b>14</b>
Nincs	0	9	0	0	0

A 16. táblában összefoglalt lefedettségi adatok bizonyos területeken különösen is szomorú tendenciákról tudósítanak a korábbi adatok tükrében. Az általános prevenációs beavatkozások egész Európában leginkább jelentékeny hányadát jelentő iskolai prevenációs beavatkozások területén – mint ahogy azt korábban vázoltuk – az ezredfordulót követő évtized második felében már az iskolák 85-88%-ában zajlott Magyarországon is valamilyen prevenációs vagy egészségfejlesztő program az egyes tanévekben, s 80%-ukban rendszeresen, minden évben történt valamilyen beavatkozás. A rendszeres prevenációs aktivitás általánossá válása következtében 2006-2008 táján a prevenációs programok elterjedtségében már nem mutatkoztak sem régiók szerinti, sem urbanizációs mintázódások (Paksi 2010). Ezekhez a három évvel korábbi kvantitatív vizsgálati eredményekhez képest a 2011-es évre vonatkozóan kvalitatív információkkal szolgáló kutatásunk egészen más képet fest. Ugyan ma is van olyan térsége az országnak, ahol a helyi szakemberek úgy ítélik meg, hogy kiterjedt, a legtöbb iskolában van drogprevenáció, 5 térségből 3-ban azonban az a vélemény alakult ki, hogy az iskolai prevenáció korlátozottan hozzáférhető, s összességében is a korlátozott hozzáférés jelenti a domináns véleményt, azaz aktuálisan az iskolák többségében nincs drogprevenáció. Bár a hozzáférhetőségre vonatkozó jelenlegi kvalitatív adatok csak nagyon korlátozottan hasonlíthatók össze a korábbi kvantitatív adatokkal, az iskolai prevenáció hozzáférhetőségének tendenciájára vonatkozó szakértői vélemények is összességében inkább kedvezőtlen változásokat jeleztek az elmúlt 3-4 évben.

Amennyiben az iskolai prevenció struktúráját, az alkalmazott modalitások előfordulását vizsgáljuk, azt mondhatjuk, hogy bár az a kétezres évek első évtizedének végén is elmaradt a szakirodalom alapján kívánatos struktúrától, a kutatások kedvező elmozdulásokat jeleztek: megszűnni látszott az ismeretátadásra koncentráltó megközelítés dominanciája, s növekedett a korszerű szakirodalom alapján priorizált, a társas kompetenciákat növelő tartalmak előfordulási aránya. Jelenleg az iskolai prevenció modalitások között – a szakemberek véleménye szerint leginkább a kötelező adminisztratív előírásokban szereplő (dohányzási tilalom, illetve iskolai drogstratégia), másrészt az iskola számára kisebb költséget jelentő megoldások (információs napok, rendőrök által tartott előadások) a leginkább hozzáférhetőek. Ugyanakkor csak kevés iskolában fordul elő, vagy szinte egyáltalán nem létezik néhány, a szakirodalom alapján kívánatosnak tekinthető, bizonyítékkal támogatott programtípus. Mint az európai adatokkal foglalkozó fejezetben láthatjuk, ez sok tekintetben így van általában Európában is, azonban míg néhány bizonyítékon alapuló beavatkozás (pl. készségfejlesztő programok, szülők számára szervezett programok) az iskolák többségében hozzáférhető az európai országokban, nálunk ezek a beavatkozások az iskolák többségében nincsenek jelen, vagy kifejezetten nagyon ritkák.

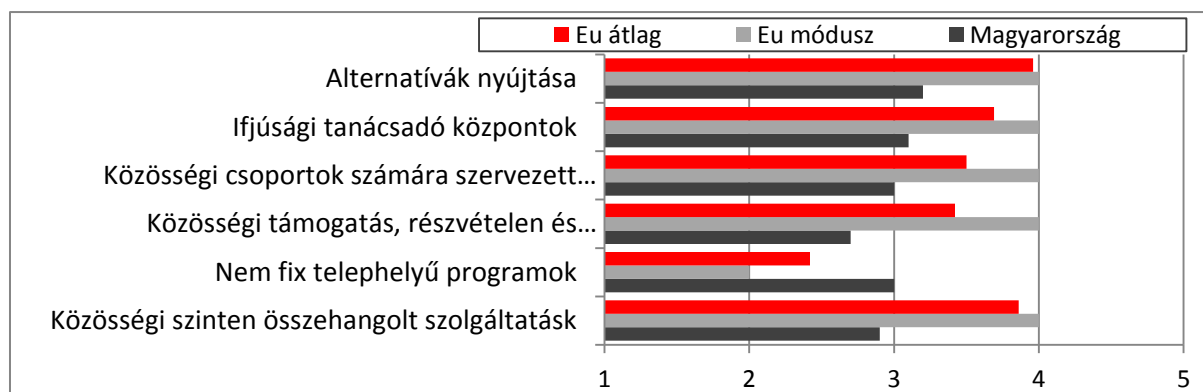
6. ábra. Az iskolai prevenció különböző modalitásainak hozzáférhetősége Magyarországon és Európában (a nemzeti adatok súlyozatlan átlagai és módusai)



A nemzetközi adatok forrása: EMCDDA 2011c, saját számítás

Míg az univerzális közösségi prevenció jelenléte általánosnak mondható az Unió országaiban (EMCDDA 2011c), s a különböző megközelítéssel dolgozó közösségi alapú prevenció beavatkozások többsége, ha nem is mindenütt, de a legtöbb helyen rendelkezésre áll, addig Magyarországon csak korlátozott hozzáférésről beszélhetünk.

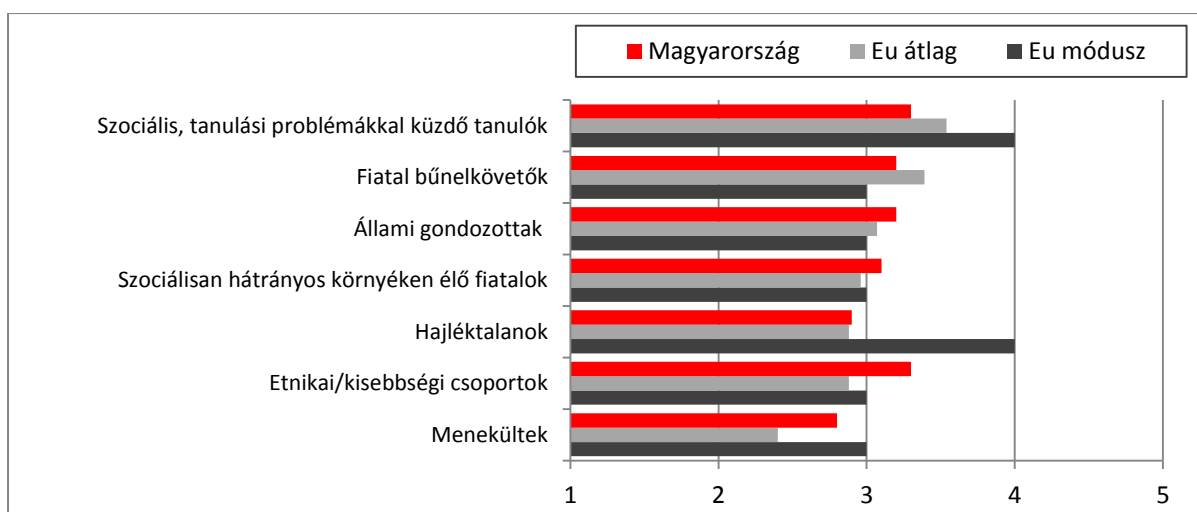
7. ábra. Az univerzális közösségi prevenció különböző típusainak/megközelítéseinek jelenléte Magyarországon és Európában (a nemzeti adatok súlyozatlan átlagai és móduszi)



A nemzetközi adatok forrása: EMCDDA 2011c, saját számítás

Talán a veszélyeztetett csoportok számára nyújtott közösségi beavatkozások területén van a legkevesebb lemaradásunk más európai országokhoz képest, azonban ez az eredmény meglehetősen kétes értékű, hiszen mint említettük, az utóbbi években a prevenció stratégiák szintjén ugyan egyre hangsúlyosabbá válnak a veszélyeztetett csoportokat célzó beavatkozások, de a lefedettség tekintetben más európai országokban is jellemzően korlátozott. Az európai országok nagy részében nagyobb lefedettséget biztosító területeken, a hajléktalanokra, és a szociális/tanulási problémákkal küzdő tanulóira fókuszáló célzott beavatkozások esetében sajnos a lemaradásunk ismét megmutatkozik.

8. ábra. A veszélyeztetett csoportok számára nyújtott célzott közösségi beavatkozások elérhetősége Magyarországon és Európában (a nemzeti adatok súlyozatlan átlagai és móduszi)



A nemzetközi adatok forrása: EMCDDA 2011c, saját számítás

A fentiekben vizsgált prevenció területeken Európától való elmaradásunk a vizsgálat adatai tükrében viszonylag egyértelmű. Hasonlóképpen az is látható, hogy az univerzális prevenció domináns területén, az iskolai szinten kedvezőtlen folyamatok zajlottak le az elmúlt 3–4 évben. Az univerzális prevenció többi területe ugyan stagnál, a célzott prevenció területén pedig kedvező folyamatok látszanak kirajzolódni (17. táblázat), azonban – hogy az egyik résztvevőt idézzük ismét – ez is csak azt jelenti, hogy: „a nullához képest már sokat haladtunk”.

17. táblázat. A különböző programtípusok lefedettsége vonatkozásában észlelt tendenciák összefoglalása (fő)

Tendencia	Iskolai	Univerzális családi	Univerzális közösségi	Célzott közösségi	Célzott családi
javuló	8	7	4	<b>16</b>	<b>17</b>
stagnáló	8	<b>12</b>	<b>17</b>	10	4
rosszabbodó	<b>17</b>	10	7	0	3

## HIVATKOZÁSOK

- Albert F. és Tóth O. (2013) A fiatalok bűnelkövetői és erőszakos viselkedése: Kutatási eredmények és preventív megközelítések. Európai Bizottság Daphne III program. Kutatási beszámoló
- Ansary, S. J., Perkins, D. F. és Nelson, U. (2004) Interpreting outcomes: Using Focus Groups in Evaluation Research. *Family Relations* 53. 310-316.
- Bloor, M., Franklin, J., Thomas, M. és Robson, K. (2002) *Focus Groups in Social Research*. London, Sage.
- Brotherhood, A. és Sumnall, H. R. (2011) European drug prevention quality standards. Lisbon: EMCDDA. Fordítás: Nemzeti Drog Fókuszpont. Hozzáférhető: [http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/prevenacios\\_minosegi\\_standardok\\_HU.pdf](http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/prevenacios_minosegi_standardok_HU.pdf) [letöltve: 2013-06-01]
- Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Coggans, N. (2006) Drug education and prevention: has progress been made? *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, 417-422.
- Dusenbury, L. és Falco, M. (1995) Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, 420-425.
- Elekes Zs. és Nyírády A. (2012) Drogfogyasztás a populációban. In: 2012-es Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára. Hozzáférhető: <http://drogfokuszpont.hu/eves-jelentesek/#2012> [letöltve: 2013-02-02]
- EDDRA (2013): Examples of Evaluated Practices. Hozzáférhető: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples> Letöltve: [2013-06-17]
- EMCDDA (2010) Eszköztár preventív programok tervezéséhez és értékeléséhez. Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Fordítás: Nemzeti Drog Fókuszpont, 2012. Hozzáférhető: [http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/perk\\_manual\\_HUN.pdf](http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/perk_manual_HUN.pdf) [letöltve: 2011-03-01]
- EMCDDA (2011a). The Reitox network – Frequently asked questions. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2011b) The State of the Drugs Problem in Europe. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2011c): Prevention Profiles 2011. Online Publication. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Hozzáférhető: <http://www.emcdda.europa.eu/country-data/prevention/2011#> [letöltve: 2011-03-01]
- Faggiano, F. et al. (2010) The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108 (1-2), 56-64. Hozzáférhető: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T63-4Y648DM-1/2/a33c4c53bc9065aea7bcf0489e259b46>. [letöltve: 2013-06-07]
- Flay, B. (2000) Approaches to substance use prevention utilising school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* 25, 861-866.
- Gondi J., Magi A. és Paksi B. (szerk.) (2010) „Függő(k) kapcsolatok” – TÁMOP – 2.5.1.-07-2008-0136 – Projekt összefoglaló kiadvány. Budapest. Hozzáférhető: [http://epkoz.eu/letolt/fuggo\\_kapcsolatok.pdf](http://epkoz.eu/letolt/fuggo_kapcsolatok.pdf) [Letöltve: 2013-04-04]

- Gorman, D. M., Conde, E. és Huber, J. C. (2007). The creation of evidence in „evidence-based” drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation. *Drug and Alcohol Review* 26, 585-93.
- Hansen, W. (1992). School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research* 7, 403-430.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2012) The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Stockholm. CAN, EMCDDA, Council of Europe.
- Krueger, R. A. (1988) *Focus groups: A practical guide for applied research*. London: Sage.
- Lammers et al. (2011) Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 11, 126. Hozzáférhető: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-126.pdf> [letöltve: 2013-06-10]
- Morgan, D. L. (1997) *Focus Group as Qualitative Research*. Qualitative Research Methods Series. Volume 16. (2. kiadás) London: Sage.
- Mrazek, P. J. és Haggerty, R. J. (szerk.) (1994) *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Nádas E. és Paksi B. (2009) Megelőzés. In: Felvinczi K. és Varga O. (szerk) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Budapest: SzMM. 95-119.
- Nádas E. és Paksi B. (2011). Prevenció. In: 2010-es éves jelentés az EMCDDA számára. Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Budapest: Nemzeti Fókuszpont. 14-32.
- Németh Á. és Költő A. (2011) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Budapest: OGYEI.
- Paglia, A. és Room, R. (1999) Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20(1) 3-50.
- Paksi B. (2010) A közoktatási intézmények prevenációs kompetenciáinak és tevékenységének változásai az utóbbi 5 évben. *Addiktológia* 3. 185-215.
- Paksi B. és Arnold P. (2010) Az ország három régiójában drog területen jelen lévő civil szervezetek jellemzői, az általuk végzett tevékenység tartalmi vonatkozásai és a projekttel szembeni igények. Hozzáférhető: <http://www.madaszsz.hu/beszam.php> [letöltve: 2013-06-01]
- Paksi B. és Demetrovics Zs. (szerk) (2011) *Drogprevenáció és egészségfejlesztés az iskolában*. NDI. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B., Felvinczi K. és Schmidt A. (2011) Az iskolák prevenációs aktivitása. In: Paksi B. és Demetrovics Zs. (szerk) *Drogprevenáció és egészségfejlesztés az iskolában*. NDI. Budapest: L'Harmattan 95-170.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. és Baer, J. (2000) Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education. *Journal of Drug Education* 30, 399-421.
- Robinson, J., Haaz, E., Petrica, S., Hillsberg, B. és Kennedy, N. (2004) Managed care and prevention of mental health and substance abuse problems: Opportunities for growth through collaboration in the new millenium. *Journal of Primary Prevention*, 24(3). 353-373.
- Sim, J. (1998) Collecting and Analysing Qualitative Data: Issues Raised by the Focus Group. *Journal of Advanced Nursing* 28 (2), 345-353.
- Soole, D. W., Mazerolle, L. és Rombouts, S. (2005) School based drug prevention: A systematic review of the effectiveness on illicit drug use. DPMP Monograph Series. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre. Hozzáférhető: [http://notescms.med.unsw.edu.au/dpmpweb.nsf/resources/DPMP+Monographs2/\\$file/DPMP+MONO+7.pdf](http://notescms.med.unsw.edu.au/dpmpweb.nsf/resources/DPMP+Monographs2/$file/DPMP+MONO+7.pdf) [letöltve: 2013-06-18]
- Taylor, B. J. (2000) Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial. *Prevention Science* 1, 183-97.

- Tobler, N. S. (1997) Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention programs: Results of the 1933 Meta-Analysis. In: Bukovski, W. J. (ed.) Meta-analysis of Drug Abuse Prevention Programs. NIDA Research Monograph, Number 170. US Department of Health and Human Services. National Institute of Health. 5-68.
- Tobler, N. (2001) Prevention is a two-way process. Drug and Alcohol Findings. Issue 5, 25-27.
- Tobler, N.S. és Stratton, H. H. (1997) Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. Journal of Primary Prevention 18(1), 71-128.
- Tobler, N. S., Roona, M. R. és Ochshorn, P. (2000) School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. Journal of Primary Prevention 20: 275-336.
- Werch, C. E. – Owen, D. M. (2002) Latrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. Journal of Studies on Alcohol 63, 581–90.
- Vicsek L. (2006) Fókuszcsoport. Budapest: Osiris.