

PAKSI BORBÁLA

# DROGOK ÉS FELNŐTTEK

A 18 ÉV FELETTI LAKOSSÁG DROGFOGYASZTÁSA ÉS  
DROGGAL KAPCSOLATOS GONDOLKODÁSA AZ EZREDFORDULÓN,  
MAGYARORSZÁGON

BUDAPEST

2003

A KUTATÁS AZ IFJÚSÁGI ÉS SPORTMINISZTERIUM FINANSZÍROZÁSÁVAL KÉSZÜLT

A KUTATÁS VEZETŐI: ELEKES ZSUZSANNA ÉS PAKSI BORBÁLA

# TARTALOM

|   |           |
|---|-----------|
| <i>Előszó</i>   | 5         |
| <i>A szerző előszava</i>  | 6         |
| <b>I. Bevezetés</b>   | <b>9</b>  |
| <b>A drogfogyasztás hazai trendjei</b>                                      | <b>11</b> |
| <b>A hazai változások az Európai és Kelet-Európai trendek kontextusában</b> | <b>16</b> |
| <b>A kutatás célja</b>  | <b>23</b> |
| <b>II. A kutatás módszere</b>   | <b>25</b> |
| <b>A vizsgált populáció és a minta leírása</b>                              | <b>25</b> |
| Mintaválasztás  | 25        |
| A megkérdezett személyek leírása  | 29        |
| A minta súlyozása   | 29        |
| <b>Az adatfelvétel eszköze és módja</b>                                     | <b>31</b> |
| A kutatás kérdőíve  | 31        |
| Az adatfelvétel módja   | 32        |
| <b>Módszertani eredmények</b>   | <b>35</b> |
| Részvételi hajlandóság  | 35        |
| A megbízhatóság mintavételi hibán kívüli mutatói                            | 37        |
| Az adatok érvényességének mutatói   | 41        |
| A kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása                           | 42        |
| <b>III. Eredmények</b>  | <b>45</b> |
| <b>A drogfogyasztás elterjedtsége</b>                                       | <b>45</b> |
| A drogfogyasztás összesített életprevalencia értéke                         | 45        |
| Az első droghasználat   | 49        |
| A szerek sorrendje, a tiltottdrog-fogyasztás piramisa                       | 52        |
| Folyamatos fogyasztási ráta   | 54        |
| A tiltott drogok hazai prevalencia értékei nemzetközi kontextusban          | 60        |
| <b>Drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök</b>                              | <b>65</b> |
| A drogfogyasztás veszélyességének érzékelése                                | 65        |
| A drogfogyasztók megítélése   | 70        |
| Drogpolitikával kapcsolatos vélemények                                      | 75        |
| A különböző attitűdjelző mutatók összefüggése                               | 77        |
| Az attitűdállapotok kapcsolata a különböző fogyasztói magatartásokkal       | 78        |

|  |            |
|--|------------|
| Az attitűdök társadalmi-demográfiai jellemzők mentén való differenciálódása _____    | 82         |
| A drogfogyasztással kapcsolatos lakossági attitűdök összefoglalása _____             | 84         |
| <b>Orvosi rendelvényre vagy a nélkül történő altató és nyugtató fogyasztás _____</b> | <b>86</b>  |
| altató és nyugtató fogyasztás elterjedtsége _____                                    | 86         |
| Orvosi rendelvényre történő altató és nyugtató fogyasztás elterjedtsége _____        | 90         |
| Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás elterjedtsége _____                              | 92         |
| A gyógyszerfogyasztás kapcsolata a drogfogyasztással _____                           | 95         |
| <b><i>Összefoglalás</i> _____</b>  | <b>101</b> |
| Módszertani háttér és eredmények összefoglalása _____                                | 101        |
| Drogfogyasztással kapcsolatos eredmények összefoglalása _____                        | 102        |
| altató és nyugtatóhasználattal kapcsolatos eredmények összefoglalása _____           | 104        |
| Attitűdállapotokkal kapcsolatos eredmények összefoglalása _____                      | 105        |
| Az eredmények nyemzetközi kontextuálásának összefoglalása _____                      | 105        |
| <b><i>Felhasznált irodalom</i> _____</b>   | <b>108</b> |
| <b><i>Mellékletek</i> _____</b>  | <b>112</b> |
| <b>Kiegészítő táblázatok _____</b>   | <b>113</b> |
| Részvételi hajlandósággal kapcsolatos táblázatok _____                               | 113        |
| Érvényességgel és megbízhatósággal kapcsolatos táblázatok _____                      | 114        |
| Droghasználattal kapcsolatos táblázatok _____  | 116        |
| Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztással kapcsolatos táblázatok _____                  | 118        |
| Attitűdökkel kapcsolatos táblázatok _____  | 119        |
| <b>A kutatás kérdőíve _____</b>  | <b>123</b> |
| <b><i>English Summary</i> _____</b>  | <b>124</b> |
| <b>Survey aims _____</b>   | <b>124</b> |
| <b>Summary of the methodological characteristics of this research _____</b>          | <b>125</b> |
| <b>Results _____</b>   | <b>126</b> |
| Spread of illicit drugs _____  | 126        |
| Results of use of pharmaceuticals _____  | 134        |
| Attitudes towards drug consumption _____   | 138        |
| <b>Conclusions _____</b>   | <b>141</b> |

# ELŐSZÓ

## A SZERZŐ ELŐSZAVA

A társadalmi jelenségek szinte mindegyikének többféle arculata, és értelmezésének sokféle nézőpontja van. A megismerésükre irányuló különféle törekvések mentén keletkező eredmények a jelenségek különböző olvasatait adják. Minden indikátor, minden tapasztalás hordozza valamilyen módon a jelenség valamelyik arculatának az igazságát, csak bizonyos szempontból az egyik, más szempontból a másik „igazság”, szemlélet válik fontosabbá.

A drogprobléma megismerésének is különböző jelzőszámai léteznek. Vannak, melyek nem közvetlenül a drogfogyasztás, a drogproblémák társadalmi elterjedtségét jelzik, hanem olyan, a drogfogyasztáshoz kapcsolódó jelenségekről adnak információt, amelyekből - jó esetben - következtethetünk a drogproblémák elterjedtségére is azáltal, hogy azok valamilyen - elvileg meghatározható - kapcsolatban állnak a probléma kiterjedésével. Ezek az un. *közvetett indikátorok*. A jelzőszámok e csoportját képező mutatók a drogprobléma ellátásával foglalkozó intézményrendszer szemüvegén keresztül csak a „jéghegy csúcsát” teszik valamilyen módon, valamilyen mértékben láthatóvá. Önmagában az így keletkező információkból azonban többnyire nem tudjuk, hogy amikor egyes regisztrált adatokban változások jelentkeznek, akkor a jéghegy – a társadalom drogérintettségének - méretében történt változás, vagy a látható csúcs, és a hegy víz alatti részének a viszonya – azaz a az intézményekkel való kapcsolatba kerülés soktényezős gyakorlata - változott.

Éppen ezért a társadalom drogérintettségének fölvázolásához mindenképpen célszerű kiegészíteni a közvetett forrásokból származó adatokat közvetlen információkkal. Nagy előnye ezeknek a módszereknek egyrészt az, hogy a drogfogyasztás elterjedtségéről, valamint a drogproblémával kapcsolatos attitűdállapotokról - mint elnevezésük is mutatja - közvetlenül, becslési eljárások közbeiktatása nélkül adnak információt. Emellett segítségükkel a statisztikák nyújtotta lehetőségeknél szélesebb körű, alaposabb, mélyrehatóbb ismereteket szerezhetünk. Kötetünk ezt szolgálja. A közvetlenül a drogfogyasztás elterjedtségével kapcsolatos információk továbbá segítséget adnak a közvetett információk értelmezéséhez is, ahhoz, hogy a közvetett információkat közvetlenül az regisztráló intézmények működésével kapcsolatos információs forrásként használhassuk.

Számos pozitívuma, többcélú felhasználási lehetősége mellett ugyanakkor nem hallgathatjuk el azt sem, hogy a közvetlen indikátorok használata sem problémamentes. Ez is csak egy szemüveg. Ezekben a vizsgálatokban a részvétel önkéntes és az információk önbevalláson

alapulnak, s e vizsgálatok legfőbb problémái éppen ebből fakadnak. Mindig felmerül a kérdés, hogy a válaszok milyen mértékben tükrözik a vizsgált sokaság tényleges magatartását, véleményét. Az adatok értelmezéséhez meg kell válaszolnunk azokat a kérdéseket, hogy a mennyire tekinthetők valósak az önbevalláson alapuló válaszok, a megcélzott népeiséget mennyire tudjuk elérni, azaz mennyire zárkóznak el a kutatásban való részvételtől, a feltett kérdések megválaszolásától. Ezeknek a kérdések azonban – módszertanilag megfelelően előkészített vizsgálat esetében – megválaszolhatók, a paraméterek számszerűsíthetők és az eredmények értelmezése során kalkulálhatók. Mindez természetesen azt is jelenti, hogy a közvetlen indikátorok megbízható alkalmazása feltételezi a módszertani paraméterek folyamatos regisztrálását és ellenőrzését.

Ebben kötetben egy, a felnőtt népesség droghasználatának, drogokkal, drogfogyasztással kapcsolatos gondolkodásának feltárására irányuló önbevallások vizsgálat eredményeit adjuk közre. Azaz a 18 év feletti lakosság és a drogok viszonyát a survey olvasatában láttatjuk. Azonban ez is csak egy lehetséges olvasat! Éppen ezért, hogy ne csak a kutató ismerje a szemüvege vastagságát, a konkrét eredmények bemutatása előtt egy önálló - talán az eredmények iránt érdeklődő olvasó számára másodlagosnak, esetenként érdektelennek tűnő, de az adatok értékelése, értelmezése számára nélkülözhetetlen - fejezetben ismertetjük a kutatás módszertani háttérét, jellemzőit.

Az adatok tartalmának, módszertani paramétereinek ismerete azonban csak szükséges, de nem elégséges feltétele annak, hogy azokat megfelelően tudjuk értelmezni, hogy jelentéssel tudjuk felruházni. A nehézségek egyikét az jelenti, hogy az adatoknak nincs abszolút mértéke, nem határozható meg egy normál érték, vagy egy sáv, melyhez képest valamely jelzőszám magasnak, vagy alacsonynak mondható, önmagában kevés iránymutatással szolgál a probléma mértékének és/vagy súlyosságának megítéléséhez. Egyéni értelmezésünk, értékítéletünk szerint tarthatjuk soknak, vagy még elfogadhatónak, esetleg elhanyagolhatónak azt a tény, hogy a lakosság bizonyos százaléka saját bevallása szerint fogyaszt időnként drogot. Ez a megítélés azonban szubjektív, az értékelő társadalomképeinek, az egészséges, „normális” társadalomról alkotott felfogásának a függvénye. Az adatok értelmezéséhez, reális megítéléséhez hozzásegíthet bennünket az információk földrajzi térben való elhelyezése, más populációkhoz való viszonyítása. Éppen

ezért eredményeinket folyamatosan kontextuáljuk más országok adataival. További nehézséget jelent az eredményeinek értelmezése során, hogy bizonyos adatok mást és mást jelentenek aszerint is, hogy egy-egy társadalomban a drogjelenség milyen múlttal rendelkezik. Mást értelmezést kap például a drogfogyasztás korcsoportos eloszlása, vagy a kumulált fogyasztási ráta bizonyos alakulása akkor, ha a drogfogyasztás tendenciája növekvő, illetve új jelenség egy társadalomban, és mást akkor, ha e tekintetben aktuálisan stabil jellemzőkkel bír, avagy hosszabb múltra tekint vissza a társadalom. Az adatok időbeni kontextusának megteremtéséhez – lévén a bemutatásra kerülő vizsgálat az első a hazai felnőtt népességre vonatkozó drogepidemiológiai vizsgálatok sorában – a kutatás eredményeinek bemutatása előtt, mintegy bevezetésként a fiatal populációkon szerzett ismereteink rövid összefoglalását adjuk. Tesszük ezt azért is, mert a kötetben közreadott vizsgálat a „Drogok és fiatalok” címmel (Elekes-Paksi,2000) megjelent, a középiskolás, tehát 18 év alatti populációról szóló kötet kiegészítésének, mintegy folytatásának is tekinthető, a drogfogyasztás magyarországi elterjedtségéről a mi látószögünkből kialakítható ezredfordulós lenyomat így válik egésszé.



## I. BEVEZETÉS

Az addiktológiai szakirodalom már az 1900-as évek kezdetétől beszámol öbevallásos epidemiológiai vizsgálatokról (Billings, 1903; Swiecicki, 1972). A kutatások jelentős terjedéséről és a módszerek fejlődéséről, azonban elsősorban a század második felétől beszélhetünk. Az 1970-s évekre az Amerikai Egyesült Államokon kívül, már néhány európai, elsősorban skandináv országban is készül a felnőtt népesség alkoholfogyasztását vizsgáló kutatás (Makela, 1971; Jonsson-Nilsson, 1967; Elekes, 2002). A tiltott szerek fogyasztásának vizsgálata rövidebb múltra tekint vissza. Európában a nyolcvanas-kilencvenes években terjedtek el a normál populációs drogepidemiológiai kutatások (pl. Menard-Huizinga, 1989; Sandwijk et al., 1991, 1995; Kokkevi-Stefanis, 1994) melyek azonban az alkalmazott metodológiai eljárások különbözőségei miatt csak korlátozott összehasonlítási lehetőségekkel szolgálnak. (Hibell et. al., 1997, EMCDDA, 1996) A vizsgálatok terjedésével egyre határozottabb törekvés mutatkozott a nemzeti kutatások összehangolására (Johnson et al., 1994; Pompidou Group, 1995; EMCDDA ,1996), s az egyes európai országokban, illetve az Egyesült Államokban végzett felmérések tapasztalatainak felhasználásával a fiatal populációra vonatkozó kutatások esetében az évtized közepére (Hibell-Andersson, 1994) a felnőtt népességre irányuló vizsgálatok tekintetében pedig az évtized második felében sor került az összehasonlítást megnehezítő fő problémák beazonosítására, valamint modellkérdőívek kidolgozására is. (Hibell-Andersson, 1994; Hibell et. al., 1997, 2000; EMCDDA, 1997, 1999) E kutatások céljai a normál népességre vonatkozó prevalencia értékek becslésére, az első droghasználat jellemzőinek megismerésére, valamint a drogfogyasztáshoz kapcsolódó egyéb jelenségek vizsgálatára, - mint például a drogokkal és a drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök, ismeretek, és a fogyasztásból adódó problémák mérése - irányulnak. Tágabb értelemben azonban ide tartoznak azok a vizsgálatok is, melyek a drogfogyasztás következményeit, a kapcsolódó problémákat, illetve a drogfogyasztásra ható tényezőket elemzik.

Magyarországon a hatvanas évek végétől kezdődően vannak információk drogfogyasztás létezéséről, azonban kezdetben ezek csak jelzésértékű, egyes esetekről tudósító híradások voltak. A hetvenes évektől már készült ugyan néhány vizsgálat, de ezek különböző

módszertani problémák miatt<sup>1</sup> általában nem alkalmasak arra, hogy belőlük megbecsüljük a hazai drogprobléma kiterjedését, azt, hogy a népesség mekkora hányadát érintette a probléma a kezdeti időszakban, hogy hogyan változott annak volumene és jellege, s különösen nem teszik lehetővé a hazai droghelyzet nemzetközi viszonylatban való értelmezését. Ilyen jellegű ismeretekkel a probléma megjelenését követő több mint 20 éves időszakra vonatkozóan sem rendelkezünk.

A kilencvenes években az informáltságunk tekintetében azonban sokat javult a helyzet. A drogkipróbálás szempontjából az egyik leginkább veszélyeztetett korosztályban<sup>2</sup>, a középiskolások körében több, nemzetközi standardokon alapuló<sup>3</sup> drogepidemiológiai vizsgálat is készült az utóbbi egy évtizedben. A bevezető fejezetben – mintegy a felnőtt népességre vonatkozó adatok időbeni és generációs kontextuálása céljából - e vizsgálatok alapján felrajzolható trendeket mutatjuk be.

Magyarországon a középiskolások országos reprezentatív mintáján 1995-ben és 1999-ben (Elekes-Paksi, 1996, 2000a) készültek adatfelvételek a drogfogyasztás elterjedtségének vizsgálata céljából, tehát az országos trendeket pontosan csak a kilencvenes évek második felére vonatkozóan tudunk felvázolni. Ezek a vizsgálatok azonban egyben arra is lehetőséget adnak, hogy a hazai drogfogyasztást nemzetközi kontextusban értelmezzük, tekintettel arra, hogy mindkét vizsgálat a mintegy 30 országra kiterjedő *Európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és drogfogyasztásáról* (ESPAD)<sup>4</sup> című nemzetközi összehasonlító kutatás keretében

---

<sup>1</sup> Ezek a kezdeti vizsgálatok többnyire csak néhány kábítószerre vonatkoztak, nem reprezentatív, vagy a drogfogyasztás elterjedtségéhez képest kicsi elemszámú - alacsony megbízhatóságot eredményező – mintán készültek, illetve sokszor csak valamilyen speciális népességet reprezentáltak. (Paksi, 1993)

<sup>2</sup> Hazai és nemzetközi kutatási tapasztalatok szerint az első droghasználat nagy gyakorisággal történik a középiskolás évek alatt. Ere utalnak a középiskolások körében végzett vizsgálatokon (Bácskai-Gerevich 1997; Elekes-Paksi, 1996, 2000a, 2000b; Hibell, et al., 1997, 2000; Murányi-Seres 1994; Murányi, 1996) túlmenően a szélesebb korosztályokon végzett kutatások is, (Demetrovics, 1998, 2001; Paksi, 2000a) továbbá ezt erősítik - mint majd láthatjuk - a jelen kötetben bemutatásra kerülő adatok is.

<sup>3</sup> A nemzetközi standardoknak megfelelően elvégzett módszertani elemzések alapján az ESPAD vizsgálatok magyarországi adatainak módszertani paraméterei nemzetközi viszonylatban megfelelőek, és időben nagy stabilitást mutatnak, ennek megfelelően az adatok mind nemzetközi, mind időbeli összehasonlításban felhasználhatók (A módszertani eredmények részletesebb leírását lásd. Hibell et al., 1997; 2000 Elekes-Paksi, 1996, 1999; Paksi, 1997a, 1997b.)

<sup>4</sup> Az európai középiskolás vizsgálatokat a Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) koordinálta, és részben az Európa Tanács Pompidou Csoportja részben pedig a Svéd Szociális Minisztérium támogatta.

Az ESPAD adatfelvétel mind 1995-ben, mind 1999-ben minden országban azonos kérdőívvel történt, s mind az adatfelvétel, mind az adatfeldolgozás szigorú szabályok alapján, egységesen zajlott az összes résztvevő országban.

A kutatásokat Magyarországon a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Viselkedéskutató Központja végezte. A kutatást a szerző Elekes Zsuzsannával közösen vezette. Az ESPAD

készült. (Hibell et al., 1997, 2000) Emellett azonban már a kilencvenes évek első felében, és a két országos vizsgálat közötti években is készültek – az ESPAD vizsgálatokkal azonos módszertani apparátussal - helyi, illetve regionális kutatások (Murányi-Seres, 1994; Elekes-Paksi, 2000b), melyek alapján hazai viszonylatban az évtized egészére kiterjedő becsléseket is készíthetünk. Budapestre vonatkozóan pedig a fentieknél részletesebb tagolásban, 1992, 1995, 1998, 1999, 2000, és 2002. évekre is vannak adataink (Elekes-Paksi, 1994, 1996, 1999, 2000b; Paksi 2002), így a fővárosban meglehetősen részletes képet tudunk adni a változásokról.

## A DROGFOGYASZTÁS HAZAI TRENDJEI

A kilencvenes évek második felében a drogfogyasztás elterjedtségében egy jelentős mértékű növekedés következett be. 1995 és 1999 között a valamilyen drogot biztosan droghasználati céllal kipróbálók aránya<sup>5</sup> a 10 évfolyamos középiskolások körében országosan 10%-ról 19,1%-ra emelkedett. Ez az intenzíven emelkedő trend azonban feltételezhetően nem egy, a rendszerváltozás óta folyamatosan tartó növekedés része. Az évtized elején, valamint a két ESPAD vizsgálat közötti periódusban Magyarország egyes régióiban illetve fővárosban végzett vizsgálatok az mutatják, hogy a növekedés az évtized első felében, viszonylag hosszú időszakon keresztül jellemző stagnálás után, hirtelen ment végbe.

A különböző helyi jellegű vizsgálatok már az évtized elején azt jelezték, hogy a középiskolások 7-12% kipróbált már valamilyen szert, biztosan droghasználati céllal. 1996-ban az ország egyes megyéiben, településein végzett vizsgálatok ezt a 10% körüli rátákkal jellemezhető időszakot az évtized elejétől 1996-ig sejtetik. (Elekes-Paksi, 2000b)

Az 1. ábrán láthatjuk, hogy hogyan alakulna a trend, amennyiben az évtized folyamán a biztosan droghasználati célú fogyasztás lineáris növekedése ment volna végbe. Látható, hogy ez nem illeszkedik a kutatások során mért adatokra. Az évtized első felében a valós növekedés üteme igen kismértékű, sőt a hibahatárok figyelembe vételével inkább

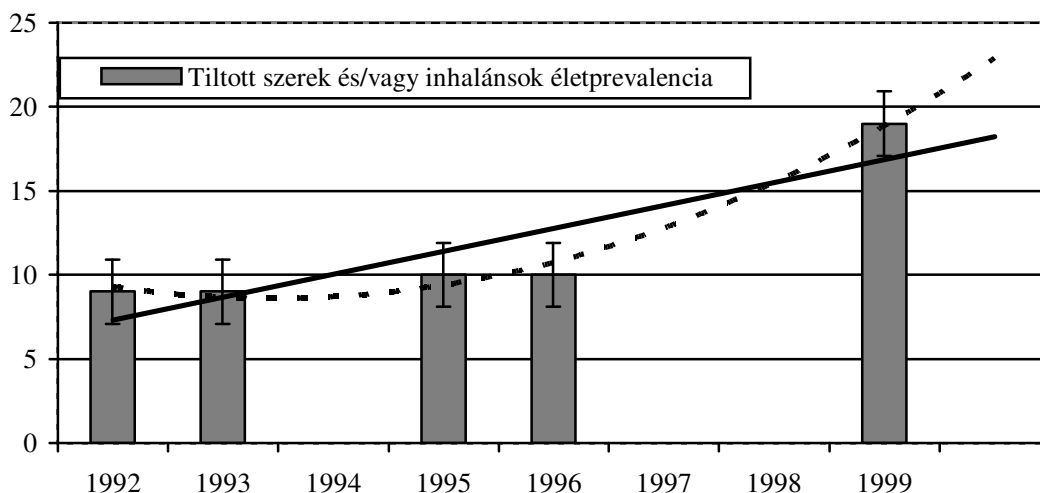
---

magyarországi projektjét 1995-ben a Népjóléti Minisztérium, 1999-ben az Országos Tudományos Kutatási Alap (OTKA), valamint az Ifjúsági és Sportminisztérium (ISM) támogatta.

<sup>5</sup> A biztosan droghasználati célú fogyasztáson az alábbi szerek fogyasztását értjük: marihuána, hasis, LSD vagy más hallucinogén, crack, kokain, XTC, heroin, egyéb opiátok, inhalánsok, illetve valami más itt fel nem sorolt tiltott drog.

stagnálásról beszélhetünk, az évtized második felében pedig intenzívebb annál, mint ami lineáris kapcsolat esetén várható volna.

1. ábra: A tiltott szerek és/vagy inhalánsok életprevalencia értékeinek<sup>6</sup> alakulása a kilencvenes években, a 10 évfolyamos középiskolások körében (a trendvonal és a standardhiba feltüntetésével)



Elekes-Paksi, 2000b

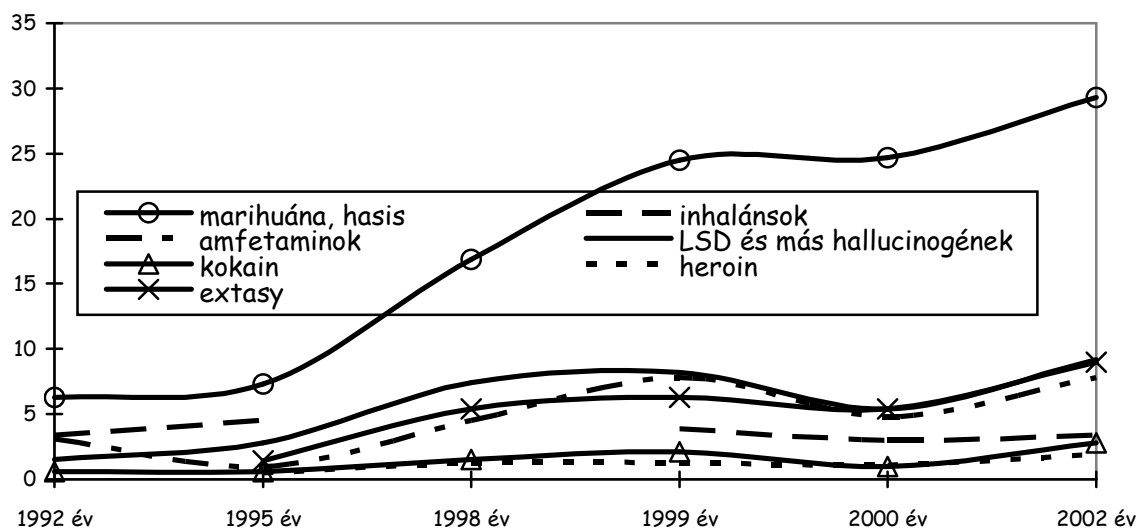
Mint említettük, a Budapesti változásokra vonatkozóan a fentieknél részletesebb tagolásban, is vannak adataink. (Elekes-Paksi, 1994, 1996, 1999, 2000b; Paksi, 2002) Ezek a kutatások az évtized első felében szintén nem jeleznek jelentős elmozdulásokat az egyes drogok esetében, az évtized második felében azonban valamennyi tiltott szer életprevalencia értéke növekedett, ezen belül elsősorban a cannabis származékok növekedése a meghatározó, de jelentős az LSD és más hallucinogének, az amfetaminok, valamint az ecstasy elterjedtségének növekedése is. Ugyanakkor egy 1998-ban végzett vizsgálat<sup>7</sup>, eredményei (Elekes-Paksi, 2000b) arra utalnak, hogy a szerek többsége esetében a növekedés 1995 és 1998 között ment végbe, s ezt követően már csak a marihuána fogyasztás növekedése volt megfigyelhető, majd 1999-2000 között gyakorlatilag minden szer esetében csak hibahatáron belüli elmozdulás volt tapasztalható. A legutóbbi, 2002 tavaszán készült fővárosi vizsgálat

<sup>6</sup> Az életprevalencia érték kifejezés azok százalékban kifejezett arányát mutatja, akik az adott szert, illetve szercsoportba tartozó szerek valamelyikét életük során legalább egy alkalommal használták. Jelen esetben az ábra azok arányát mutatja, akik életük során használtak már valamilyen tiltott drogot, vagy szípuztak.

<sup>7</sup> Az 1998-as - elsődlegesen módszertani célú - vizsgálat korábbi vizsgálatokkal csak részben összehasonlítható, nem terjedt ki minden - a többi, kifejezetten prevalencia becslés céljából készült vizsgálatban mért - szerfogyasztásra, ezért összesített rátaváltozás becslésére nem alkalmas, csak az egyes szerek esetében történt prevalencia változást jelzi.

adatai azonban néhány szer –az ecstasy, az LSD kokain és a kannabisz származékok - esetében ismét az életprevalencia értékek hibahatáron túli növekedését jelzik. (2. ábra)

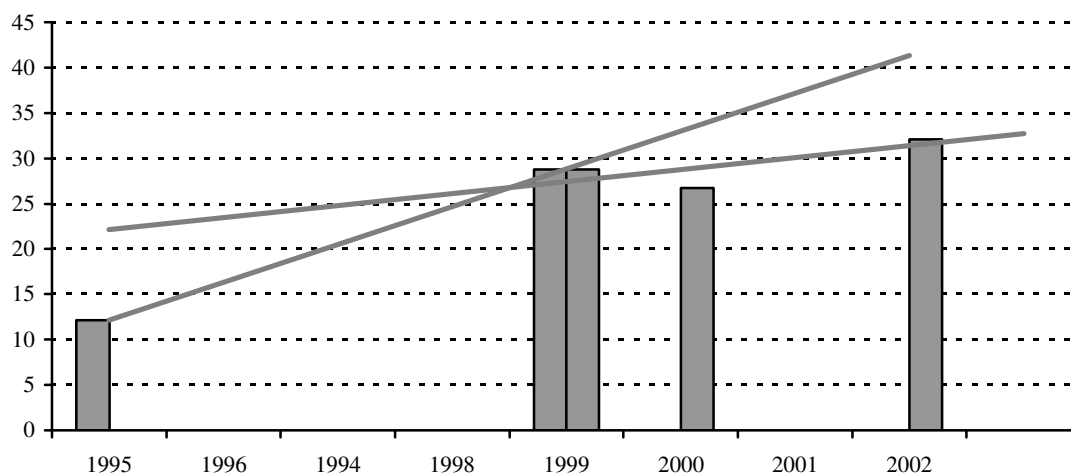
2. ábra: A szerenkénti életprevalencia értékek tendenciái 1992-től napjainkig, a budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében



Az adatok forrása: Elekes-Paksi, 2000b; Paksi, 2002

Az utóbbi 2-3 évben biztosan droghasználati célú fogyasztás összesített prevalencia értéke az ezredfordulón (1999-ben, illetve 2000-ben) mért értékekhez képest mintegy három-öt százalékponttal növekedett a fővárosi 10. évfolyamos középiskolások körében. Ez a növekedés tehát jóval kisebb mértékű annál, mint amit azt megelőzően, a kilencvenes évek második felében tapasztaltunk ebben a populációban. (3. ábra)

3. ábra: A tiltott drogok és inhalánsok összesített prevalenciaértéke a kilencvenes évek második felében, és az ezredfordulón, a két időszak lineáris trendvonalainak feltüntetésével (a 10.évfolyamos középiskolások körében)

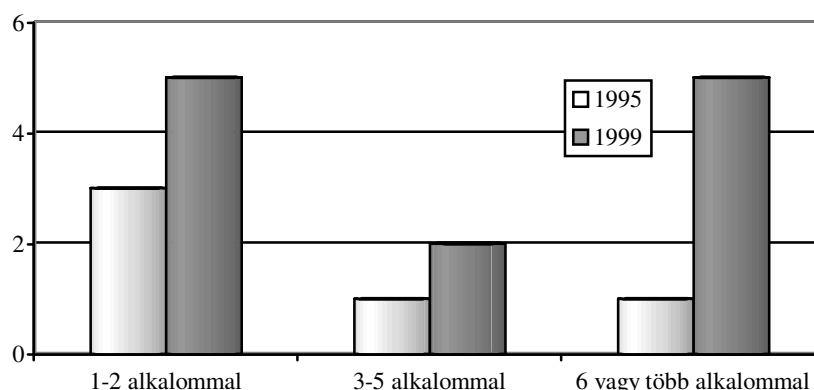


Az adatok forrása: Elekes-Paksi; 2000b; Paksi, 2002

A probléma volumenének növekedése mellett azonban megfigyelhetők a drogfogyasztás jellegének átalakulására utaló jelek is.

1995 és 1999 között azoknak az aránya, akik életük során valamilyen tiltott droggal csupán 1-2 alkalommal próbálkoztak, alig több mint másfélszeresére, a 3-5 alkalommal használóké viszont kétszeresére, az 5-nél több alkalommal fogyasztók aránya pedig ötszörösére növekedett. (4. ábra) A különböző intenzitású szerhasználatok eltérő mértékű növekedése azt jelzi, hogy a vizsgált időszakban az elterjedtség általános növekedésével leírható tendenciák mellett megjelent egy másik tendencia is, minőségileg az intenzívebb, gyakoribb droghasználat irányába tolódott el a magyarországi fiatalok szerhasználatára. Ez az tendencia szintén mérséklődni látszik az 2002-es budapesti adatok alapján.

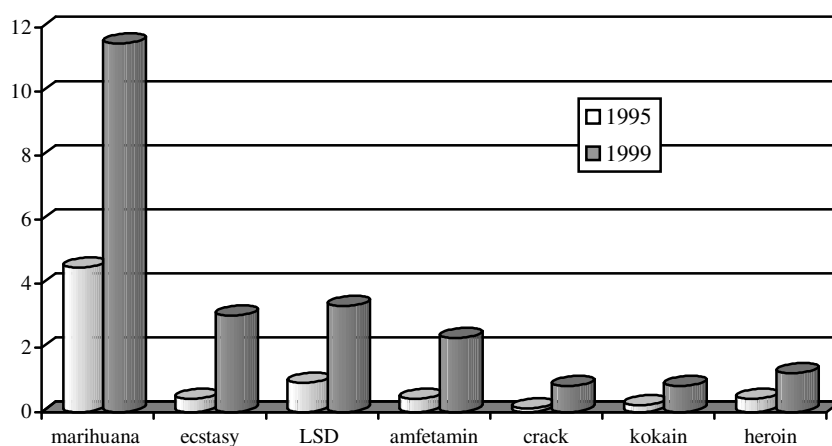
4. ábra: A szerhasználati alkalmak száma az eddigi élet folyamán 1995-ben és 1999-ben (a 16 éves középiskolások %-ában)



A tiltott szerek struktúráját vizsgálva elmondhatjuk, hogy az évtized közepéhez hasonlóan az ma is a marihuána a korosztály domináns szere, azonban jelentősége az összes szerfogyasztáson belül egyre dominánsabbá válik. Míg 1995-ben a marihuána fogyasztási rátája csak mintegy 4 százalékponttal haladta meg az egyéb szerek átlagos ráját, addig ez az előny 1999-re közel 10 százalékponttá növekedett. Emellett megfigyelhető – bár továbbra is jóval kisebb gyakoriságokkal - a szintetikus party drogok (Ecstasy, LSD, Amfetaminok) „felzárkozása” is. Míg 1995-ben a marihuána kivételével minden tiltott szer életprevalencia-értéke 1% alatt maradt a 16 éves populációban, addig az évtized végén már az LSD illetve az ecstasy elérte illetve meghaladta a 3%-os értéket, és az amfetaminok prevalenciája is 2% fölé emelkedett, míg a többi tiltott szer esetében a kipróbálók aránya továbbra is 1% körüli

értéket vesz fel. Azaz, míg évtized közepén s szintetikus party drogok átlagos fogyasztási rátája csak 0,2 százalékponttal előzte meg a többi szerét, addig az évtized végére ez az előny közel két százalékpontossá vált.(5. ábra) Az 1999 után fővárosi vizsgálatok a fogyasztási szerkezet stabilizálódását jelzik.

5. ábra: A különböző tiltott drogokat kipróbálók aránya 1995-ben és 1999-ben (a 16 éves középiskolások %-ában)



Összességében - az egyik leginkább veszélyeztetett korosztályban, a középiskolások körében végzett kutatások alapján - elmondhatjuk, hogy Magyarországon az utóbbi tíz évben a drogfogyasztás elterjedtségében, illetve jellegében jelentős változások következtek be. A kilencvenes évek második felében az érintett populáció nagysága közel kétszeresére növekedett. Ezt a mennyiségi változást strukturális, és minőségi változások is kísérték, növekedett a fogyasztás intenzitása, és a fogyasztási struktúrában kiemelkedő szerepre tett szert a marihuána és a különféle szintetikus party drogok. Az is valószínűsíthető, hogy ezen változások túlnyomó részt - az évtized elejére jellemző stagnálás után - viszonylag hirtelen, 1996 és 1998 között, a rendszerváltozáshoz képest 6-8 évvel később következett be, majd azt követően a változások üteme feltehetően lassult.

A fentiekben felvázolt, a hazai droghasználat terén lezajlott változások megértése, magyarázata számos kérdést, miértet vet(het) fel. Miért éppen ekkor, s ilyen ugrásszerűen történtek a drogepidémiái változások? Tekintettel arra, hogy a bemutatott jelenségek a droghasználat elterjedtségében, illetve annak jellegében bekövetkezett társadalmi szintű változásokat írják le, így az események okait is társadalmi – azaz makro – szinten kell keresnünk. Hiszen ma már széles körben elfogadott vélemény, hogy valamely társadalomban a deviáns magatartások előfordulási aránya társadalmilag meghatározott. (Durkheim, 1982) A deviáns magatartások, s köztük a droghasználat okaira (is) vonatkozó elméleteknek, kutatásoknak évszázados múltja, s könyvtárnyi irodalma van. Ezen belül azon

megközelítések is széles tematikát ölelnek fel, melyek a devianciák társadalmi okaira vonatkoznak, arra, hogy bizonyos társadalmakban, társadalmi csoportokban, illetve időszakokban mért gyakoribb a deviáns (illetve egyes deviáns) magatartások aránya, mint más korokban, más társadalmakban.

Az ENSZ Kábítószerügyi Bizottsága 1999. évi beszámolójának (United Nations, 1999) megállapításai szerint az illegitim droghasználat világszerte tapasztalható terjedésének hátterében olyan változások állnak, melyek révén a fiatalok egyre erőteljesebben konfrontálódnak a gyors szociális és technológiai változásokkal, valamint az egyre inkább a versengésre épülő társadalommal. Itt a siker kényszere kifejezett és az egyéni célok elérése hangsúlyozott. A fiatalok növekvő mértékben kitettek a populáris ifjúsági kultúra és a tömegkommunikáció hatásainak, melyek olyan üzeneteket is közvetítenek, melyek bizonyos illegitim szerek fogyasztásával kapcsolatban toleránsak. Ezek az üzenetek olyan képet hoznak létre, hogy a rekreációs droghasználat elfogadható és még előnyös is az anyagi javak fogyasztásának öncélú hajszolása és az egyéni szükségletek kielégítése során. A fiatalok egy jelentős kisebbsége személyes függetlenség- és identitáskeresésük részeként kísérletezik illegális drogokkal.

A droghasználat hazai elterjedtségében, jellemzőiben az elmúlt években lezajlott változások mértéke, és sajátos időzítetttsége, illetve azok okainak keresése kapcsán felmerül a kérdés, hogy a magyarországi folyamatok az általános európai/világ trendbe illeszkednek-e, a növekedés okait a fenti tényezők valamilyen konstellációjában kell keresnünk, és/vagy összefüggésbe hozhatók-e a Kelet-Európai változásokkal, vagy inkább az évtized második felében bekövetkezett sajátos magyar történésekben kell keresnünk az okokat?

## A HAZAI VÁLTOZÁSOK AZ EURÓPAI ÉS KELET-EURÓPAI TRENDEK KONTEXTUSÁBAN

Előljáróban el kell mondanunk, hogy a következő elemzésbe értelemszerűen azokat az ESPAD országokat vontuk be, melyek az 1995-ös, és az 1999-es vizsgálatban is részt vettek.<sup>8</sup> Az elemzésbe vont 18 ESPAD országot – elemzési céljainknak megfelelően -két csoportba soroltuk.

---

<sup>8</sup> Itt kell megjegyeznünk, hogy 3 ESPAD országot – Máltát, Ciprust, és Faröer szigeteket – kihagytunk az elemzésből. Ennek részben a területi elhelyezkedésük, részben alacsony lakosságszámuk az oka (az elemzések

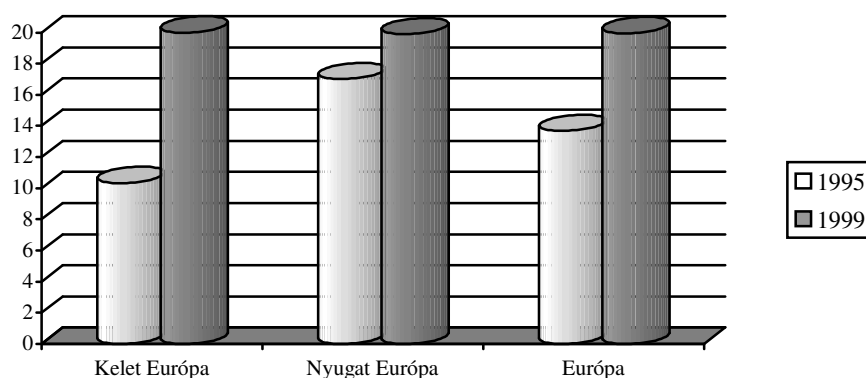


A Kelet-Európai (rendszerváltó) országok az alábbiak: Horvátország, Csehország, Észtország, Magyarország, Litvánia, Lengyelország, Szlovák Köztársaság, Szlovénia, Ukrajna.

Nyugat-Európai országok: Dánia, Finnország, Izland, Írország, Olaszország, Norvégia, Portugália, Svédország, Egyesült Királyság.

A 6. ábra az egyes országokban a 16 éves középiskolásokra vonatkozóan a tiltott drogokra<sup>9</sup> kapott életprevalencia értékeket mutatja, Európára, illetve a Keleti és a Nyugati régióra átlagolva.<sup>10</sup>

6. ábra: A tiltott drogok életprevalencia értéke a Kelet- és Nyugat-európai ESPAD országokban átlagosan 1995-ben és 1999-ben (16 éves középiskolások körében)



Az ábrán jól látható egyrészt, hogy egész Európában, és ezen belül mindkét régió országaiban növekedett az országokénti prevalenciaértékek átlaga.

---

során minden országot egy egységnek tekintettünk) valamint a későbbiekben bemutatásra kerülő többváltozós elemzés során való különállásuk az oka.)

<sup>9</sup> A nemzetközi összehasonlító elemzések során tiltott drogokon az alábbi szereket értjük: marihuána, hasis, LSD vagy más hallucinogén, crack, kokain, XTC, heroin, vagy valami más itt fel nem sorolt tiltott drog.

A korábban, a magyarországi elemzésekben közzétett értékek az ittenitől némileg eltérőek. Ennek elsődleges oka a hazai és a nemzetközi elemzések során használt minta összetételében keresendő. A magyarországi középiskolás vizsgálatok az első és második osztályos középiskolások reprezentatív mintáján készültek, a nemzetközi összehasonlítások viszont korévre vonatkozó adatok alapján történnek, s csak a 16 éves tanulókra vonatkoznak. A tiltott szerekre vonatkozó adat esetén egy másik, kisebb tényezője is van az itt szereplő, és a már publikált értékek különbözőségének, ugyanis a nemzetközi összehasonlításban szereplő adatok csak a már felsorolt, összehasonlítható – minden országban megkérdezett - szerekre vonatkoznak, így az itt közölt adat az egyéb opiátok fogyasztására vonatkozó értéket nem tartalmazza.

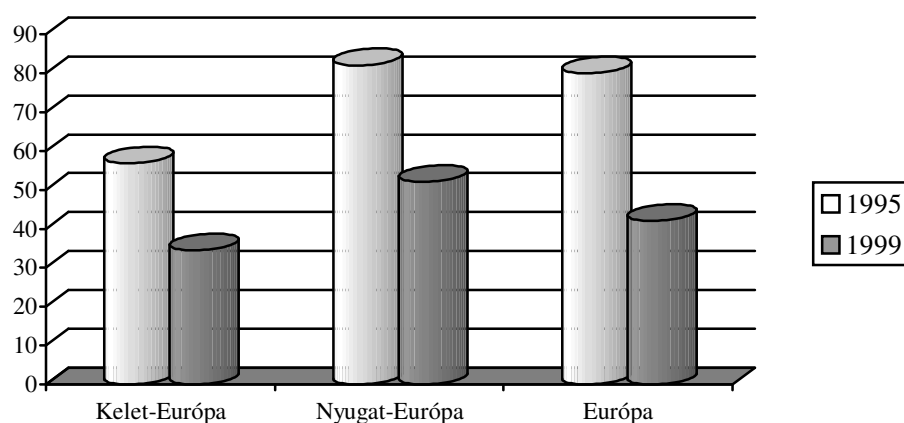
Jelen írásban a nemzetközi összehasonlítás miatt a továbbiakban külön megjelölés nélkül a nemzetközi standardoknak megfelelő értékeket közöljük. Amennyiben más összetételű adatokat mutatunk be, annak tartalmát külön jelezzük.

<sup>10</sup> Az átlagok számításánál mindegyik elemzésbe vont ESPAD ország azonos súllyal szerepel, azaz nem az európai, illetve a K-i, vagy Ny-i életprevalencia értékekről, hanem az országok átlagáról van szó.

Másrészt megfigyelhető az átlagok szintjén egy egységesülési tendencia is a hagyományos Ny-Európai, illetve a rendszerváltó országok tekintetében. 1999-ben szinte azonos a két társadalom-politikai régió országokénti prevalenciaértékeinek átlaga. Azonban a két régió közeledése csak látszólagos. Ugyanis e tekintetben, - bár az átlagokban jelentős különbség látszik megjelenni - már 1995-ben sem volt tapasztalható szignifikáns különbség a két régió között, mivel mind a Kelet-Európai, mind a Nyugat-Európai átlag igen jelentős szóródásokat tartalmazott, azaz mindkét régió belül igen jelentős országok közötti eltérések voltak megfigyelhetők. (A két régió átlagainak különbsége egyik évben sem szignifikáns. A két mintás t-próba szignifikancia szintje 1995-ben: 0,392, ill. 1999-ben: 0,401)

A szórásokban, azaz az egyes országok közötti különbség tekintetében ugyanakkor európai szinten megjelenik egy valós homogenizálódási tendencia, azaz csökken az egyes országok közötti különbség. A szórások aránya az Európai adatokban 1995-ről 1999-re 80%-ról 42%-ra csökken. Másrészt a homogenitás tekintetében mindkét vizsgálati időpontban kimutatható a K-i és Ny-i régiók közötti különbség. A Kelet-Európai országok között rendre kisebb arányú eltéréseket találunk. (1995-ben a KE-i szórások aránya 56,8%, a NyE-i országoké pedig 82,1%, 1999-ben pedig 34,45% ill. 52,14%) (7. ábra)

7. ábra: Az egyes régiókon belüli szórások alakulása 1995-ben és 1999-ben a prevalenciaértékek %-ában kifejezve (16 éves középiskolások körében)

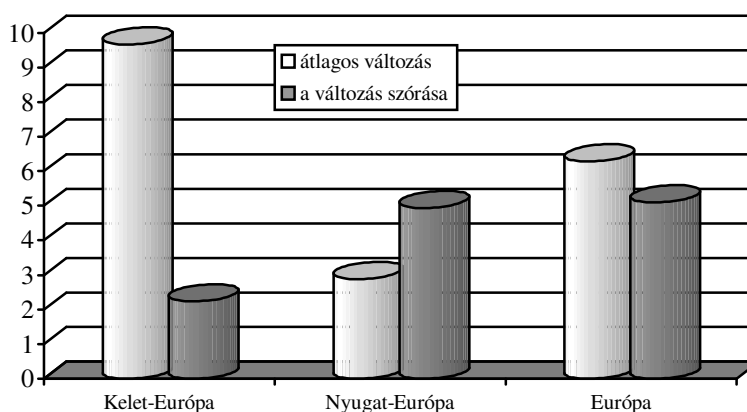


Az ESPAD országok átlagait, illetve az átlagok szórásait vizsgálva tehát megállapíthatjuk, hogy az egyes országok között a tiltott szerek életprevalencia értékei tekintetében meglévő igen jelentős – feltételezhetően kulturálisan determinált - különbségek mellett egy – dinamikájában átlagosan a prevalencia értékek növekedésével

leírható - egységesülési tendencia ment végbe az évtized második felében.

A Kelet-Európai, rendszerváltó országokban ez a tendencia fokozottabban érvényesült. Egyrészt az átlagos növekedés szignifikánsan nagyobb mértékű, másrészt - talán éppen a drogfogyasztás történetének rövidebb idejű múltja miatt – ezek az országok mind a prevalencia-értékekben, mind a változásokban egységesebb képet mutatnak. Az utóbbit láthatjuk a 8. ábrán.

8. ábra: A tiltott szerek országonkénti életprevalencia-értékeinek átlagos változása, és a változások szórása 1995 és 1999 között (16 éves középiskolások körében)



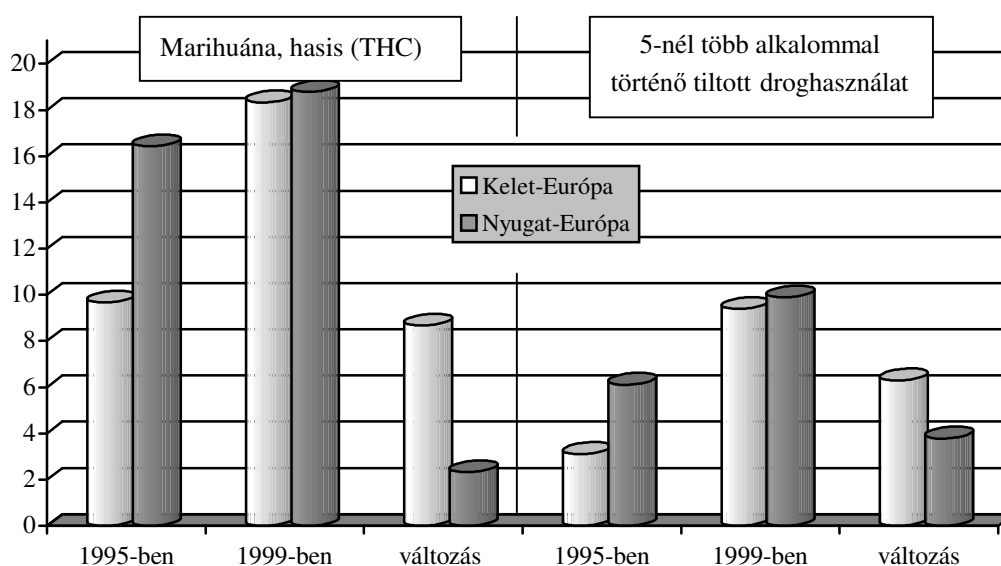
Az elemzésbe vont ESPAD országokban átlagosan 6,28%-al (13,67%-ról 19,95%-re) növekedett a tiltott szerek életprevalencia értéke. Ez úgy következett be, hogy a Nyugat-Európai országokban átlagosan növekedés 2,89%-kal, a Rendszerváltó országokban pedig 9,67%-kal növekedett a valamilyen tiltott drogot kipróbálók aránya. Az egyes régiók átlagaival szemben a változások régiónkénti átlaga szignifikánsan különbözik. (sig.: 0.002)

Míg a Nyugat-Európai országokban történt 2,89%-os prevalenciaérték növekedés nagyságában és irányában is országonként igen eltérő változásokat takar (a szórás a változás 1,7 szerese), addig a Kelet-Európai országok közel 10%-os növekedése különösen egységesen zajlott (a szórás nem éri el a változás egynegyedét)!

Az eddigiekben bemutatotthoz hasonló tendenciákat figyelhetünk meg a drogjelenség minőségi jellemzőit, s egyben a magyarországi változások domináns tényezőit jelentő dimenziók - a leginkább elterjedt tiltott drog, a THC hatóanyagú szerek (marihuána, és hasis) elterjedtsége, illetve a rendszeresebb, intenzifikáltabb szerhasználat - vonatkozásában is. A

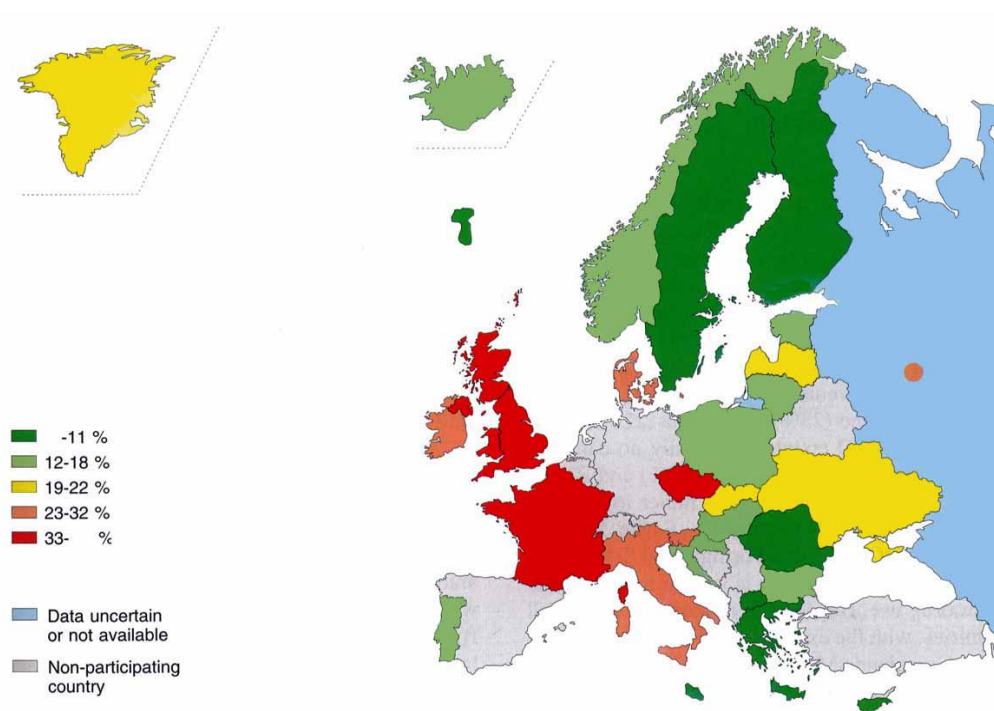
droghasználat struktúrájára, illetve intenzitására utaló mutatók esetében – a droghasználat volumenét jellemző mutatókhoz hasonlóan - a változások mértékében szignifikáns különbség mutatható ki a Nyugat-Európai és a rendszerváltó országok között, a változások volumene kapcsán elmondottakkal megegyező irányban, azaz a rendszerváltó országokban minőségében is jelentősebb változások zajlottak le az évtized második felében. (9. ábra)

9. ábra: A THC fogyasztás valamint az 5-nél több alkalommal történő tiltott droghasználat alakulása (16 éves középiskolások körében)



Összességében, mint láthattuk a Kelet és Nyugat-európai országok drogfogyasztásának eltérései releváns különbségek. Ezek a régiók közötti eltérések azonban elsősorban nem a drogfogyasztási ráták nagyságában jelennek meg, hanem az utóbbi években lezajlott mennyiségi és minőségi változások mértékében, illetve a változások egységességében. Az egyes országok drogfogyasztási rátái az évtized közepén, és napjainkban is – a megfigyelhető egységességi folyamatok ellenére is – jelentősen különböznek, és jelentős különbségek figyelhetők meg az egyes régiókon belül is.

10. ábra: Tiltott szerek életprevalencia értéke 1999-ben az egyes ESPAD országokban (a 16 éves tanulók százalékában)<sup>11</sup>



Forrás: Hibell et al., 2000

Az egyes országok drogfogyasztási rátái közötti különbségek okai feltehetően a drogfogyasztás kulturális beágyazottságában keresendők. Azonban az egyes országok kulturálisan meghatározott rátáira az aktuális társadalmi-gazdasági folyamatok által indukált, a fogyasztási hagyományokra „rárakódó” változások markáns különbségeket mutatnak a Keleti ill. a Nyugati régióban. A drogfogyasztás kiterjedésének, struktúrájának, illetve intenzitásának változása a rendszerváltó országokban az általános európai tendenciákkal ugyan megegyező irányú, de fokozottabb mértékű, és meglepően egységes.

Ha csak a drogfogyasztás különböző – intenzitásban, struktúrában, és volumenben megjelenő - jellemzőinek változását vesszük figyelembe, és eltekintünk a prevalencia-értékek kulturálisan determinált nagyságától, akkor pontosan – 100%-os biztonsággal - identifikálhatók a Keleti, illetve a Nyugati blokkba tartozó országok. Ritkán sikerül a társadalmi folyamatok modellezése során ilyen pontos modellt alkotni, mint amit ez esetben

<sup>11</sup> A térképre beszúrt országok: Grönland és Izland.

felállíthatunk. Ezt láthatjuk a – tiltott drogok és a marihuána fogyasztás, valamint az 5-nél több alkalommal történő tiltott szerhasználat életprevalencia értékeinek változása segítségével az egyes országok adatain végzett - diszkriminancia elemzés eredményét bemutató 1. táblázatban.

*1. táblázat: Az osztályozás eredménye*

*(A tiltott drogok, a marihuána fogyasztás életprevalencia értékének, valamint az 5-nél több alkalommal történő tiltott szerhasználat 1995 és 1999 közötti átlagos változása alapján)*

|                     |          | BECSÜLT CSOPORTOK       |                         |          |       |
|---------------------|----------|-------------------------|-------------------------|----------|-------|
|                     |          | KELET-EURÓPAI ORSZÁGOK  | NYUGAT-EURÓPAI ORSZÁGOK | ÖSSZESEN |       |
| TÉNYLEGES CSOPORTOK | ESETSZÁM | KELET-EURÓPAI ORSZÁGOK  | 9                       | 0        | 9     |
|                     |          | NYUGAT-EURÓPAI ORSZÁGOK | 0                       | 9        | 9     |
|                     | SZÁZALÉK | KELET-EURÓPAI ORSZÁGOK  | 100,0                   | 0,0      | 100,0 |
|                     |          | NYUGAT-EURÓPAI ORSZÁGOK | 0,0                     | 100,0    | 100,0 |

Az osztályozás pontossága 100%

Összességében tehát elmondhatjuk, hogy Magyarországon a kilencvenes években a fiatalok drogérintettségében, illetve a drogfogyasztásának jellegében az évtized elejére jellemző stagnálás után – a rendszerváltás után 6-8 évvel - viszonylag hirtelen, - 2-3 év alatt - jelentős változások következtek be. Tanúi lehettünk egy igen jelentős volumenbeli változásnak. A drogokkal való kapcsolatba kerülés veszélyének leginkább kitett korosztályban mintegy kétszeresére növekedett a tiltott szerek fogyasztásának életprevalencia értéke. Ezt a mennyiségi változást strukturális, és minőségi változások is kísérték, növekedett a fogyasztás intenzitása, és a fogyasztási struktúrában méginkább előtérbe került a marihuána és a különféle party drogok szerepe. Majd a változások dinamikája lelassult.

Tizenkilenc európai ország középiskolásokra vonatkozó adatainak elemzése alapján azt mondhatjuk, hogy a magyarországi

drogfogyasztásban az kilencvenes évek második felében megfigyelhető történések más rendszerváltó országokban lezajló folyamatokkal igen erősen harmonizálnak. Még akkor is, ha a drogfogyasztás jelzett hazai változásai a rendszerváltás után mintegy 6-8 évvel mentek végbe. Ugyan magunk nem rendelkezünk információval arra vonatkozóan, hogy más Kelet-Európai országokban hogyan alakultak az évtized első felében a trendek, de az évtized második felében lejátszódott folyamatok igen egységesen, s a Magyarországihoz hasonlóan történtek a régió más országaiban is. A nálunk, és a régiókban bekövetkezett változások nem a Nyugat-Európaival szemben történtek, csak annál jóval markánsabban, mind a történések minőségét mind azok volumenét tekintve. Az ezredforduló óta a fővárosban megfigyelt, a korábbinál mérsékeltebb drogepidémiái változások pedig mintha azt jeleznék, hogy a rendszerváltás intenzifikált társadalmi-gazdasági változásaira reagáló kelet-európai „külön út” visszacsatlakozik, úgy tűnik a drogfogyasztás növekedésének hazai üteme az utóbbi években felvette az előző négy évben Európa nyugati részén tapasztalt ütemet.

## A KUTATÁS CÉLJA

A drogfogyasztás szempontjából az egyik leginkább veszélyeztetett korosztályban – mint azt a fentiekben láthattuk - ma már a sok mindent tudunk a hazai droghelyzetről, arról, hogy milyen a fiatal korosztályok érintettsége, hogy milyen változások zajlottak le az utóbbi tíz évben, hogy ezek hogyan viszonyulnak az európai, illetve a kelet-európai változásokhoz. A felnőtt népesség drogfogyasztásáról viszont továbbra is alig rendelkezünk információkkal. A szórványosan készült epidemiológiai vizsgálatok többnyire valamely más kutatási téma kapcsán tettek fel egy-két kérdést a drogfogyasztási szokásokra vonatkozóan, ezek a kiragadott kérdések azonban kevésbé alkalmasak a probléma elterjedtségének, jellegének megbízható vizsgálatára. Ennek legfőbb oka az, hogy a társadalmi elítélés alá eső viselkedések – mint amilyen a droghasználat is - vizsgálatánál különösen fontos a szakma standardjainak megfelelő teljes kérdéscsoportok alkalmazása. Ennek mellőzése, illetve csupán egy-két kérdés kiragadása jelentős mértékben csökkenti az önbevallás mértékét, és növeli a vizsgálat eredményeinek megbízhatatlanságát.<sup>12</sup> Tehát drogprobléma megjelenését

---

<sup>12</sup> Jól példázza ezt, hogy azonos évben, azonos korosztályokban végzett két vizsgálat közül az egyik szerint a felnőtt népességben a kábítószer fogyasztás életprevalencia értéke 9,5 % (Kó, 1998) a másik szerint pedig csupán 1,5 %. (Paksi, 1998; Elekes, 1999)

követően mintegy 30 éven keresztül semmilyen megbízható információval nem bírtunk a 18 év feletti lakosság drogérintettségéről, a veszélyeztetettek köréről, nem ismertük a drogfogyasztással kapcsolatos lakossági attitűdök alakulását, s nem rendelkezünk nemzetközi kontextusban is értelmezhető, annak standardjait kielégítő adatokkal.

A 2001 tavaszán – a survey módszereinek alkalmazásával - készült kutatásunk célja a magyarországi droghasználat és az alkoholfogyasztás általános populációs prevalenciájának, e magatartások rizikó tényezőinek, valamint a szerhasználattal, illetve a szerhasználókkal kapcsolatos lakossági viszonyulásoknak a becslése, melyből e kötet a drogfogyasztásra vonatkozó eredményeket mutatja be.



## II. A KUTATÁS MÓDSZERE

A kutatás során alkalmazott módszernek – mint azt már említettük – nagy előnye, hogy a drogfogyasztás elterjedtségéről közvetlenül, becslési eljárások közbeiktatása nélkül ad információt, s a statisztikák nyújtotta lehetőségeknél szélesebb körű, alaposabb, mélyrehatóbb ismereteket szerezhetünk. Ugyanakkor módszerünk a drogfogyasztást egy mintán keresztül, az önkéntesség és az önbevallás elvét betartva mutatja meg, amit a vizsgálatok legfőbb problémáit jelentik. Az eredmények értelmezéséhez meg kell válaszolnunk azokat a kérdéseket, hogy kikre vonatkozna adatok, mennyire tekinthetők valósnak az önbevalláson alapuló válaszok, a megcélzott népeiséget mennyire tudtuk elérni, ill. mennyire zárkóznak el a kutatásban való részvételtől, a feltett kérdések megválaszolásától.

A következő fejezetben – mielőtt a drogfogyasztásra vonatkozó eredmények bemutatására rátérnénk - ismertetjük a kutatás módszertani háttérét. Bemutatjuk a minta jellemzőit, az adatok keletkezési körülményeit, majd néhány dimenzió mentén megvizsgáljuk az adatok megbízhatóságánál mintavételen kívüli tényezőit, valamint az eredmények érvényességének néhány mutatóját.

## A VIZSGÁLT POPULÁCIÓ ÉS A MINTA LEÍRÁSA

### MINTAVÁLASZTÁS

A vizsgálat célpopulációja a 18-65 év közötti magyar állampolgárok sokasága, melyen belül kiemelt célcsoportként kezeltük a budapesti népeiséget. (2. táblázat)

A célpopuláció nagysága a 2000. január 1-jei lakónépeiségre vonatkozó adatok alapján 6584 ezer fő, s ezen belül a fővárosi lakónépeiség száma 1196 ezer.

2. táblázat: A célpopuláció korcsoportok szerint (ezer főben)

| KORCSOPORT | ORSZÁGOS<br>LAKÓNÉPESSÉG | BUDAPESTI<br>LAKÓNÉPESSÉG |
|------------|--------------------------|---------------------------|
| 18–24      | 1134                     | 190                       |
| 25–29      | 761                      | 143                       |
| 30–34      | 671                      | 128                       |
| 35–39      | 608                      | 99                        |
| 40–44      | 746                      | 117                       |
| 45–49      | 800                      | 153                       |
| 50–54      | 659                      | 134                       |
| 55–59      | 600                      | 121                       |
| 60–65      | 605                      | 111                       |
| ÖSSZESEN   | 6584                     | 1196                      |

Forrás: KSH népmozgalmi statisztika 2000. jan. 1-jei lakónépességre vonatkozó adatok

A mintavételi keretet a Központi Adatfeldolgozó, Nyilvántartó és Választási Hivatal adatbázisa képezte.<sup>13</sup>

A kutatást a célpopuláció 2500 fős mintáján végeztük, amely két, önállóan kezelhető almintából tevődik össze:

- egy 1000 fős budapesti
- és egy 1500 fős vidéki almintából,

amit országos szintű információk nyeréséhez utólagos súlyozással arányítottunk.

A minta megosztásának oka, az a más populációkon szerzett tapasztalat, hogy ma már Magyarországon belül jelentősen eltér a főváros és a vidék drogfertőzöttsége. Középiskolás populációban, 1999-ben a fővárosban a tiltott szerek és/vagy inhalánsok (azaz a biztosan droghasználati célú szerhasználat) életprevalencia értéke mintegy másfélszerese volt a vidéki

<sup>13</sup> A nyilvántartó hivatal adatbázisának korlátjai, hiányosságai természetesen a mintakeret hibáit is jelentik, így a mintakeret nem, vagy hibás identifikációval képezi le a célpopuláció bizonyos szegmenseit, például nem tartalmazza a bejelentett lakással nem rendelkező személyeket; vagy mivel a nyilvántartás bizonyos késéssel regisztrálja a népessémozgalmi változásokat, így az abban érintett személyeket a mintakeret téves identifikációs jellemzőkkel tartalmazza, vagy esetleg annak ellenére szerepelnek, hogy már nem tagjai a célpopulációnak. A kutatási tapasztalatok alapján a Központi Adatfeldolgozó Hivatal által vezetett adatbázis validitási problémái miatti mintakiesések aránya a mintasokasághoz képest mintegy 10%.

értéknek. (Elekes-Paksi, 1999, 2000a) Ennek alapján feltételeztük, hogy a felnőtt populáció vonatkozásában is létezik ilyenfajta különbség.

A minta nagyságát a drogfogyasztás életprevalencia értékének megbízható becslésére optimalizálva kalkuláltuk. A korábbi kutatási tapasztalatok alapján, Budapesten 15%-os, vidéken pedig 10%-os életprevalencia értéket feltételeztünk. A prevalencia értékek várhatóértéke és a fenti mintaarányok mellett a standard hiba prevalencia értékhez viszonyított várható aránya a két almintában megközelítőleg azonos. 95,5%-os megbízhatósági szinten 15%-os illetve 10%-os várhatóérték mellett az összesített életprevalencia értékre vonatkozó hibahatár a fővárosban  $\pm 2,26\%$ , vidéken  $\pm 1,55\%$ , ami a mintaértékekhez képest azonos, mintegy 15%-os hibát jelent mindkét almintában. A fenti almintá-paraméterekkel számolva - az országos összesített életprevalencia értéket 11%-ra becsülve -, az országos adatokban a standardhiba várható mértéke  $\pm 1,25\%$ .

Általánosságban a várható maximális hibahatár 95%-os megbízhatósági szinten az országos adatokban 2%, a budapesti adatokban 3,2%, a vidéki mintában pedig legfeljebb 2,6%. Az egyes szerek, illetve a rövidebb idejű prevalenciák esetében a standardhiba aránya a várható értékhez képest természetesen jóval nagyobb, mint az összesített életprevalencia értékre megadott arányok (a budapesti almintá esetében már 3%-os gyakoriságnál a standard hiba aránya eléri az egyharmados arányt, míg az országos adatokban 22%).

A minta kiválasztása rétegzett véletlen mintavételi eljárással történt, a budapesti almintá esetében egy, vidéki mintában pedig két lépcsőben.

A vidéki almintá kiválasztásának első lépcsőjében regionális elhelyezkedés és településméret szerint először a mintába kerülő településeket választottuk ki, majd a második lépcsőben az egyes települések lakosságából egyszerű véletlen mintavételi eljárással a megkérdezendő személyeket. A települések kiválasztását megelőzően a magyarországi településeket 5 régióba<sup>14</sup> (északnyugati, délnyugati, közép-keleti, északkeleti és délkeleti régió), és ezen belül 6 településméret kategóriába (1000 fő alatti, 1000-4999, 5000-9999, 10000-49999, 50000-149000, valamint 150000 illetve annál nagyobb lélekszámú) soroltuk, azaz összesen 30 réteget hoztunk létre, majd meghatároztuk az egyes kategóriák lakosságarányának megfelelően, a rétegenkénti mintanagyságot. (3. táblázat)

---

<sup>14</sup> Az általunk alkalmazott regionális besorolás megegyezik a TÁRKI által szokásosan alkalmazott regionális besorolással.

Az egyes rétegek lakosságaránya az összlakossághoz képest („a” oszlop, %-ban kifejezve\*), valamint az egyes kategóriákban szükséges mintanagyság („b” oszlop, főben)

| TELEPÜLÉS-<br>MÉRET | RÉGIÓK      |            |             |                  |             |            |             |            |             |                 | ÖSSZESEN   |             |
|---------------------|-------------|------------|-------------|------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-----------------|------------|-------------|
|                     | ÉSZAKNYUGAT |            | DÉLNYUGAT   |                  | KÖZÉP-KELET |            | ÉSZAKKELET  |            | DÉLKELET    |                 | a          | b           |
|                     | a           | b          | a           | b                | A           | b          | a           | b          | a           | b               |            |             |
| <1000               | 2,8         | 42         | 3,3         | 49               | 1,1         | 17         | 1,9         | 29         | 0,4         | 6 <sup>15</sup> | 9,5        | 143         |
| 1000-4999           | 6,3         | 94         | 4,2         | 63               | 7,3         | 109        | 7,2         | 108        | 4,2         | 64              | 29,2       | 438         |
| 5000-9999           | 1,5         | 23         | 0,8         | 12 <sup>16</sup> | 4,0         | 60         | 2,7         | 40         | 2,4         | 36              | 11,4       | 171         |
| 10000-49999         | 4,4         | 66         | 3,0         | 45               | 9,2         | 138        | 4,7         | 71         | 5,4         | 81              | 26,7       | 401         |
| 50000-149000        | 6,8         | 102        | 2,2         | 33               | 2,2         | 33         | 1,4         | 21         | 2,1         | 32              | 14,7       | 221         |
| >150000             | 0           | 0          | 1,9         | 28               | 0           | 0          | 4,6         | 69         | 1,9         | 29              | 8,4        | 126         |
| <b>ÖSSZESEN</b>     | <b>21,8</b> | <b>324</b> | <b>15,4</b> | <b>233</b>       | <b>23,9</b> | <b>357</b> | <b>22,5</b> | <b>344</b> | <b>16,4</b> | <b>242</b>      | <b>100</b> | <b>1500</b> |

\*Forrás: KSH népmozgalmi statisztika 1999. jan. 1-jei lakónépességre vonatkozó adatok  
[www.KSH.hu/helysegnévtár](http://www.KSH.hu/helysegnévtár)

Első lépcsőben a fenti a rétegekből véletlen eljárással választottuk ki a mintába kerülő településeket. A második lépcsőben az egyes rétegek kategóriák lakosságarányának megfelelően, a települések lélekszáma, illetőleg – a kérdezők és a kérdezettek illesztése miatt szükséges<sup>17</sup> - településenkénti minimális mintanagyság (15 fő/település) kritériumának együttes érvényesítésével határoztuk meg a kiválasztott településeken mintába kerülő személyek számát. A személyek konkrét kiválasztását egyszerű véletlen mintavételi eljárással a Központi Adatfeldolgozó, Nyilvántartó és Választási Hivatal végezte.<sup>18</sup> Összesen

<sup>15</sup> A 15 fős minimális településenkénti mintalétszám miatt ebben a rétegben nem választottunk mintát, s az itt kiesők számával az ÉK-i régió azonos településméret kategóriájában növeltük az elemszámot.

<sup>16</sup> A településenkénti minimális minta-elemszám miatt ebbe a kategóriába 3-mal több embert választottunk, és az ÉNy-i régió azonos településméret kategóriájában ugyanennyivel csökkentettük az elemszámot.

<sup>17</sup> A válaszolási hajlandóság, illetőleg a válaszok megbízhatóságának növelése érdekében az adatfelvétel során a kérdezettek korban hozzájuk közelálló kérdezőbiztosok keresték fel. (Részletesebben lásd az „adatfelvétel módja” című fejezetben.) A kérdezők és a kérdezettek korcsoportos illesztése miatt településenként minimálisan két kérdező vett részt a munkában.

<sup>18</sup> A személyek kiválasztása során annak ellenére nem alkalmaztunk semmilyen rétegzési szempontot, hogy - hazai és külföldi kutatási tapasztalatok alapján - várhatóan az életkor és a nem fontos összetétel változó a drogfogyasztás vizsgálata során. A személyek egyszerű véletlen kiválasztásának oka a településréteg kategóriák szerinti alacsony keretvaliditásban keresendő. Az adatfelvétel a népszámlálás évében, azzal párhuzamosan történt, amikor az előző népszámlálási adatok validitása feltehetően már igen alacsony. Mint ismeretes, a rétegzett mintavétel annyira jó mintát eredményez, mint amilyen pontosak a réteginformációk. A keretjellemzők hibái következtében feltehetően a rétegzett minta jelen esetben rosszabb mintát eredményezne, mint a minden szempont szerint azonos bekerülési esélyt garantáló egyszerű véletlen kiválasztás.

82 településen – a mintanagyságnál leírtaknak megfelelően – 1500 vidéki lakos került a mintába.

A fővárosi almintá esetében egylépcsős, kerületenként rétegzett egyszerű véletlen mintaválasztást alkalmaztunk. Ennek megfelelően minden kerületben a kerület lakosságával arányosan határoztuk meg a mintába kerülő személyek számát. Az így meghatározott keret feltöltése a vidéki mintával azonos módon, egyszerű véletlen kiválasztással, szintén a Központi Nyilvántartó Hivatal adataiból történt.

Minkét almintához kétszeres pótmintát választottunk.<sup>19</sup> A pótminta kiválasztásának menete megegyezik fentiekben leírt mintaválasztási elvekkel.

#### A MEGKÉRDEZETT SZEMÉLYEK LEÍRÁSA

Vidéken gyakorlatilag végleges kiesés nem történt, a tervezett 1500-as mintaelemszámból összességében 1497 főt sikerült megkérdezni (4. táblázat), azaz – pótmintából való helyettesítések segítségével - 99,8%-os mintaelérést sikerült megvalósítani.

Budapesten a mintaelérés tekintetében ennél jóval szerényebb eredményekkel büszkélkedhetünk. A tervezett 1000 fős mintából az adatfelvétel teljes időszaka alatt a pótlások segítségével is csak 862 főt sikerült elérnünk, azaz a végleges kiesések aránya 13,8%. A mintakiesések miatt a budapesti adatokban 95%-os megbízhatósági szinten a hibahatár kismértékben növekedett, a standard hiba maximális értéke a fővárosi adatokban végül 3,4%.

4. táblázat: A sikeresen megkérdezettek száma Budapesten és vidéken

|          | N    | %     |
|----------|------|-------|
| BUDAPEST | 862  | 36,5  |
| VIDÉK    | 1497 | 63,5  |
| ÖSSZESEN | 2359 | 100.0 |

#### A MINTA SÚLYOZÁSA

Mint azt korábban említettük, a fővárosi minta felülreprezentáltsága miatt az országosan arányos mintaösszetétel elérését az egyes almintákba tartozó esetek súlyozásával biztosítjuk.

<sup>19</sup> A hazai survey kutatási tapasztalatok alapján az utóbbi években a jelen kutatás tárgyát képező témákhoz képest semlegesebb tematikájú kutatások is 200%-os pótmintát igényelnek.

A fővárosi alminta esetében bekövetkezett mintakiesések főbb demográfiai jellemzők mentén nem egyenletes eloszlása, valamint a vizsgálat célváltozóiban (alkohol- és drogfogyasztási prevalencia-értékekben) kor és nem szerint jelentkező szignifikáns különbségek miatt a budapesti alminta önálló súlyozása is szükségessé vált. A súlyokat a fővárosi lakónépesség és a megkérdezettek kor és nem szerinti eloszlása alapján határoztuk meg. Az alkalmazott súlyok minimuma 0,622, maximuma pedig 1,432, gyakorisággal súlyozott számtani átlaguk pedig 1,00. (5. táblázat)

5. táblázat: A fővárosi lakónépesség valamint a megkérdezettek eloszlása, illetve a fővárosi minta súlyai az egyes korcsoportokban, nemenként

| KORCSOPORT | FÉRFI                |                    |       | NŐ                   |                    |       |
|------------|----------------------|--------------------|-------|----------------------|--------------------|-------|
|            | SOKASÁGI<br>ELOSZLÁS | MINTA-<br>ELOSZLÁS | SÚLY  | SOKASÁGI<br>ELOSZLÁS | MINTA-<br>ELOSZLÁS | SÚLY  |
| 19 - 24    | 0,079                | 0,055              | 1,432 | 0,080                | 0,056              | 1,428 |
| 25 - 29    | 0,058                | 0,057              | 1,013 | 0,062                | 0,046              | 1,350 |
| 30 - 34    | 0,052                | 0,039              | 1,332 | 0,055                | 0,051              | 1,075 |
| 35 - 39    | 0,039                | 0,031              | 1,268 | 0,044                | 0,036              | 1,217 |
| 40 - 44    | 0,045                | 0,039              | 1,156 | 0,053                | 0,050              | 1,059 |
| 45 - 49    | 0,058                | 0,063              | 0,922 | 0,069                | 0,081              | 0,858 |
| 50 - 54    | 0,050                | 0,059              | 0,846 | 0,062                | 0,080              | 0,778 |
| 55 - 59    | 0,045                | 0,059              | 0,762 | 0,056                | 0,090              | 0,622 |
| 60 - 65    | 0,038                | 0,048              | 0,794 | 0,055                | 0,059              | 0,929 |

\*Forrás: KSH népmozgalmi statisztika 2000. jan. 1-jei lakónépességre vonatkozó adatok.  
[www.KSH.hu/xhttp/word7/nepmozgalom](http://www.KSH.hu/xhttp/word7/nepmozgalom)

A budapesti minta arányosítását követően határoztuk meg az országos súlyokat. 2001. január 1-jei lakónépességre vonatkozó adatok szerint a lakosság 18,2%-a él a fővárosban és 81,8%-a vidéken. A megkérdezettek körében a budapesti alminta aránya 36,5%, a vidéki almintáé pedig 63,5%. A megkérdezettek körében jellemző és a tényleges lakossági arányok alapján a vidéki mintaelemeket – mivel a vidéki almintán belül mintakiesés, így összetétel torzulás nem történt - egységesen 1,2885-es súllyal szerepeltetjük az országos mintában. A budapesti alminta esetében pedig a fenti - kor és nem szerint képzett - súlyok 0,498-del való szorzata képezi az országos súlyt.

## AZ ADATFELVÉTEL ESZKÖZE ÉS MÓDJA

### A KUTATÁS KÉRDŐÍVE<sup>20</sup>

A kutatási célok megfelelő operacionalizálásán, valamint a kérdések illetve kérdésstruktúra körültekintő összeállításán túlmenően a különböző társadalmi elítélés alá eső magatartásokkal kapcsolatos survey jellegű vizsgálatok során – más, kevésbé értékelített kérdések vizsgálatához képest - fokozottan kell számítanunk bizonyos mintavételen kívüli típushibák bekövetkezésére. Ezekben a vizsgálatokban – mint azt már említettük - a hangsúly az önbevalláson van, és ebből adódik a vizsgálatok legfőbb problémája is, az hogy mennyire tekinthetők valósnak az önbevalláson alapuló válaszok. A bevallás mértéke erősen függ az adott szer megítéléstől, a fogyasztással szembeni attitűdtől, az adott országban érvényesülő drogpolitikától. Ezen hibák egyrészt kontrolálhatók a kérdőívben különböző kontrol kérdések alkalmazásával, másrészt csökkenthetők a megfelelő adatfelvételi mód (kérdőív formája, adatfelvételi szituáció) megválasztásával. Ezekre a kérdésekre a későbbi fejezetekben visszatérünk.

A tiltott és a legális szerek epidemiológiájának feltérképezésére nincsenek abszolút, egyértelműen mindenki által elfogadott eszközök. Ugyanakkor a nemzetközi szervezetek (WHO, Európa Tanács, stb.) és a szakemberek körében is egyre nagyobb az igény arra, hogy a nemzeti vizsgálatokban nemzetközileg is összehasonlítható és értelmezhető adatok szülessenek. Ezért fontosnak tartottuk a kérdőív összeállítása során, hogy az a nemzetközi elvárásoknak megfeleljen.

A kérdőív kidolgozásánál három nagy nemzetközi szerveződés, a WHO, az International Research Group on Gender and Alcohol (IRGGA), illetve az European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) ajánlásait vettük alapul.

- Az EMCDDA által szervezett kutató csoport 1997-től kezdődően dolgozik egy kérdőív modellen, amely megfelelően alkalmazható Európában, elsősorban a tiltott szerek elterjedtségének mérésére. A munka során figyelembe vették a WHO és az ESPAD már létező kérdőíveit, valamint értékelték és elemezték az Európában és Észak-Amerikában a kilencvenes években készült felnőtt vizsgálatok tapasztalatait.

---

<sup>20</sup> A kutatás kérdőíve megtalálható a mellékletben.

Az EMCDDA kérdőív néhány országban már kipróbálásra került, melynek alapján az EMCDDA ajánlásokat fogalmazott meg (EMCDDA, 1999). Ezeket az ajánlásokat a tiltott szerekre vonatkozó kérdéseknél kiindulópontnak tekintettük.

- A WHO egészség-vizsgálatának kérdőíve a kutatás indításakor nem állt rendelkezésünkre, csak a kérdőív egyik kiinduló pontját képező ún. „Északi kérdőív”, melynek módosított változata kipróbálásra került 1999-ben Hollandiában, Németországban és Finnországban. (Simpura et al. 2000) A WHO-kérdőív alkohollal kapcsolatos ajánlásait figyelembe vettük a magyarországi kérdőív összeállításakor.
- Az IRGGA „Gender, Culture, and Alcohol: A Multi-National Study” című program - mely elsősorban alkoholfogyasztásra, de kisebb mértékben tiltott szerfogyasztásra irányul (Wilsnack et al. 1999), mintegy 25 ország – valamennyi földrész – részvételével a WHO eszmei és a US Department of Health and Human Services korlátozott anyagi támogatásával szerveződik.) (Wilsnack et al. 1999) Az IRGGA kérdőív törzskérdéseit szerepeltettük a kutatás kérdőívében.

A kérdőív összeállítása során a nemzetközi ajánlásokhoz való alkalmazkodáson túlmenően a hazai fogyasztási sajátosságok megjelenítése, illetőleg a tendenciák felvázolása érdekében természetesen figyelembe vettük a magyarországi kutatási hagyományokat, azaz az 1986-ban készült, utolsó részletes alkoholepidemiológiai vizsgálattal (Elekes.Liptay, 1987), illetőleg a kilencvenes években több hazai adatfelvételben is alkalmazott ESPAD standardokkal való kompatibilitást is szem előtt tartottuk.

A tematikus struktúra mellett – mind a nemzetközi ajánlások, mind más populációkon nyert hazai tapasztalatok alapján – nagy jelentőséget tulajdonítottunk a kérdőívbe épített minőségellenőrzési elemek (kontrollváltozók, dummy-változók) szerepeltetésének, melyek lehetővé teszik az adatok megbízhatóságának és érvényességének adatbázison belüli eszközökkel való becslését (lásd a Módszertani eredmények fejezetben).

#### AZ ADATFELVÉTEL MÓDJA

Mint korábban említettük, a különböző szerfogyasztó magatartásokkal kapcsolatos survey jellegű vizsgálatok megbízhatósága, valamint az adatok érvényességének mértéke erősen függ az adott szer megítéléstől, a fogyasztással szembeni attitűdtől, illetve az adott országban érvényesülő drogpolitikától. Magyarországon - ahol időszakonként változó mértékben ugyan, de a drogfogyasztásnak komoly jogi következménye lehet, illetve a rendelkezésre álló kutatási eredmények (Hibell et al., 1997, 2000) szerint más társadalmakhoz képest a



szerfogyasztó magatartások megítélése az elítélés irányába tolódik - különösen fontos a bevallás mértékének a lehetőségek szerinti javítása.

A megkérdezettek válaszolási hajlandóságának, illetve a válaszok valóságtartalmának növelése érdekében igen fontos a megfelelő bizalmat keltő adatfelvételi mód, illetve kérdezési szituáció megteremtése. Bár valamennyi ismert adatfelvételi módszernek vannak előnyei és hátrányai, korábbi kutatások és a jelen kutatás próbakérdezésének tapasztalatai alapján úgy véltük, hogy a jelenlegi magyarországi attitűdállapotok (szerfogyasztással, valamint különböző adatfelvételi módokkal kapcsolatos nézetek egyaránt) közepette a kevert, azaz a személyes megkereséssel zajló, és ugyanakkor az önkitöltős elemekkel kombinált vegyes kérdezési technika alkalmazása módszertanilag a leginkább célravezető.

Egy 1998-99-ben – tehát a kutatás idején tapasztalhatóhoz feltételezhetően hasonló viszonyulási rendszerben – az iskolából kimaradó populáció körében személyes megkereséssel, s ezen belül szintén kombinált kérdezési technikával végzett vizsgálat egyszerű megbízhatósági paraméterei a kombinált módszerről pozitív visszajelzésekkel szolgáltak (Paksi, 1999). A kombinált technika megbízhatósági mutatói (az életprevalencia értékek és az első fogyasztás közötti inkonzisztencia arányok) a szerek nagyobb része esetében rosszabbak voltak ugyan a csoportos önkitöltős technika esetében kapott magyarországi ESPAD'99 átlagoknál<sup>21</sup>, ugyanakkor még ezek az értékek is beleestek abba az intervallumba, amelyben az ESPAD'99-ben résztvevő országok megbízhatósági mutatói elhelyezkedtek.

Az ADE 2001 kutatás adatfelvételét a kérdezettek személyes megkeresésével, és ezen belül úgynevezett „kevert” – „face to face”, illetve „önkitöltős” elemeket egyaránt tartalmazó - módszerrel bonyolítottuk le. A kutatás kérdéseit az adatfelvétel módja szerint két részre osztottuk.

- A szocio-demográfiai, illetve más háttérváltozókat tartalmazó „A kérdőív” felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face to face” módszerrel történt.

---

<sup>21</sup> A kimaradó vizsgálatban kapott egyszerű megbízhatósági adatok az ESPAD'99 kutatás során a szakmunkásképzőkben és a szakiskolákban tapasztalt értékek között helyezkedtek el. Tehát a kimaradó populációhoz megértő-képességben feltételezhetően közelebb álló ESPAD csoportokkal való összehasonlításban már nem jelentkezett a két technika közötti különbség.

- A különböző társadalmi és/vagy törvényi elítélés alá eső magatartásokkal – drog- illetve alkoholfogyasztással<sup>22</sup> - kapcsolatos „B kérdőív”-et pedig a válaszmegtagadások csökkentése, illetve a válaszok megbízhatóságának növelése érdekében önkitöltős módszerrel kérdeztük. A „B kérdőív”-et a kérdezettek a kitöltést követően lezárt borítékban adták át a jelenlévő kérdezőbiztosnak.

A kombinált kérdezési technika alkalmazásán túl az alábbi eszközöket használtuk a kérdezettek bizalmának, válaszadási hajlandóságának, illetve a válaszok megbízhatóságának növelése céljából.

- A mintába került személyeket a kérdés megkezdése előtt írásban kiértésítettük, illetve felkértük a kutatásban való közreműködésre.
- Mind a kiértésítő levélben, mind a kérdőíven hangsúlyoztuk a kutatást végző intézet – a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Viselkedéskutató Központjának - nevét. Korábbi drogfogyasztással kapcsolatos kvalitatív jellegű kutatási tapasztalatok<sup>23</sup> szerint ugyanis a független, ugyanakkor ismert intézmény bizalomnövelő hatású.
- Nagy jelentőséget tulajdonítottunk a kérdezettek kiválasztásának. Szintén korábbi kutatási tapasztalatok<sup>24</sup> szerint a megkérdezettek a kényes, s különösen a korspecifikus kérdésekben - mint amilyen a nagyfokú társadalmi elítélés alá eső drogfogyasztás is - szívesebben, és őszintébben nyilatkoznak az életkorban hozzájuk közelebb álló személyeknek. E tapasztalatoknak megfelelően a kérdezőbiztosokat a nagyobb korcsoportok szerint a megkérdezettekhez illesztettük.

Az adatfelvétel során tehát a mintába került, előzetesen kiértésített személyeket életkorban hozzájuk közelálló, előzetes felkészítéssel részt vett kérdezőbiztosok keresték fel.

---

<sup>22</sup> A próbakérdés során az alkoholra vonatkozó kérdéseket „face to face” és önkitöltős módszerrel egyaránt megkérdeztük. Az önkitöltős kérdezési technika esetében tapasztalt nagyobb válaszadási hajlandóság miatt az alkoholkérdéseket is a „B kérdőív”-ben szerepeltettük.

<sup>23</sup> Az ESPAD vizsgálatok kiegészítéseként, és egyben módszertani ellenőrzéseként készített fókuszcsoporthoz tartozó kutatások. (Elekes-Paksi, 1996, 1999)

<sup>24</sup> U.o.

A mintaveszteség pótlására a mintával azonos elvek szerint választott, az egyes rétegek kategóriákon belül főbb demográfiai jellemzők (korcsoport, nem) mentén a kieső mintaszemélyekhez illesztett pótmintát alkalmaztunk.

Az adatok felvételére 2001. február 15-e és március 20-a között került sor, olyan időszakban, mikor nagyobb ünnepek nem térítik el a rövididejű prevalenciaértékeket az általában jellemző fogyasztási szokásoktól.

## MÓDSZERTANI EREDMÉNYEK

### RÉSZVÉTELI HAJLANDÓSÁG<sup>25</sup>

Mint említettük a tervezett 2500 fős mintából – pótminta alkalmazásokkal együtt - összesen 2359 főt sikerült megkérdezni, azaz a mintacsökkenés aránya 5,64%. Vidéken gyakorlatilag végleges kiesés nem történt. Budapesten azonban a tervezett 1000 fős mintából az adatfelvétel teljes időszaka alatt a pótlások segítségével is csak 862 főt sikerült elérnünk, azaz a végleges kiesések aránya itt 13,8%.

A megkérdezettek körében összességében 44,3%-os arányban került sor pótminta felhasználásra, s a pótlások 37%-a elutasítás miatt következett be. Az elutasítás miatti pótlások aránya szignifikánsan nagyobb volt a fővárosban ( $p=0,02$ ).

Mind a sikeres megkérdezések, mind az elutasítások aránya a vidéki lakosság nagyobb együttműködési készségét jelzi. (6. és 7. táblázat)

---

<sup>25</sup> A mintakiesések torzítják a kutatások eredményeinek megbízhatóságát, amennyiben feltételezzük, hogy a kiesett személyek körében más eredményeket kapnánk, mint a sikeresen megkérdezettek esetében. Fokozottan jelentkezik ez az elutasítás miatti kiesések esetében, feltételezve, hogy a közreműködés elutasítása mögött a kutatás témájához való, a közreműködést vállalókhöz képest eltérő viszonyulás áll. Éppen ezért a kutatás eredményeinek, az abból tehető becslések pontosságának – illetőleg torzítottságának - értelmezéséhez fontos ismernünk a kiesések, illetve az elutasítások társadalmi összetételét. Ezt a rétegzési, és a pótlási kritériumok (régió, településméret, kor és nem) szerint tehetjük meg.

6. táblázat: A pótminta alkalmazások aránya az egyes almintákban

| ALMINTA  | PÓTCÍM ALKALMAZÁS ARÁNYA (%) |
|----------|------------------------------|
| BUDAPEST | 46,3                         |
| VIDÉK    | 43,1                         |
| ÖSSZESEN | 44,3                         |

7. táblázat: A pótminta alkalmazások oka az egyes almintákban  
(a pótlások százalékában kifejezve)

| PÓTMINTA ALKALMAZÁS<br>OKA                | ALMINTÁK |       |          |
|---|----------|-------|----------|
|   | BUDAPEST | VIDÉK | ÖSSZESEN |
| TÉVES CÍM                                 | 16,5     | 17,8  | 17,3     |
| A KÉRDEZETT ELUTASÍTOTTA A<br>VÁLASZADÁST | 41,1     | 34,6  | 37,1     |
| A KÉRDEZETT NEM ELÉRHETŐ <sup>26</sup>    | 31,1     | 34,9  | 33,4     |
| EGYÉB OK                                  | 5,8      | 7,6   | 6,9      |
| AZ ELUTASÍTÁS OKA<br>ISMERETLEN           | 5,5      | 5,1   | 5,3      |

További szignifikáns, illetve tendencijellegű különbségek mutatkoznak a részvételi hajlandóság területén régiók szerint, valamint a kiválasztott személyek életkora és neme mentén (M1-M3. táblázat<sup>27</sup>). Különösen alacsony az elutasítás miatti kiesések aránya a délnyugati, valamint az északkeleti régióban, valamint a 35 év alatti korosztályokban. Nem szignifikánsan, de tendenciájában a férfiak körében szintén kisebb arányban került sor visszautasítás miatt pótminta alkalmazásra.

<sup>26</sup> A kérdezőbiztosok minden címet három alkalommal, különböző időpontban voltak kötelesek felkeresni, s ez után jelölhették a nem elérhető okot.

<sup>27</sup> Az 'M' jelzésű táblázatok a mellékletben találhatóak.

## A MEGBÍZHATÓSÁG MINTAVÉTELI HIBÁN KÍVÜLI MUTATÓI<sup>28</sup>

### *Az életprevalencia és az első fogyasztásra vonatkozó adatok közötti inkonzisztencia*

A kérdőív a vizsgált szerekre vonatkozóan tartalmazott életprevalenciára, majd később az első fogyasztásra vonatkozó kérdéseket. A két kérdésre adott válaszok közötti megfelelés alapján kiszámítottuk a konzisztens fogyasztók, illetve nem fogyasztók, valamint az inkonzisztens választ adók arányát. (8. táblázat) Konzisztens nem fogyasztónak tekintettük azokat a válaszolókat, akik mindkét kérdésnél egyértelműen azt jelölték, hogy soha nem fogyasztották az adott szert, konzisztens fogyasztónak pedig azokat, akit az életprevalencia kérdésnél fogyasztást jelöltek, és vagy megadták az első használat évét, vagy „nem tudom” választ jelöltek. Az inkonzisztens válaszolók közé azokat a válaszolókat soroltuk, akik az egyik kérdésnél egyértelműen fogyasztásra, a másik kérdésnél pedig egyértelműen nem fogyasztásra vonatkozó választ adtak (a nem tudom válaszokat itt nem tekintettük egyértelmű fogyasztásjelzésnek).

A válaszok egybehangzóságával mért megbízhatósági ráta a legálisan hozzáférhető szerek többsége – alkohol, cigaretta, illetve a nyugtatók/altatók - esetében jóval alacsonyabb a tiltott drogok esetében kapott értéknél. Míg az előbbi szereknél 80-90% közötti, illetve akörüli a konzisztens fogyasztók és nem-fogyasztók együttes aránya, addig a tiltott drogok esetében rendre 95% felett van ez a mutató. Ugyanakkor a marihuána kivételével a tiltott szerek esetében a konzisztens válaszok dominánsan konzisztens nem-fogyasztó válaszokat takarnak. A fogyasztókhöz viszonyított inkonzisztencia arányok tekintetében tehát már valamelyest kiegyenlítődnek a két szercsoport közötti különbségek. A fogyasztók esetében a szerek többségénél 20-30% közötti inkonzisztencia rátákat tapasztalhatunk (a kiemelkedően magas ráták „elszört” eseteket takarnak, a heroin, az egyéb ópiátok és a crack, valamint az inhalánsok, illetve a dummy-drogként szerepeltetett „relewin” esetében 10 fő alatti, de többnyire inkább 1-2 fős gyakoriságokat jelentenek mind a konzisztens bevallások, mind az inkonzisztens válaszok).

---

<sup>28</sup> A különböző, adatbázison belüli megbízhatósági és érvényességi mutatók többségének nincs abszolút mértéke, kívánatos tendenciákat fogalmazhatunk meg, illetve bizonyos adatbázisokról, illetve adatokról eldönthetjük, hogy jobbak, vagy rosszabbak más adatokhoz, adatbázisokhoz képest. Ehhez a viszonyításhoz továbbiakban külső segítségként felhasználjuk az ESPAD kutatások módszertani eredményeit, mint olyan viszonyítási alapot, mely metodológiai kimunkáltságával, az alkohol- és drogtudatások nemzetközi mércéjével mérve is igazodási pont lehet.

Kiemelkedik a mezőnyből a marihuána, illetve a nyugtató/altató fogyasztás megbízhatósága. E szerek a hasonló (5% körüli) konzisztens fogyasztási ráták mellett, igen eltérő fogyasztókhoz viszonyított inkonzisztencia rátát mutatnak. A marihuána esetében a fogyasztók százalékában kifejezve kiemelkedően alacsony, mindössze 8,4% az inkonzisztens válaszok aránya.

8. táblázat: Az életprevalencia értékek és az első fogyasztásra vonatkozó adatok közötti inkonzisztenciák

|                             | KONZISZTENS<br>VÁLASZOK<br>ARÁNYA<br>(FOGYASZTÓK + NEM-<br>FOGYASZTÓK) AZ<br>ÖSSZES VÁLASZOLÓ<br>%-ÁBAN | INKONZISZTENS<br>VÁLASZOK ARÁNYA<br>AZ ÖSSZES<br>VÁLASZOLÓ<br>%-ÁBAN | KONZISZTENS<br>FOGYASZTÓK<br>SZÁMA | INKONZISZTENS<br>VÁLASZOK<br>ARÁNYA A<br>FOGYASZTÓK<br>%-ÁBAN |
|-----------------------------|---|--|------------------------------------|---|
| ALKOHOLFOGYASZTÁS           | 78,7  | 21,3   | 1343                               | 31,5  |
| BERÚGÁS                     | 88,4  | 11,6   | 849                                | 25,5  |
| RENDSZERES<br>DOHÁNYZÁS     | 88,1  | 11,9   | 801                                | 30,0  |
| NYUGTATÓ/ALTATÓ             | 89,3  | 10,7   | 129                                | 159,0   |
| MARIHUÁNA                   | 99,6  | 0,4  | 107                                | 8,4   |
| ECSTASY                     | 99,6  | 0,4  | 32                                 | 28,1  |
| AMFETAMIN                   | 99,7  | 0,3  | 29                                 | 20,6  |
| KOKAIN                      | 99,8  | 0,2  | 10                                 | 30,0  |
| HEROIN                      | 99,8  | 0,2  | 4                                  | 100,0   |
| EGYÉB OPIÁT                 | 99,8  | 0,2  | 4                                  | 100,0   |
| RELEVIN <sup>29</sup>       | 99,9  | 0,1  | 1                                  | 200,0   |
| LSD                         | 99,8  | 0,2  | 27                                 | 14,8  |
| CRACK                       | 99,9  | 0,1  | 1                                  | 200,0   |
| ALKOHOL-GYÓGYSZER<br>EGYÜTT | 99,4  | 0,6  | 22                                 | 54,5  |
| INHALÁNSOK                  | 99,7  | 0,3  | 6                                  | 83,3  |

Összességében tehát el kell mondanunk, hogy az életprevalenciára és az első fogyasztás életkorára vonatkozó kérdésekre adott válaszok konzisztenciája alapján kiemelkedően jó a marihuána fogyasztási adatok megbízhatósága. Az alkoholfogyasztási, lerészegedési,

<sup>29</sup> A RELEVIN a kérdőívben szerepeltetett dummy-drog.

valamint a dohányzási adatok, illetve a számottevő életprevalenciát jelző tiltott szerbevallások megbízhatósága hasonló, általában 70-80%-os szinten mozog, a nyugtató/altató fogyasztásra vonatkozó adatok, valamint az igen kis fogyasztást jelző szerek bevallásának megbízhatósága pedig igen alacsony. Ez utóbbi tény jelentősége kisebb, hiszen ezek a szerek – alacsony gyakoriságuknál fogva - az összesített (tiltott szerek fogyasztását általában jelző) prevalencia-értékekben elenyésző torzítottságot visznek, azonban a visszaélészerű gyógyszerhasználat prevalenciájára vonatkozó adatnál az egyszerű megbízhatósági mutatók alapján igen nagy bizonytalansággal kell számolnunk.

A csoportos, tisztán önkitöltős kérdezési eljárással készült ESPAD'99 kutatás hazai (Elekes-Paksi, 1999) és nemzetközi (Hibell et al., 1997, 2000) eredményeivel összehasonlítva a kapott inkonzisztencia-mutatókat, nem tudunk egyértelmű tendenciát megállapítani.

Az alkoholfogyasztással, berúgással és dohányzással kapcsolatos kérdésekben mind a fogyasztókhoz viszonyítva, mind a válaszok teljes tartományát tekintve az ESPAD mutatói a kedvezőbbek. A jelenlegi vizsgálatban detektált nagyobb arányú hibák egy része feltételezhetően ún. „memória hibának” betudható problémák körébe sorolható, azaz a megkérdezettek – tekintettel arra, hogy az esemény az ESPAD vizsgálat megkérdezettjeihez képest a távolabbi múltba visszanyúló - nem képesek visszaemlékezni a kérdezett jelenségekre. (Abelson et al., 1992) (Ezt támasztja alá az a tény is, hogy – mint ahogy azt a későbbiekben bemutatjuk - az idősebb korcsoportokban nagyobb inkonzisztencia rátákat tapasztaltunk.)

A tiltott szerek fogyasztása tekintetében a fogyasztók és nem fogyasztók válaszait egyaránt figyelembe véve az inkonzisztencia arányok rendre a jelenlegi vizsgálatban kedvezőbbek. Ez azonban a középiskolás vizsgálatához képest alacsonyabb életprevalencia értékekkel is társul, s a fogyasztókhoz viszonyított ráták esetében már csak a marihuána, az amfetamin, az LSD, valamint a kokain esetében őrzi meg a kedvező pozícióját az ADE 2001 vizsgálat, a többi szer esetében pedig az ESPAD mutatói bizonyulnak jobbnak. Tekintettel arra, hogy az ADE 2001 előnyei a nagyobb prevalenciájú, tehát a szerstruktúrában dominánsabb szerek esetében (lásd később) jelentkeznek, azt mondhatjuk, hogy a tiltott szerek megbízhatóságának vonatkozásában az eredmények nem maradnak el az ESPAD vizsgálatban bevált - és általában az elítélés alá eső magatartások vonatkozásában leginkább kívánatosnak tekinthető - csoportos önkitöltési technikával felvett adatok paraméterei mögött.

Főbb demográfiai háttérváltozók (kor, nem, illetve lakóhely) mentén vizsgálva az életprevalencia értékek és az első fogyasztásra vonatkozó adatok közötti inkonzisztenciák arányát, elsősorban nemek szerint jelentkeznek egyértelmű tendenciák.

- A fogyasztókhöz viszonyítva a férfiak válaszai minden szer esetében szignifikánsan magasabb konzisztencia értéket mutatnak. A vizsgált szerek többsége esetében összességében is magasabb a konzisztens választ adó (fogyasztó vagy nem fogyasztó) férfiak aránya, kivéve a berúgás, a dohányzás és az amfetamin használat esetében.
- A különböző korcsoportok, valamint lakóhely (főváros-vidék) viszonylatában vizsgálva mind a tiltott, mind a legális szereknél (a dohányzás kivételével) általában a fiatalabb korosztályok, valamint a fővárosi megkérdezettek válaszai jeleznek nagyobb konzisztenciát, azonban ez csak a fogyasztókhöz viszonyított arányokban jelenik meg. Összességében a konzisztens válaszolók aránya tekintetében csak az alkoholfogyasztás őrzi ezt a tendenciát, a többi szer összes válaszolóhoz viszonyított rátája sem életkor, sem lakóhely szerint nem mutat jelentős eltéréseket.

### ***A különböző időtartamra vonatkozó életprevalencia adatok közötti inkonzisztenciák<sup>30</sup>***

A különböző idejű prevalencia adatok tekintetében inkonzisztens válasznak tekintettük, ha az elmúlt havi fogyasztás gyakorisága meghaladta az előző évit, vagy az egész életét, illetve ha az éves érték nagyobb volt az élete során jelzett fogyasztási alkalmak számánál.

A tiltott szerek élet-, éves és havi prevalencia adataiban nem, illetve csak 1-1 válaszoló esetében mutatkozott inkonzisztencia. Hasonlóképpen gyakorlatilag nem voltak egymásnak ellentmondó válaszok az inhalánsok, illetve az alkohol-gyógyszer kombinációk fogyasztásának különböző idejű prevalenciáira vonatkozó kérdéseire adott válaszokban.

Jelentősebb mértékű inkonzisztencia mindössze a berúgásra, illetve az orvosi rendelvény nélküli altató/nyugtató fogyasztásra vonatkozó adatokban mutatkozott, azonban annak aránya is jelentősen alatta marad az ESPAD'99 vizsgálatban kapott értéknek. Mindössze 16,



illetve 18 megkérdezett (0,7%) válaszaiban jelentkezett ellentmondás, míg az ESPAD adatokban az altató/nyugtató fogyasztás inkonzisztencia tartalma 4,5%, részegségi adatok 2,3% volt (Elekes-Paksi,1999).

Az alkoholfogyasztási adatok különböző időszakra vonatkozó absztinencia-arányaiban jelentkező inkonzisztencia azonban jelentősen meghaladja az összes többi, szerfogyasztásra vonatkozó kérdésben kapott nagyságrendet. A teljes életre vonatkozó, illetve az éves és a havi absztinencia ráták esetében az egymásnak ellentmondó válaszok aránya a felnőtt népességben 3,5%. Azonban meg kell jegyeznünk, hogy ez az arány sem kiugró más vizsgálatok azonos tartalmú adatainak kontextusában. Az 1999-es ESPAD vizsgálat magyarországi adataiban ez az érték 5,3% volt.

Összességében a megbízhatóság vizsgált két mutatója alapján kedvező tapasztalatokról számolhatunk be. Az első használat adatait tartalmazó inkonzisztenciamutatók egyes – elsősorban a legális - szereknél ugyan más szerekhez, illetve más kutatási adatokhoz képest is magas értékeket jeleztek, azonban ennek oka valószínűleg inkább az ún. „memória hibában” keresendő, ezt jelzi az inkonzisztenciák kormegoszlása, valamint különböző időszakra vonatkozó fogyasztásjelzések előfordulásának nagyfokú harmóniája.

## AZ ADATOK ÉRVÉNYESSÉGÉNEK MUTATÓI

### *A hiányzó és érvénytelen válaszok aránya az egyes droggkérdésekben*

A hiányzó és érvénytelen válaszok aránya a droggal kapcsolatos kérdésekben igen stabil arányt mutat, jellemzően a kérdésblokk elutasítását fejezi ki, és a rövidebb idejű fogyasztások tekintetében valamelyest magasabb. A legtöbb drog havi prevalencia értéke esetében 12% körüli, az éves prevalenciák esetében általában 11,4%, az életprevalenciáknál pedig 10%, mindössze a marihuánával kapcsolatos kérdésekben találkozunk ennél rendre 1%-al alacsonyabb missing arányokkal.

Ugyanez a tendencia, valamelyest más arányokkal, jellemző a berúgás, és az orvosi rendelvény nélküli altató/nyugtató használattal kapcsolatos kérdések esetében (az életprevalenciák esetében 9%, a havi fogyasztásnál pedig 15% körül van a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya).

---

<sup>30</sup> Az adatok részletesen a M4. táblázatban találhatóak.

Az alkoholfogyasztásnál jóval kisebb mértékű válaszhiány, és fordított tendencia figyelhető meg. Itt az a havi prevalencia esetében mindössze 2,6% a missing arány, az életprevalencia esetében pedig 6,6%. A fordított eloszlás feltehetően összefüggésben áll a kérdések fordított sorrendjével, ugyanis míg minden más szer esetében az életprevalenciára vonatkozó kérdést követi az éves, majd a havi fogyasztást tudakoló kérdés, addig az alkohollal kapcsolatos kérdéseknél a rövidebb idejű fogyasztástól az élettartam alatti használat felé halad a kérdésstruktúra. (M5. táblázat)

A semlegesnek tekinthető szocio-demográfiai kérdéseknél jóval kisebb missing arányokat tapasztaltunk. Például az életkor esetében 0,3%-ot, a szabadidő eltöltéssel kapcsolatos kérdéseknél 0,02%, s még a háttérváltozók között kényesebbnek tekinthető jövedelemmel kapcsolatos kérdésnél is csak 5,7% a válaszhiányok aránya.

A csoportos önkitöltős kérdezési technikával felvett ESPAD kutatáshoz képest a jelenlegi kutatás során a háttérváltozók tekintetében nem tapasztaltunk különbséget, a droggal kapcsolatos kérdések missing tartalma azonban az ADE vizsgálatban jelentősen magasabb. S bár az életkor előrehaladtával növekszik a válaszhiányok aránya, a legfiatalabb korosztályban is meghaladja a csoportos technika esetében kapott értékeket.

Megjegyezzük még, hogy a részvételi hajlandósággal, azaz az összes kérdés visszautasításával ellentétes irányú tendenciát tapasztalunk a főváros és a vidék viszonylatában. Míg a kérdezés elutasítása, és általában is a mintakiesés Budapesten volt magasabb, addig a droggal kapcsolatos kérdések esetében vidéken nagyobb a válaszhiányok aránya.

### ***Dummy-droggal kapcsolatos válaszok***

A kérdőívben szerepeltetett nem létező drog, az ún. dummy-drog esetében az életprevalencia kérdésnél 6 fő, a rövidebb idejű prevalenciáknál pedig 1-1 fő jelzett mindössze fogyasztást, ami az ESPAD vizsgálatokban tapasztalt előfordulásnak megfelelő arányú.

### **A KUTATÁS MÓDSZERTANI JELLEMZŐINEK ÖSSZEFOGLALÁSA**

Az „ADE 2001” vizsgálat célja a felnőtt népesség drogérintettségének és alkoholfogyasztásának becslése, valamint szocio-demográfiai illetve pszicho-szociális prediktorok keresése.

A vizsgálatot a 18-65 év közötti magyarországi lakónépesség 2500 fős, régiók és településméret szerint rétegzett, véletlen eljárással választott mintáján készítettük.

Az adatfelvételt a kérdezettek személyes megkeresésével, és ezen belül úgynevezett „kevert” – „face to face”, illetve „önkitöltős” elemeket egyaránt tartalmazó – módszerrel, valamint a kérdezők és a kérdezettek korcsoport szerinti illesztésével bonyolítottuk le.

Az adatfelvétel eredményeként nettó 2359 fős mintát sikerült elérnünk, melyet korcsoport és nem, valamint főváros-vidék dimenziók mentén utólagos súlyozással arányosítottunk. Az elért mintanagyság mellett a mintavételi hiba felső határa 95%-os megbízhatósági szinten az országos adatokban 2,1%, a budapesti adatokban 3,4%, a vidéki mintában pedig 2,6%.

A kérdőívet az EMCDDA felnőtt populációs vizsgálatok vonatkozásában megfogalmazott ajánlásai (EMCDDA, 1999), a WHO egészség vizsgálatának szempontrendszer (Simpura et al., 2000), valamint IRGGA „Gender Culture, and Alcohol: A Multi-National Study” című programjának törzskérdései (Wilsnack et al. 1999), illetve a hazai sajátosságok, kutatási hagyományok figyelembevételével állítottuk össze.

Tekintettel a magyarországi droggal kapcsolatos attitűdállapotokra, nem csak az adatfelvétel eszközének és módjának megválasztásával igyekeztünk az adatokból tehető becslések pontosságát javítani, hanem ezen túlmenően, adatbázison belüli eszközökkel megvizsgáltuk a mintavételen kívüli hibák nagyságát.

Az adatok megbízhatóságának vizsgálata alapján kedvező tapasztalatokról számolhatunk be.

- Az életprevalencia és az első fogyasztás életkora vonatkozásában adott válaszok konzisztenciája alapján kiemelkedően jó a marihuána fogyasztásra vonatkozó adatok megbízhatósága. Az alkoholfogyasztási, lerészegedési, valamint a dohányzási adatok, illetve az egyéb számottevő életprevalenciát jelző tiltott szerbevallások megbízhatósága általában 70-80%-os szinten mozog, s csak az igen kis fogyasztást jelző szerekre illetve a nyugtató/altató fogyasztásra vonatkozó adatok tartalmaztak nagyarányú ellentmondásokat.
- A különböző időtartamra vonatkozó prevalencia-értékekben jelentősebb mértékű inkonzisztencia mindössze a berúgásra, illetve az orvosi rendelvény nélküli altató/nyugtató fogyasztásra vonatkozó adatokban mutatkozott, azonban annak aránya is jelentősen alatta marad az ESPAD'99 vizsgálatban kapott értékeknek. A tiltott szerek esetében mindössze az ecstasy, az amfetamin, valamint az alkohol- és gyógyszerfogyasztás esetében találtunk 1-1 válaszolónál ellentmondó válaszokat a különböző idejű prevalenciákban. A többi tiltott drog, valamint az inhalánsok esetében egyáltalán nem találtunk inkonzisztens válaszokat.

- Az első használat adatait tartalmazó inkonzisztenciamutatók egyes – elsősorban a legális – szereknél kapott magas értékének oka valószínűleg inkább az ún. „memória hibában” keresendő, és a prevalencia becslésekre kevésbé van kihatással. Ezt jelzi az inkonzisztenciák kormegoszlása, valamint a különböző időszakra vonatkozó fogyasztásjelzések nagyfokú harmóniája.
- Az adatok érvényességét jelző dummy-drog alacsony, az ESPAD vizsgálatokkal azonos szintű érvényességi problémát jelzett.

Az adatok megbízhatóságát az adatbázison belüli eszközökkel vizsgálva összességében azt tapasztaltuk, hogy azok egyes mutatókban a már bevált csoportos megkérdezéssel végzett önkitöltős technikánál rosszabb, más mutatóknál azzal azonos, több esetben jobb eredményt adnak. Összességében az gondoljuk, hogy a társadalmi elítélés alá eső magatartásokkal – így az általunk vizsgált alkohol- és drogfogyasztással – kapcsolatban a személyes megkereséssel zajló kutatások esetében általában jelentkező torzító tényezőket nagyban sikerült leküzdenünk az alkalmazott adatfelvételi technika segítségével. A kombinált kérdőívvel, és a kérdezők, valamint a kérdezettek életkor szerinti illesztésével történő adatfelvételi móddal, a csoportos megkereséssel zajló önkitöltős – az anonimitás érzetet leginkább keltő – kérdezési módhoz hasonló bizalmi szintet sikerült megteremtenünk. A felkeresett személyek részvételi illetve válaszolási hajlandósága nem érte el ugyan a csoportos kérdéseknél általában tapasztalt szintet, azonban a kapott válaszok konzisztenciája összességében és tendenciájában igen. Az eddigi elemzések alapján tehát megállapíthatjuk, hogy az alkalmazott adatfelvételi technika módszertani paramétereit megerősítik annak alkalmasságát az alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos epidemiológiai vizsgálatokban, s vélhetően más társadalmi elítélés alá tartozó magatartások kutatásában is.

## III. EREDMÉNYEK

### A DROGFOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE

Tekintettel arra, hogy a kutatás egyik fő célkitűzése az volt, hogy a felnőtt népesség droghasználatáról a drogepidemiológia módszertani standardokjainak megfelelő, s éppen ennek következtében más populációk, illetve más országok viszonylatában is értelmezhető információkat szerezzünk, ezért a az adatok feldolgozása során elsősorban az EMCDDA (1999) ajánlásainak, illetve adatközlési struktúrájának megfelelő mutatókat képzésére került sor.

A következő fejezetben először megvizsgáljuk a magyarországi felnőtt népesség drogérinthettségét (életprevalencia értékeket), illetve annak főbb demográfiai dimenziók mentén való különbözőségeit. Ezt követően részletesen tárgyaljuk az első droghasználat kérdéskörét, ezen belül is kiemelten az első kannabiszt használatra helyezve a hangsúlyt (kannabisz használat kumulált prevalencia értéke). Majd a szerfogyasztás struktúráját, illetve a különböző szerhasználó magatartások egymásra épülését, együttjárását mutatjuk be az un. tiltott drog-fogyasztás piramisa segítségével. Mindezen elemzések során a vizsgált sokaságot a drogokkal valaha kapcsolatba kerülők képezik. Ezt követően érdeklődésünk középpontjába a folyamatos droghasználókat állítjuk, azokat akik jelenleg is, és már több mint egy éve használnak valamilyen drogot. Arányukon túlmenően megvizsgáljuk társadalmi-demográfiai hátterüket, összetételüket is. Kutatási eredményeinket folyamatosan generációs kontextusba helyezzük a hazai ESPAD adatokkal való összehasonlítás révén, a fejezet végén pedig az EMCDDA által koordinált, a kilencvenes évek végén készült vizsgálat sorozat eredményei segítségével próbáljuk meg értelmezni.

### A DROGFOGYASZTÁS ÖSSZESÍTETT ÉLETPREVALENCIA ÉRTÉKE

Tanulmányunkban drogfogyasztás alatt a biztosan droghasználati célú szerhasználatot értjük, azaz a tiltott szerek és az inhalánsok fogyasztását.<sup>31</sup> Kutatási eredményeink szerint a 18-65 év közötti felnőtt lakosság 6,5%-a használt már élete során valamilyen drogot - tiltott szert és/vagy inhalánst - biztosan droghasználati

céllal, és döntő többségük, a válaszolók 6,4%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert.<sup>32</sup>

### ***A drogfogyasztás összesített életprevalencia értéke főbb demográfiai csoportok mentén***

A drogfogyasztás életprevalencia értéke jelentős különbségeket mutat a válaszolók főbb demográfiai ismérvei mentén képzett csoportokban. A kipróbálók arányában korcsoportonként, nemenként és lakóhely szerint egyaránt szignifikáns különbségek figyelhetők meg.

- Életkori csoportok szerint a vizsgált populációban igen határozott különbségeket mutat a drogfogyasztás életprevalencia értéke ( $p < 0,001$ ). A legfiatalabb, 18-24 éves válaszolók körében közel 20% a drogfogyasztás életprevalencia értéke, és az életkor előrehaladtával csökken, olyannyira, hogy a 35 éves vagy annál idősebb korosztályban már csak 1,7%-ot ér el. (9. és M6. táblázat) Ez a drasztikus csökkenés ellentétes az életprevalencia érték sajátosságaival, hiszen annak értékébe az egész élet során bármikor történő fogyasztás beépül, s amennyiben a társadalomban időben stabil rátát mutat a drogfogyasztás elterjedtsége, akkor az életprevalencia értéke korcsoportonként állandó, vagy a magasabb életkorban történő kipróbálások gyakoriságának függvényében növekvő.

A felnőtt népesség korcsoportos életprevalencia értékeiben megjelenő, a prevalencia értékek hirtelen csökkenésével leírható tendencia egyrészt az első használat életkori sajátosságait, annak korosztályos behatároltságát vetíti előre – amit részletesen láthatunk majd az első használattal foglalkozó részben -, másrészt azt a társadalmi tendenciát, amely időben a drogfogyasztás kipróbálásának terjedésével írható le, és amit a fiatal – középiskolás populációkon – a kilencvenes évek során végzett drogepidemiológiai vizsgálatok jeleztek (Elekes-Paksi, 2000a, 2000b). E vizsgálatok szerint a kilencvenes évek második felében a drogfogyasztási trendek jelentős

---

<sup>31</sup> Nem soroljuk tehát a drogfogyasztás körébe a nem egyértelműen droghasználati célú visszaélésszerű gyógyszerfogyasztást. Mint azt a későbbiek során látni fogjuk, a két magatartás a korábbi vizsgálatokhoz képest jelentősen különvállik, ezért azokat két külön fejezetben, önállóan tárgyaljuk.

<sup>32</sup> Tiltott szerek közé az alábbiakat soroltuk: marihuána vagy hasis, inhalánsok, LSD, ecstasy, amfetaminok, crack, kokain, heroin, egyéb ópiátok, mágikus gomba, intravénás drogok, illetve valami más, itt fel nem sorolt drog. Ezen szerek valamelyikét az élete során használó válaszolók aránya képezi a tiltott drogok életprevalencia értékét. A tiltott drogokra vonatkozó kérdés az EMCDDA (1999), és az ESPAD (2000) standardoknak megfelelő. (A kérdések a mellékelt kérdőívben megtalálhatók.)

emelkedése, a prevalencia értékek mintegy megduplázódása volt megfigyelhető. Feltehetően ez a társadalmi trend csapódik le a 25 év alatti populációk, s részben a 25-29 évesek relatíve magas fogyasztási rátáiban.

9. táblázat: A biztosan droghasználati célú szerhasználat, valamint a tiltott drogok összesített életprevalencia értéke korcsoportonként

| KORCSOPORT | n   | BIZTOSAN<br>DROGHASZNÁLATI<br>CÉLÚ SZERHASZN. | TILTOTT<br>DROGOK |
|------------|-----|---|-------------------|
| 18-24      | 318 | 20,1  | 20,1              |
| 25-29      | 246 | 13,0  | 13,0              |
| 30-34      | 214 | 7,9   | 7,9               |
| 35-39      | 178 | 3,9   | 3,9               |
| 40-49      | 510 | 1,6   | 0,8 <sup>33</sup> |
| 50-65      | 629 | 1,1   | 1,1               |

p<0,001

- A drogfogyasztás - korábbi, más populációkon szerzett - hazai (pl. Elekes-Paksi, 1996, 2000a; Demetrovics, 2001, stb.) és nemzetközi tapasztalatok (Hibell et al. 1997, 2000; EMCDDA, 1999) alapján felrajzolható nemi mintázata jelenik meg adatainkban is. A férfiak életprevalencia értéke mintegy két és félszerese a nők körében tapasztalt kipróbálási arányoknak. (10. táblázat)

10. táblázat: A biztosan droghasználati célú szerhasználat, valamint a tiltott drogok összesített életprevalencia értéke nemenként

| NEM     | n    | BIZTOSAN<br>DROGHASZNÁLATI<br>CÉLÚ SZERHASZN. | TILTOTT<br>DROGOK |
|---------|------|---|-------------------|
| FÉRFIAK | 1033 | 9,3   | 9,0               |
| NŐK     | 1068 | 3,7   | 3,7               |

p<0,001

- Az utóbbi években végzett középiskolás vizsgálatok tapasztalataival összhangban (Elekes-Paksi, 1996, 2000a, 2000b) a felnőtt népesség drogfogyasztásában is jelentős

<sup>33</sup> A 40-49 éves korosztályban, azaz ezen belül is a 40-44 éves korosztályban, a biztosan droghasználati célú fogyasztás, és a tiltott drog fogyasztás eltérő életprevalencia értéke azt jelzi, hogy ebben a korosztályban az inhaláns fogyasztó magatartás önálló fogyasztói magatartásként, más szerekkel való párosítás nélkül létezett, s

különbségek mutatkoznak a főváros, és az ország egyéb területei között ( $p < 0,0001$ ). A budapesti lakosok drogfertőzöttsége közel négyszerese a vidéki lakosságénak. (11. táblázat)

11. táblázat: A biztosan droghasználati célú szerhasználat, valamint a tiltott drogok összesített életprevalencia értéke Budapesten és vidéken

| LAKÓHELY | n    | BIZTOSAN<br>DROGHASZNÁLATI<br>CÉLÚ SZERHASZN.<br>( $p=0,001$ ) | TILTOTT<br>DROGOK<br>( $p=0,002$ ) |
|----------|------|--|------------------------------------|
| BUDAPEST | 863  | 16,1   | 16,0                               |
| VIDÉK    | 1702 | 4,2  | 4,1                                |

A fentieknél kisebb mértékben, de megfigyelhetők urbanizációs különbségek a vidéki mintán belül is. A településméret növekedésével a legnagyobb vidéki városok kivételével párhuzamosan növekszik a droghasználat életprevalencia értéke is. Míg az 1000 lakosnál kisebb településeken 1% alatti a kipróbálók aránya, addig az 50.000-nél nagyobb lélekszámú településeken lakók körében átlagosan 8,2%. (M7. táblázat) Ugyanakkor területi-regionális elhelyezkedés mentén nem mutatkoznak szignifikáns különbségek a vidéki lakosságon belül, mindössze tendencia jellegű különbségek jelentkeznek (M8. táblázat) az északnyugati régió (Fejér, Győr, Komárom, Vas és Veszprém megyék) és az ország más területei között, az ÉNy-i régió fokozottabb érintettségét jelezve (prevalencia értékek: ÉNy-i régió=6%, többi régió átlaga=3,8%,  $p=0,069$ ). (M9. táblázat)

Összességében a fenti három dimenzió – kor, nem, lakóhely – mentén együttesen kirajzolódó leginkább és legkevésbé érintett demográfiai csoportok életprevalencia értékei között mintegy nyolcvanszoros különbség jelenik meg. A skála két végpontját a budapesti 35 év alatti férfiak (M10. táblázat), illetve a vidéki 35 feletti nők képezik (M11. táblázat). Míg az előbbieket ( $n=160$ ) kétötöde (40,6%-a) fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert vagy inhalánst, addig a vidéki 35 évesnél idősebb nők ( $n=434$ ) körében a valaha drogot próbálók aránya mindössze fél százalék.

---

mintegy a drogfogyasztók felét ebben a korosztályban ők képezték. Láthatóan más korosztályban az inhaláns használat önálló előfordulásával az életprevalenciában nem találkozunk.

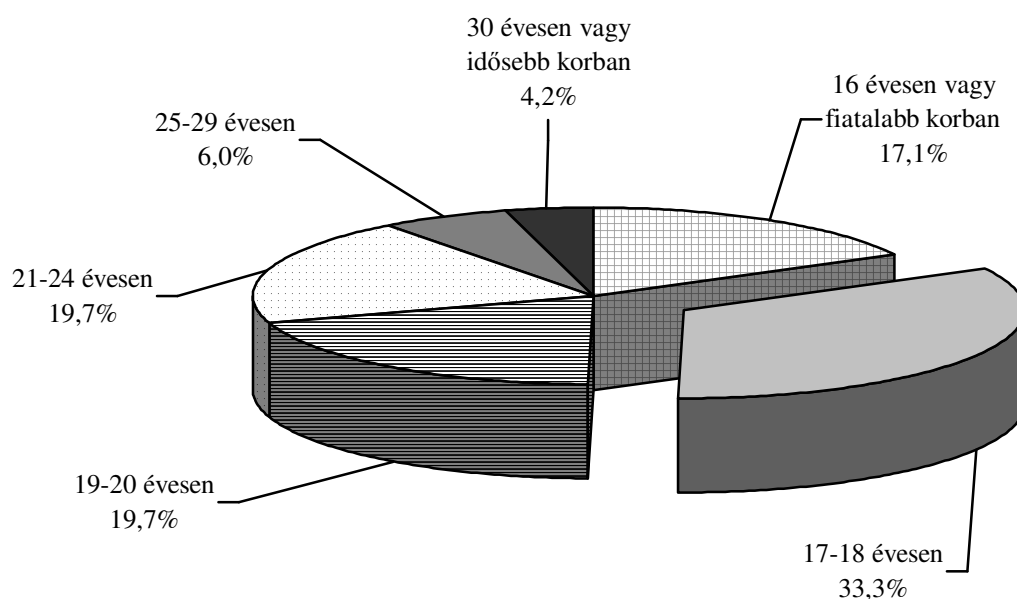


## AZ ELSŐ DROGHASZNÁLAT

A mai felnőtt népesség droggal való első találkozása döntő többségében 25 éves kor előtt, átlagosan közel 20 évesen<sup>34</sup> történt. Azok közül, akik használtak már életükben valamilyen tiltott drogot vagy inhalánst, tíz esetből kilencben 25 éves koruk előtt próbáltak először a fogyasztással. Ezen belül is a leggyakoribb a 17-18 éves korban történő próbálkozás, a fogyasztók egyharmada a középiskolás évek végén használt először valamilyen drogot.<sup>35</sup>

Részben fiatal korban való első használat tényét erősíti, részben pedig az első droghasználat időpontjának egyre korábbi életkorra tevődését jelzi az új belépők<sup>36</sup> aránya, és korcsoport szerinti eloszlása (lásd később). A 18-65 év közötti felnőtt mintánkban igen alacsony - mindössze a válaszolók 0,2%-át kitevő - az új belépők aránya, és a drogfogyasztást az elmúlt egy évben kezdő személy ma már csak a 19-24 év közötti, azaz a legfiatalabb korcsoportban fordult elő. (11. ábra)

11. ábra: Az első droghasználat életkora a droghasználók százalékában kifejezve



<sup>34</sup> A pontos átlagérték 19,7. Az átlagértéket az egyes szerek első használatának évére vonatkozó kérdés válaszai alapján képeztük (a kérdések a mellékelt kérdőívben megtalálhatók), oly módon, hogy az összes droghasználat közül a legkorábban használt tiltott drogot vagy inhalánst kipróbálásának életkorait átlagoltuk.

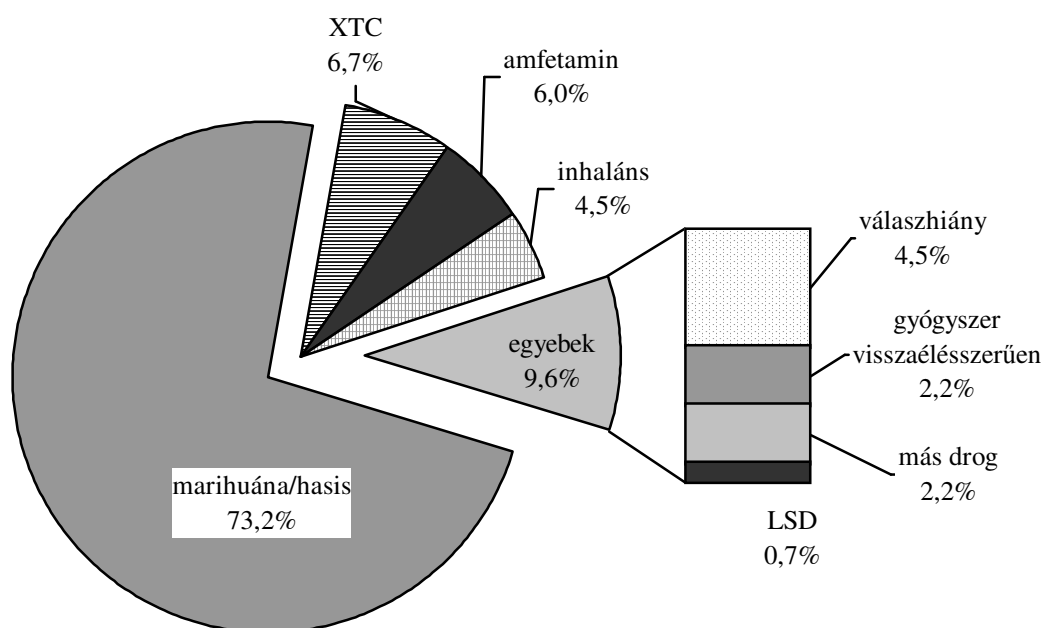
<sup>35</sup> Az általános iskolás életkorban (13-14 évesen) próbálkozók aránya mindössze 3,5%.

<sup>36</sup> Új belépőnek tekintettük azokat a drogfogyasztókat, akiknél valamilyen drog (tiltott vagy inhaláns) első fogyasztásának életkora maximum egy évvel előzte meg a jelenlegi életkorát.

Az első adagot a valaha drogot fogyasztók közel háromnegyede (73,3%-a) személyes ismerőstől, barátjától kapta. Az idegentől vagy nem személyes ismerőstől való hozzájutás összesen az esetek 5,9%-ában szerepelt. Fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a korábbi hazai és nemzetközi tapasztalatokhoz hasonlóan az ismeretlenek, a dealerek, a bevetők szerepe a jelenlegi vizsgálatban sem mutatható ki az első drog beszerzési forrásaként.

Az elsőnek használt szer a legtöbb esetben a marihuána/hasis. Azoknak, akik már használtak valamilyen drogot, közel háromnegyede (73,2%-a) először kannabiszt próbált ki. Minden 15-25-dik használó kezdett ecstasyval, amfetaminnal, illetve inhalánszal. Előfordult még az első használatként visszaélészerű gyógyszerfogyasztás, valamint LSD-használat, illetve a drogfogyasztók 2,2%-a valamilyen általunk fel nem sorolt szert fogyasztott elsőként. Nem használt elsőként egyetlen válaszoló sem kokaint, crack-et vagy opiátot. (12. ábra)

12. ábra: Az elsőnek használt szerek eloszlása (a valaha fogyasztók százalékában)



### ***A kannabisz-fogyasztás kezdete***

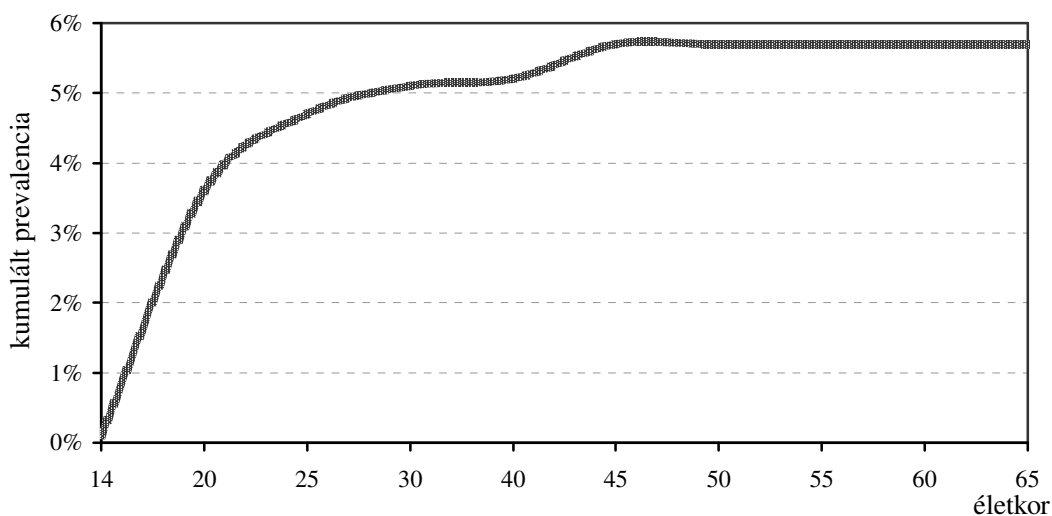
Mint láthattuk, az elsőnek használt drog a droghasználók közel háromnegyedénél valamilyen kannabisz származék. Összességében a droghasználók 87,7%-a használt életében marihuánát

vagy hasist. Éppen ezért különös figyelmet érdemel a kannabisz-fogyasztás kezdetének kérdésköre.

Az első kannabisz-használat átlagéletkora – éppen abból következően, hogy az elsőnek használt szer leggyakrabban a marihuána/hasis – gyakorlatilag megegyezik az első droghasználat életkorával (20 éves kor).

A felnőtt – ma 18-65 év közötti - lakosság 3,5%-a próbálta ki a marihuánát 15-20 éves kora között, további 1,2%, azaz összességében a felnőtt népesség 4,7%-a jutott túl az első marihuána/hasis használaton 25 éves koráig, e feletti életkorban, egészen 44 éves korig az első használat már meglehetősen ritkán ugyan, de előfordult. 45 éves vagy idősebb korban nem tapasztaltunk első használatot. A lakosság első használatra vonatkozó adatai alapján becsülhetjük a különböző életkorokban a kannabisz-fogyasztás valószínűségét. Ezt láthatjuk kannabisz-használat kumulált prevalenciáját mutató 12. ábrán.

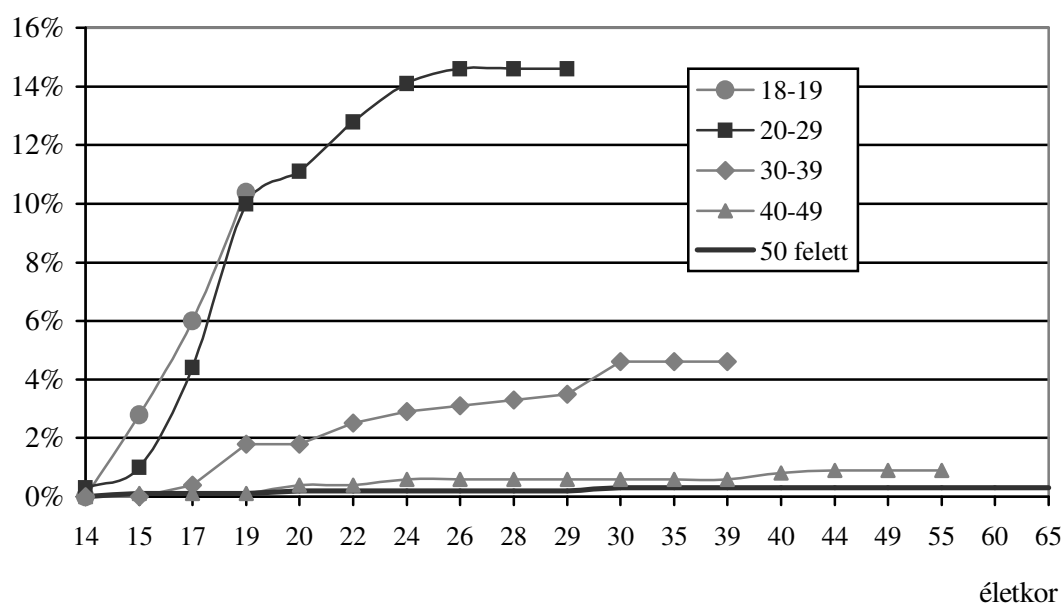
12. ábra: A kannabisz-fogyasztás kumulált prevalencia értéke (%)



A drogprobléma növekvő tendenciája miatt, s fokozottan a magyarországi drogfogyasztás új keletű volta, az alakulóban lévő fogyasztási szokások következtében a fenti grafikonon szereplő, a mai teljes felnőtt populációra vonatkozó adatok természetesen csak nagyon durva becslést adnak. A különböző korcsoportok esetében, az egyes életkorokban a marihuána-fogyasztás kockázata igen eltérő. Éppen ezért, a kumulált prevalenciákat korcsoportonként vizsgálva láthatjuk, hogy a fenti összesített kumulált ráta jelentősen alábecsüli a marihuána-fogyasztás ténylegesen különböző életkorokban várható valószínűségét, hiszen a megkérdezettek különböző korcsoportjai esetében az igen eltérő. A görbék alakját, és

egymáshoz viszonyított helyzetét vizsgálva (13. ábra) láthatjuk, hogy a felnőtt lakosságon belül egyrészt elkülönül a 40 feletti korosztály, ahol az életük során mindvégig igen alacsony kockázata volt a kannabisz-kipróbálásának. A ma 30-39 éves korosztályban 19 éves kor körül jelent meg tulajdonképpen a fogyasztás kockázata, s hosszabb időszakra elnyúló, mérsékelt kockázattal találkoztunk. A 20-29 és a 18-19 éves korcsoport tagjai viszont, elkülönülve az idősebb korosztályoktól, korábban kezdik, és az első években igen intenzíven élik meg a marihuánával/hasissal való „ismerkedést”, viszont a 20-29 éves korosztály alapján úgy tűnik, hogy a kockázat valamelyest csökken a 20-as években, s 25 éves kor után – az idősebb korosztályokkal szemben – már minimalizálódik a kannabisz származékokkal való kapcsolatba kerülés és az életprevalencia további növekedésének veszélye.

13. ábra: A kannabisz-fogyasztás kumulatív prevalencia értéke különböző életkorokban korcsoportonként (%-ban)

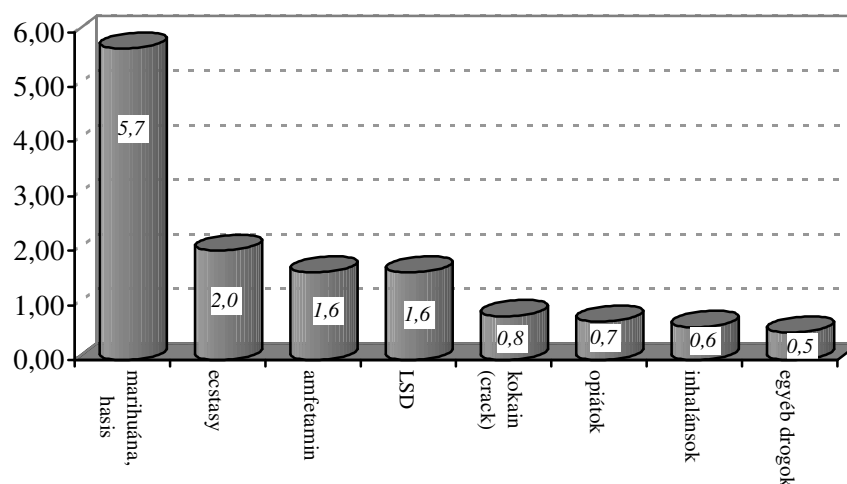


### A SZEREK SORRENDJE, A TILTOTTDRÓG-FOGYASZTÁS PIRAMISA

Szerenként vizsgálva az életprevalenciákat megállapíthatjuk, hogy a szerhasználati struktúrában a különböző drogok, drogfajták szerepe igen eltérő, a különböző drogok elterjedtsége piramisszerűen rendeződik. Legelterjedtebb a kannabisz származékok fogyasztása. A válaszolók 5,7%-a, azaz valamilyen drogot valaha használók döntő többsége, 87,7%-a használt már életében marihuánát vagy hasist. Az összes többi szer előfordulási gyakorisága jóval kisebb a felnőtt lakosság körében. (14. ábra) A második-negyedik helyen a

különböző szintetikus drogok találhatók, melyek elterjedtsége között – figyelembe véve a becslés standard hibáját, ami ebben az esetben kb. 0,5-0,6% – gyakorlatilag nincs különbség, itt található az ecstasy, illetve az amfetamin és az LSD (1,6-2%). S a legkisebb fogyasztói tábor a kokain, az opiátok (heroin és/vagy egyéb opiát), az inhalánsok, és egyéb drogok mondhatják magukénak, e szerek a kipróbálóinak aránya 1% alatti értéket vesz fel.<sup>37</sup>

14. ábra: A különböző drogok életprevalencia értékei, az elterjedtség (fontosság) szerinti sorrendben (18-65 éves népességben, a válaszolók százalékában kifejezve)

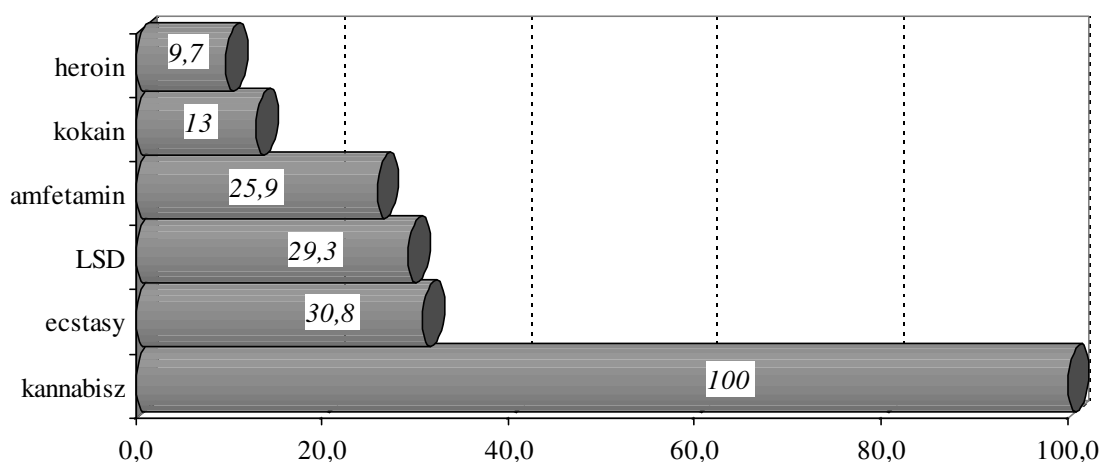


A fogyasztás szerkezetének, valamint a különböző szerhasználatok kapcsolódásának kifejezésére a különböző tiltott drogok életprevalencia értékei alapján – a szakirodalomban ismert – ún. „tiltottdrog-fogyasztási piramist”<sup>38</sup> konstruáltunk. (15. ábra) Az alábbi piramis azt mutatja, hogy a legelterjedtebb tiltott drog, a marihuána (hasis) életprevalencia értéke mekkora átfedést mutat más szerek életprevalencia értékével, azaz azok, akik életük során valaha fogyasztottak marihuánát (hasist) milyen arányban fogyasztottak e mellett már más szereket is az életük során.

<sup>37</sup> Különösen elenyésző ezen szerek életprevalencia értéke, ha figyelembe vesszük, hogy a dummy-drog életprevalencia értéke 0,3% volt (lásd a módszertani eredményeket tárgyaló részben).

<sup>38</sup> EMCDDA (1999) 77-79. oldal

15. ábra: Tiltottdrog-fogyasztási piramisa  
A különböző szerek életprevalencia értéke a kannabisz-kipróbálók százalékában kifejezve



A piramis értékeit a normál népesség körében tapasztalható életprevalencia értékekhez hasonlítva megállapíthatjuk, hogy a különböző szerfogyasztó magatartások erősen kapcsolódnak egymáshoz. A kannabisz-használókra számított fogyasztási értékek többszörösei (mintegy tízszerese) a normál populációban kapott értékeknek. Összességében a kannabisz-fogyasztók több mint fele (54,4%-a) használt már a kannabisz mellett más tiltott szert is, többnyire ecstasyt és/vagy LSD-t és/vagy amfetamint, legkevésbé heroint.

#### FOLYAMATOS FOGYASZTÁSI RÁTA

A válaszolók 2,5%-a használt az előző évben, 1,2%-a pedig az elmúlt hónapban valamilyen tiltott drogot.<sup>39</sup> Azoknak, akik életük során használtak már valamilyen drogot, mintegy kétötödük az elmúlt évben is, és közel egyötödük pedig az elmúlt hónapban is használt valamilyen tiltott szert. (12. táblázat)

<sup>39</sup> A biztosan droghasználati célú fogyasztás, és a tiltottdrog-fogyasztás esetében kapott éves és havi prevalencia értékek nem különböznek egymástól, azaz, egyrészt az inhaláns használat rövidebb idejű prevalencia értéke nagyon alacsony, másrészt azok, akik használtak az elmúlt év vagy hónap során inhaláns, azok használtak valamilyen tiltott drogot is.

12. táblázat: Különböző idejű összesített prevalencia értékek  
(a válaszolók százalékában kifejezve)

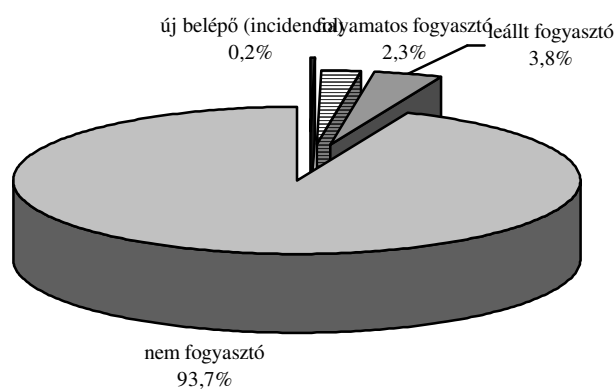
|                                 | TILTOTT<br>DROGOK +<br>INHALÁNSOK | TILTOTT<br>DROGOK |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| ÉLETPREVALENCIA ÉRTÉK (N=2100)  | 6,5                               | 6,4               |
| ÉVES PREVALENCIA ÉRTÉK (N=2070) | 2,5                               | 2,5               |
| HAVI PREVALENCIA ÉRTÉK (N=2047) | 1,2                               | 1,2               |

Tekintettel arra, hogy - mint minden „generál” populációra vonatkozó vizsgálat - a jelen kutatás célpopulációja is igen széles (18-65 év közötti) korcsoportot ölel fel, így azok, akik életük során használtak már valamilyen drogot, a drogfogyasztás szempontjából is igen heterogén csoportot alkotnak, egybemosva az aktuális használókat azokkal, akik valaha igen, de már akár 10-15 éve, vagy annál régebben nem használtak semmilyen szert. Ennek következtében az életprevalencia érték kategóriája a további adatfeldolgozás, a drogfogyasztók aktuális szocio-kulturális jellemzői mentén való körülhatárolása során nehezen értelmezhető. A drogfogyasztó populáció jelentésének homogenizálása végett a különböző prevalencia értékek kapcsolódása alapján különválasztottuk azokat, akik aktuálisan (az utóbbi évben) már nem fogyasztanak semmilyen drogot (quitters-leállt fogyasztó), és kiszámítottuk az ún. „folyamatos drogfogyasztási rátát”.<sup>40</sup> A folyamatos fogyasztási ráta azt fejezi ki, hogy az élet- és éves prevalencia kérdésre konzisztensen válaszoló fogyasztókon belül mennyien vannak azok, akik jelenleg is fogyasztanak (continuation rate). Tekintettel arra, hogy a jelenlegi fogyasztók egy része nem valódi folyamatos fogyasztó, hanem új próbálkozó, az aktuális fogyasztóktól különválaszthatók az ún. „új belépők”, azaz kiszámítható a folyamatos fogyasztási ráta incidencia nélküli értéke, azaz a tényleges folyamatos fogyasztási ráta (continuation rate without incidence), amely azok arányát mutatja, akik több mint egy éve kezdték a használatot, és a vizsgálat évében is fogyasztottak.

Az alábbi ábrán láthatjuk, hogy a 18-65 éves populáció 3,8%-a fogyasztott valaha drogot, de az utóbbi egy évben nem (leállt fogyasztó), és 2,5% az aktuális fogyasztók aránya. Mivel a válaszolók 0,2%-a az utóbbi egy évben kezdte el a fogyasztást, 2,3% azok aránya, akik több mint egy éve fogyasztottak először drogot, és jelenleg is használnak. (16. ábra)

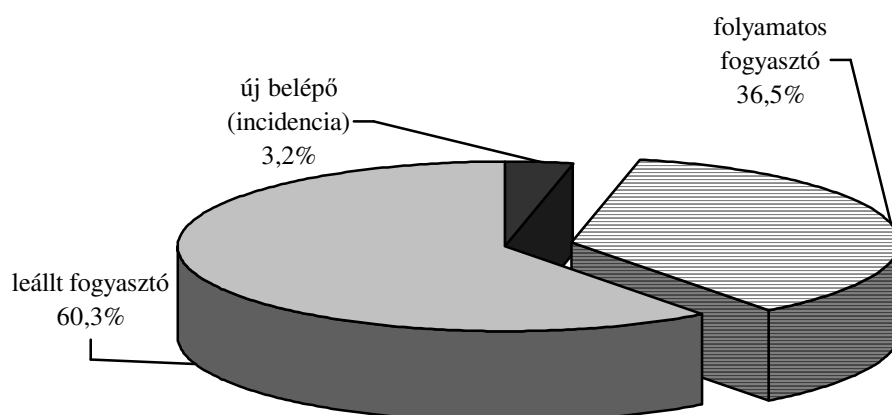
<sup>40</sup> EMCDDA (1999) 80-81. oldal

16. ábra: A leállt és a folyamatos drogfogyasztók, valamint az új belépők aránya a válaszolók százalékában



Mindez azt jelenti, hogy a 18-65 év közötti korosztályba tartozó, valaha drogot fogyasztók háromötöde az elmúlt évben nem fogyasztott semmilyen drogot. (17. ábra) Kétötödük azonban aktuálisan is használ valamilyen drogot, és ezen belül elenyésző részt képeznek azok, akik az elmúlt egy évben használtak először – a fogyasztók 3,2%-a új belépő. Mindent együttevén ténylegesen folyamatos fogyasztónak a valaha fogyasztók 36,5%-a, azaz a megkérdezettek 2,3%-a tekinthető.

17. ábra: Folyamatos drogfogyasztási ráta a valaha drogot fogyasztók százalékában





### *A folyamatos fogyasztók szocio-demográfiai jellemzői*

Tekintettel arra, hogy az országos adatokban az összes megkérdezett 2%-a, illetve a drogz kérdésekre válaszolók 2,3%-a tekinthető olyan droghasználónak, aki droghasználatát több mint egy éve kezdte, és az elmúlt évben is fogyasztott, ami 47 embert jelent, a folyamatos droghasználók társadalmi-demográfiai háttérének leírására csak igen korlátozott lehetőségeink vannak. Ennek következtében az itt közölt adatok csak a főbb tendenciák „durva” érzékeltetésére alkalmasak.

- A folyamatos droghasználati ráta nemek szerinti mintázata megegyezik a drogkipróbálóknál jelentkező mintázattal, azonban a folyamatos használók esetében a különbségek még markánsabban mutatkoznak meg, mint az életprevalencia értékekben. (13. táblázat) Mint a fentiekben láthattuk, az életprevalenciákban mintegy két és félszeres különbség volt megfigyelhető a két nem között, ugyanakkor a női válaszolók körében a folyamatos drogfogyasztók aránya nem éri el az egy százalékot (0,8%), a férfiak rátája viszont ennek mintegy négyszerese (3,7%). Azaz, míg a valaha fogyasztó a nők körében a „leállási arány” 70%, addig a valaha használó férfiak esetében ez 57%. A folyamatos droghasználók között a férfiak fokozott felülreprezentáltsága a férfiak drogfogyasztásának a nőkhöz képest kevésbé átmeneti voltára utal.

*13. táblázat: A folyamatos fogyasztási ráta, illetve a leállt fogyasztók aránya nemenként*

|          | LEÁLLT FOGYASZTÓ | FOLYAMATOS FOGYASZTÓ |
|----------|------------------|----------------------|
| FÉRFI    | 5,1              | 3,7                  |
| NŐ       | 2,6              | 0,8                  |
| ÖSSZESEN | 3,8              | 2,2                  |

- Főbb korcsoportok szerint vizsgálva a folyamatos fogyasztási ráta alakulását, mintegy tízszeres különbség figyelhető meg a 35 év alatti és a 35 év feletti korosztály rátáiban (5,2% illetve 0,5%). Különösen magas a folyamatos fogyasztók aránya a legfiatalabb, 18-24 éves korcsoportban (8,9%), s itt a „leálltak” aránya nem éri el az 50%-ot. (14. táblázat) Az életkor szerinti különbségek tehát szintén

fokozottabban jelennek meg a folyamatos fogyasztók körében,<sup>41</sup> mint a kipróbálóknál, ami a droghasználat korosztályos jellegét erősíti.

14. táblázat: A folyamatos fogyasztási ráta, illetve a leállt fogyasztók aránya a főbb korcsoportokban

|                      | LEÁLLT<br>FOGYASZTÓ | FOLYAMATOS<br>FOGYASZTÓ |
|----------------------|---------------------|-------------------------|
| 35 ÉV ALATTI         | 8,4                 | 5,2                     |
| 35 ÉVES VAGY IDŐSEBB | 1,1                 | 0,5                     |
| ÖSSZESEN             | 3,8                 | 2,2                     |

- Az aktuális fogyasztók aránya vidéken csak mintegy fele az országos rátának (1,2%), s kevesebb mint egyötöde a Budapesten kapott rátának (6,8%). (15. táblázat) Az életprevalencia értékek esetében négyszeres volt a különbség. Az urbanizációs hatás a vidéki településeken is jelentkezik. Míg az 10000 fő alatti településeken fél százalék körüli az érték, addig a nagyvárosokban (150000 fős lélekszám feletti településeken) 3%.

15. táblázat: A folyamatos fogyasztási ráta, illetve a leállt fogyasztók aránya Budapesten és vidéken

|          | LEÁLLT FOGYASZTÓ | FOLYAMATOS FOGYASZTÓ |
|----------|------------------|----------------------|
| BUDAPEST | 7,8              | 6,8                  |
| VIDÉK    | 2,9              | 1,2                  |
| ÖSSZESEN | 3,8              | 2,2                  |

Összességében az alapvető szocio-demográfiai változók mentén az életprevalencia értékben megjelenő mintázat mutatkozik a folyamatos droghasználat esetében is, csak annál többnyire markánsabban. Ez azt jelenti, hogy azokban a társadalmi csoportokban, ahol elterjedtebb a drogfogyasztás kipróbálása, feltehetően alacsonyabb a drogfogyasztók leállításának az esélye.

<sup>41</sup> Az életprevalenciák esetében a legfiatalabb és a 35 év feletti korosztály életprevalencia értékei között 11,8-szoros különbség van, a folyamatos fogyasztási rátában pedig mintegy 18-szoros.

Egyéb társadalmi háttérváltozók mentén kapott folyamatos fogyasztási ráták csak részben alakultak a korábbi - fiatal populációs - kutatási eredményeken és a különböző deviancia magyarázatokon alapuló várakozásainknak megfelelően.

- A fenti demográfiai jellemzőkhöz képest kevésbé mutatott egyértelmű összefüggést a folyamatos fogyasztás előfordulása olyan társadalmi státuszjelző változókkal, mint az iskolai végzettség vagy a foglalkozási aktivitás. Iskolai végzettség szerint az érettségivel és a diplomával rendelkezők körében jelentkeztek az átlagosnál magasabb – 3,5 és 4% közötti – arányok. Foglalkozási aktivitás szerint a részmunkaidős alkalmazottak, és a diákok felülreprezentáltsága figyelhető meg (itt megjegyezzük, hogy a munkanélküliek körében átlagos arányok mutatkoztak). A hazai ESPAD vizsgálatok (Elekes-Paksi, 2000a) ugyanakkor a szélső társadalmi pozíciókban mutattak nagyobb kitettséget.
- Feltehetően a droghasználat, és ezen belül a folyamatos használat markánsan korcsoportos jellegével összefüggésben a hajadonok/nőtlenek körében az átlagosnak háromszorosa a folyamatos fogyasztási ráta.
- Vélhetően részben szintén a korcsoportos jelleggel összefüggésben, részben azonban - az ESPAD vizsgálatok (Elekes-Paksi, 2000a) tapasztalataival összehangban<sup>42</sup> – önálló tényezőként, adatainkban az eljárós aktivitások - színház, mozi, koncert, táncos szórakozóhely látogatása (Demetrovics, 2001), kocsmába, étterembe járás, játékautomaták használata - rendre szignifikáns kapcsolatot jeleztek a folyamatos rátával. Az e tevékenységeket gyakrabban végzők körében magasabb a folyamatos használók aránya.<sup>43</sup>
- Korábbi drogepidemiológiai vizsgálatokon (Elekes-Paksi, 2000a; Ferenczhalmy 2002), illetőleg a klasszikus devianciamagyarázó-elméleteken (Merton 1980; Durkheim, 1982) alapuló várakozásainkkal ellentétben az anómia különböző aspektusait<sup>44</sup> – szabályszegést, orientációhiányt, elidegenedést - leképező kérdéssor válaszai mentén sem különböztek szignifikánsan a folyamatos használat értékei. Hasonlóképpen a vizsgált különböző elégedettségi dimenziók (munka, anyagi körülmények, család, baráti és társas

---

<sup>42</sup> A középiskolás vizsgálatokban az egyik legfontosabb drogfogyasztási prediktornak az „eljárós társas aktivitások” gyakorisága mutatkozott.

<sup>43</sup> Nem mutatkozott azonban ez a tendencia olyan házon kívüli tevékenységekkel, mint a meccsre járás, a sportolás vagy a kirándulás. Szintén nem tapasztalunk összefüggést az olyan, otthon végzendő tevékenységek gyakoriságával, mint a tv-nézés, zene hallgatás, olvasás, barkácsolás.

kapcsolatok) közül is csak mindössze a családi kapcsolatokkal és a munkával való elégedettség esetén találtunk szignifikáns kapcsolatot. Az életük e dimenziójával nagyon, vagy inkább elégedetlenek körében a folyamatos fogyasztási ráta jelentősen meghaladta a populációs átlagot. Ugyanakkor az étellel való általános elégedettséget kifejező kijelentések mentén nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a folyamatos használattal.

#### A TILTOTT DROGOK HAZAI PREVALENCIA ÉRTÉKEI NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

Kutatási eredményeinket az EMCDDA által koordinált, 8 ország, illetve régió (Anglia, Nyugat-német régió, Kelet-német régió, Görögország, Finnország, Franciaország, Hollandia és Svédország) felnőtt népességére vonatkozó adatait tartalmazó, a kilencvenes évek végén készült vizsgálatsorozat eredményei segítségével próbáljuk értelmezni. (EMCDDA, 1999) Az összehasonlításokat egyrészt a szerenkénti prevalencia értékek, másrészt a tiltott szerek fontossági sorrendje, fogyasztásának piramisa, harmadrészt pedig a marihuána esetében számított korcsoportos fogyasztási ráták mentén végezzük el.

A hazai felnőtt népességre vonatkozó prevalencia értékeket, és a szerek fontossági sorrendjét más európai országok adataihoz hasonlítva, az alábbi megállapításokat tehetjük.

- A tiltott drogok hazai struktúrája, azaz az életprevalencia értékek nagysága alapján felállítható fontossági sorrendje, nagymértékben hasonlít a legtöbb európai országban tapasztaltnak. A legnagyobb életprevalencia értéket - a hazaihoz hasonlóan - az európai országokban külön-külön és átlagosan is a kannabisz esetében tapasztalhatjuk, és a legalacsonyabb kipróbálási arány a heroin esetében figyelhető meg. Bár meg kell jegyeznünk, hogy a második-harmadik-negyedik hely vonatkozásában országonként jelentős különbségek mutatkoznak meg, s mindössze – a szintén rendszerváltó ország - Kelet-Németország vonatkozásában találjuk az ecstasyt a hazaihoz hasonló előkelő helyen a struktúrában, s más országokhoz képest nálunk a kokain hátrébb szorul. (16. táblázat)

---

<sup>44</sup> A kérdőívben alkalmazott kérdéssor a Srole-féle, illetve a Seeman-féle elidegenedés- és/vagy anómiadefiníciók egyes elemeit tartalmazza. (Andorka, 1994)

16. táblázat: A tiltott szerek fontossági sorrendje az egyes európai országokban<sup>45</sup> és hazánkban - öt tiltott szer alapján

| ORSZÁGOK, TÉRSÉGEK | HELYEZÉSEK A SZERSORRENDEN |                   |     |     |     |
|--------------------|----------------------------|-------------------|-----|-----|-----|
|                    | 1                          | 2                 | 3   | 4   | 5   |
| ANGLIA-WALES       | KAN                        | AMF               | XTC | KOK | HER |
| FINNORSZÁG         | KAN                        | AMF               | KOK | XTC | HER |
| FRANCIAORSZÁG      | KAN                        | -                 | KOK | XTC | HER |
| GÖRÖGORSZÁG        | KAN                        | AMF               | KOK | XTC | HER |
| HOLLANDIA          | KAN                        | AMF               | KOK | XTC | HER |
| KELET-NÉMET RÉGIÓ  | KAN                        | AMF               | XTC | KOK | HER |
| NY-NÉMET RÉGIÓ     | KAN                        | AMF               | KOK | XTC | HER |
| SVÉDORSZÁG         | KAN                        | AMF               | KOK | XTC | HER |
| MAGYARORSZÁG       | KAN                        | XTC <sup>46</sup> | AMF | KOK | HER |

(KAN=kannabisz, AMF=amfetamin, KOK=kokain, HER=heroin)

- Ugyanakkor a tiltott drogok hazai prevalencia értékeit az EMCDDA által vizsgált 8 európai ország súlyozott átlagértékeihez viszonyítva láthatjuk, hogy a hazai prevalencia értékek rendre alatta maradnak a vizsgált országok átlagának. (17. táblázat) Prevalencia értékeink a kelet-német és a finn értékek között, a miénkkel együtt kilenc európai ország sorrendjében a 8. hely környékén helyezkednek el. (lásd majd a 18. táblázatban)

17. táblázat: Életprevalencia értékek hazánkban, és nyolc európai országban átlagosan

|           | SZERENKÉNT ÖSSZESÍTETT<br>ÉLETPREVALENCIA ÉRTÉKEK<br>A VIZSGÁLT EURÓPAI ORSZÁGOKBAN<br>(SÚLYOZOTT ÁTLAG) <sup>47</sup> | MAGYARORSZÁGI<br>ÉLETPREVALENCIA<br>ÉRTÉKEK |
|-----------|--|---|
| KANNABISZ | 20,6   | 5,7   |
| AMFETAMIN | 5,3  | 1,6   |
| LSD       | 3,6  | 1,6   |
| KOKAIN    | 3,0  | 0,7   |
| ECSTASY   | 2,9  | 2,0   |
| HEROIN    | 0,6  | 0,5   |

<sup>45</sup> EMCDDA (1999) 78-79. oldal.

<sup>46</sup> Az ecstasy és az amfetamin a hibahatárok figyelembevételével körülbelül azonos helyet foglal el a hazai fontossági sorrendben. Ugyanezt figyelhetjük meg Kelet-Németországban, ahol szintén azonos a két szer súlya a struktúrában.

<sup>47</sup> EMCDDA (1999) 101. oldal.

- Mindemellett azt is láthatjuk, hogy a kannabisz életprevalencia értéke – bár más drogokhoz képest Magyarországon is relatíve magas - korántsem olyan kiugró, mint más országokban. A szerenkénti prevalencia értékek Európában átlagosan a hazainál jóval szélesebb skálán, a nálunk tapasztalt 5,7%-os maximum és 0,5%-os minimumérték helyett mintegy 20%-os tartományban mozognak.

18. táblázat: *Tiltottdrog-fogyasztási piramis hazánkban, és más európai országokban*<sup>48</sup>  
(generál piramis – az aggregát adatok alapján)

| ORSZÁGOK            | KANNABISZ<br>ÉLET-<br>PREVALENCIA | A KÜLÖNBÖZŐ SZEREK ÉLETPREVALENCIA ÉRTÉKE<br>A KANNABISZ-KIPRÓBÁLÓK SZÁZALÉKÁBAN<br>KIFEJEZVE |           |             |            |
|---------------------|-----------------------------------|---|-----------|-------------|------------|
|                     |                                   | AMFETAMIN   | KOKAIN    | ECSTASY     | HEROIN     |
| FINNORSZÁG          | 9                                 | 10  | 3         | 3           | 2          |
| SVÉDORSZÁG          | 14                                | 13  | 4         | 2           | -          |
| GÖRÖGORSZÁG         | 13                                | 10  | 10        | -           | 6          |
| FRANCIAORSZÁG       | 18                                | -   | 7         | -           | 3          |
| NY-NÉMET RÉGIÓ      | 14                                | 17  | 14        | 9           | 4          |
| K-NÉMET RÉGIÓ       | 3                                 | 19  | 7         | 19          | 5          |
| HOLLANDIA           | 27                                | 13  | 17        | 14          | 2          |
| ANGLIA              | 21                                | 38  | 14        | 15          | 4          |
| <b>MAGYARORSZÁG</b> | <b>5,7</b>                        | <b>25,9</b>   | <b>13</b> | <b>30,8</b> | <b>9,7</b> |

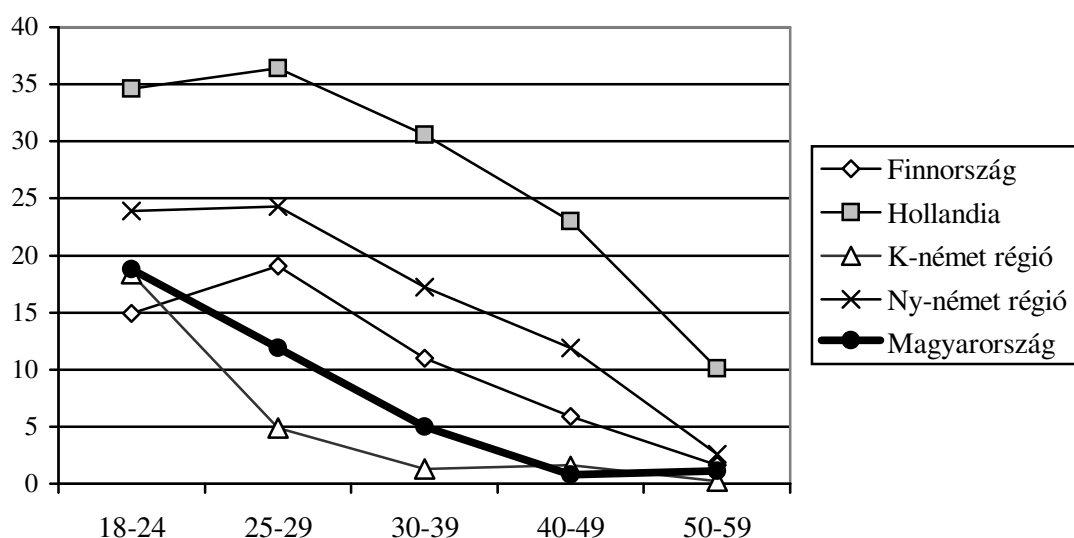
- Részben talán a kannabisz-származékok kevésbé kiugró életprevalencia értéke következtében a hazai szerfogyasztások között nagyobb halmozódás figyelhető meg, a tiltott drogok fogyasztási piramisa hazánkban meredekebb. Míg az európai országok többségében a kannabisz-fogyasztás viszonylag független más tiltott drogok fogyasztásától – jelentős kivételt e tekintetben Anglia képez, ahol az amfetamin, és Hollandia, ahol a kokainhasználat domináns -, addig nálunk a különböző szerek fogyasztótáborra, így a marihuána és egyéb drogok fogyasztói között is igen nagy átfedések figyelhetők meg. Különösen magas Magyarországon a kannabisz-használók között az ecstasy, valamint az amfetamin-használat elterjedése, illetve más országokhoz képest – ahol a heroin használat igen alacsony szerepet kap a marihuána használók

<sup>48</sup> EMCDDA (1999) 79. oldal.

között –, hazánkban a heroin szerepe is jelentős. (18. táblázat) Ezen tapasztalatok összecsengenek a korábbi, fiatal – 16-17 éves – populáción megfigyelttel.<sup>49</sup>

- S végül a marihuána használat vonatkozásában egyes korcsoportokra kiszámított életprevalencia értékek nemzetközi kontextusba helyezése alapján láthatjuk, hogy a hazai drogfogyasztás tendenciája a Kelet-német régióban tapasztaltakkal mutat leginkább hasonlóságot. (18. ábra)

18. ábra: A kannabisz-fogyasztás életprevalencia értéke korcsoportonként néhány európai országban



| ORSZÁGOK       | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| FINNORSZÁG     | 14,9  | 19,1  | 11,0  | 5,9   | 1,6   |
| HOLLANDIA      | 34,6  | 36,4  | 30,6  | 23,0  | 10,1  |
| K-NÉMET RÉGIÓ  | 18,4  | 4,9   | 1,3   | 1,6   | 0,2   |
| NY-NÉMET RÉGIÓ | 23,9  | 24,3  | 17,2  | 11,9  | 2,6   |
| MAGYARORSZÁG   | 18,8  | 11,9  | 5,0   | 0,8   | 1,1   |

<sup>49</sup> Az ESPAD vizsgálat magyarországi projektjének eredményei (Paksi 2000b) szintén a kannabisz-fogyasztás, és a szintetikus drogok használata közötti igen nagy átfedésre hívják fel a figyelmet. A 9-10 évfolyamos középiskolások országos reprezentatív mintáján belül gyakorlatilag nem azonosítható olyan populáció, aki csak, vagy dominánsan szintetikus szerezket, vagy azok valamelyikét használta volna az élete során. A szintetikus drogokkal próbálkozók többsége használt már életében valamilyen kannabisz-származékot, és magas közöttük az inhalánsokkal kísérletezők aránya is. A szintetikusdrog-használók többségének fogyasztási struktúrájában nem bír nagyobb jelentőséggel a szintetikus szerek egyike sem, mint az emellett használt, nem szintetikus drogok valamelyike.

Összességében tehát megállapíthatjuk, hogy hazánkban más európai országokhoz képest a tiltott drogok fogyasztása a felnőtt lakosság kisebb részét érinti. Különösen igaz ez a kannabisz-származékok esetében, amit európai átlagban a lakosság mintegy ötöde kipróbált már életében, nálunk viszont csak minden tizenhetedik felnőtt. Más szerek esetében kisebb a „lemaradásunk”, és különösen figyelmeztető jel, hogy a marihuána-fogyasztás hazánkban jóval kevésbé képez önálló fogyasztási típust, mint más országokban, nálunk a marihuána-használók több mint fele más drogokat is használ.



## DROGFOGYASZTÁSSAL KAPCSOLATOS ATTITÚDOK

A drogepidemiológia vizsgálatok elsődleges célja a droghasználat elterjedtségének vizsgálata, a veszélyeztetett társadalmi csoportok identifikálása. Hogy megtudjuk, hogy kik, milyen gyakorisággal, milyen módon használnak különféle drogokat. Ennek bemutatására törekedtünk az előző fejezetben. Szélesebb értelemben azonban ezek a vizsgálatok kiterjednek a lakossági attitűdállapotok vizsgálatára is, arra, hogy kik és hogyan gondolkodnak a különféle szerekről, fogyasztói magatartásokról, a társadalomban milyen kép él a drogokkal kapcsolatban.

A különböző társadalmi jelenségekkel kapcsolatos közgondolkodás megismerése a jelenségek értelmezésének, társadalmi és egyéni kezelésének egyik igen fontos eleme. Nem kevésbé, mint a probléma méretének, jellegének ismerete. Jelen van, illetve jelen kell, hogy legyen a különböző társadalmi problémákkal kapcsolatos jelenség-adekvát fogalomalkotás folyamatában, a hatékony társadalmi stratégiák kidolgozásában éppúgy, mint a probléma-adekvát individuális viszonyulások, kezelési eljárások során.

Az alábbiakban azt mutatjuk be, hogy miként vélekedik/nyilatkozik az ezredforduló Magyarországon a felnőtt lakosság drogfogyasztásról, a drogfogyasztókról, milyenek a drogproblémával, drogpolitikával kapcsolatos viszonyulásai. Az adatokat esetenként – ha mód van rá – mintegy generációs kontextusba helyezve, összevetjük fiatalokra (középiskolásokra) vonatkozó kutatási eredményekkel, illetve elhelyezzük a közgondolkodás más problémákra, illetve más társadalmakra jellemző mezőjében.

### A DROGFOGYASZTÁS VESZÉLYESSÉGÉNEK ÉRZÉKELÉSE<sup>50</sup>

A 18-65 év közötti magyar lakosság körében a különböző, biztosan droghasználati céllal fogyasztható szerek veszélyességének megítélésében gyakorlatilag nem jelentkeznek különbségek, a felnőtt társadalom igen kevésbé érzékeli a különböző szerek eltérő veszélyességét. A rendszeres használatot a marihuánától az ópiátokik rendre tízből kilenc válaszoló nagyon veszélyesnek ítéli (az egyes szerek esetében a válaszok aránya a 90%-os

---

<sup>50</sup> Vizsgálatunkban a megkérdezettek – az EMCDDA (1999) ajánlásainak, és az ESPAD (Hibell et al., 1997, 2000) standardoknak megfelelően - különböző szerek különböző gyakoriságú használatának (kipróbálás, rendszeres használat illetve esetenként alkalmi használat) veszélyességével kapcsolatos véleményüket négy fokozatú skálán fejezhették ki: 1 - nem veszélyes; 2 - kicsit veszélyes; 3 – közepesen veszélyes; 4 – nem veszélyes. (A kérdéssor megtalálható a mellékletben.)

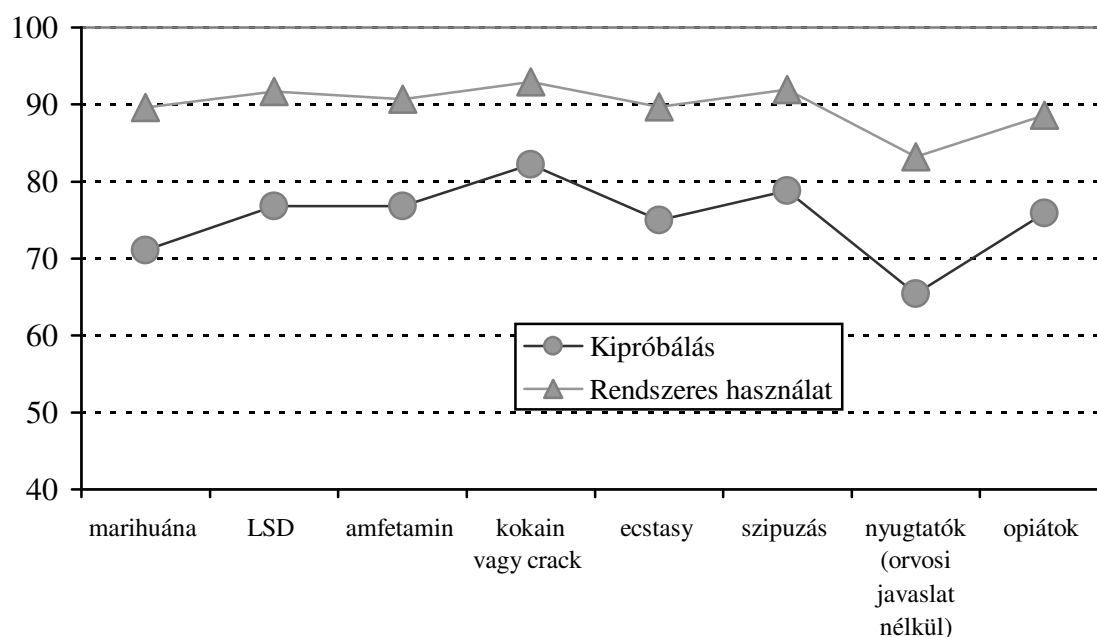
érték +/-2%-os környezetében található), s e tekintetben igen nagy társadalmi egyetértés figyelhető meg a felnőtt népességben (a válaszok skálapont-értékeinek átlagában jelentkező szórás nem éri el a 0,5-et). Valamelyest alacsonyabb veszélyészlelés, és némileg kisebb egyetértés mutatkozik a különböző szerek kipróbálásának megítélése tekintetében. Tíz válaszoló közül átlagosan hét-nyolc észleli a különböző drogok kipróbálását „nagyon veszélyes”-nek, s e válaszok aránya - a rendszeres használat esetében tapasztalt 4%-os sáv helyett - közel 10%-os sávban mozog (a válaszok átlagainak szórása is magasabb, 0,6-0,9. lásd M14. táblázat).

Más tiltott szerekhez viszonyítva valamelyest alacsonyabb veszélyészlelés mutatkozik a marihuánával kapcsolatban. (19. ábra, illetve a részletes adatok az M15. táblázatban)

A tiltott szerekről általában kialakult képbe illeszkedik az inhalánsok használata is, ugyanakkor - a másik legálisan hozzáférhető szercsoport – a nyugtatók orvosi rendelvény nélküli használatának veszélyességét a lakosság mintegy 10%-kal kisebb része érzékeli.

Összességében tehát egyrészt a felnőtt lakosság veszélyérzékelése a különböző szerek vonatkozásában kevésbé differenciált, a csak droghasználati céllal fogyasztható szerek (tiltott szerek és inhalánsok) megítélésében minimális különbségek mutatkoznak. Ettől csak a visszaélésszerű nyugtatóhasználat veszélyességének megítélése tér el, mely azonban - mint azt a későbbiekben látni fogjuk - a felnőtt népesség esetében a fogyasztás szintjén jelentősen elkülönül a droghasználó magatartástól. Bár a különböző szerek veszélyessége a felnőtt lakosság gondolkodásában meglehetősen „egybecsomósodik”, gondolkodásuk a különböző drogfogyasztó magatartásokkal kapcsolatban nem teljesen differenciálatlan, ugyanis a különböző gyakoriságú szerfogyasztások veszélyességének megítélésében – mint azt a két grafikon egymáshoz viszonyított helyzete mutatja - konzekvensen jelentkezik egyfajta, a rendszeres fogyasztást veszélyesebbnek tekintő -bár ugyan nem túl nagymértékű - különbségtétel.

19. ábra: A különböző drogfogyasztó magatartásokat „nagyon veszélyesnek” tartók aránya<sup>51</sup> (%) (a felnőtt válaszolók százalékában)



A drogfogyasztással kapcsolatos vélemények differenciálatlansága tükröződik a kérdéskörbe tartozó itemeken végzett KMO (Kaiser-Meyer-Olkin-féle) próba igen magas - 0,946 – értékében is, ami megerősíti azt, hogy a különböző szerekre és fogyasztási gyakoriságokra vonatkozó kérdések között igen magas redundancia mutatkozik. A drogfogyasztás veszélyeinek észlelésével kapcsolatos válaszok mögött mindössze két látens faktor rajzolódik ki, melyek együttesen a változók teljes varianciájának 84,77%-át magyarázzák. Az első - önmagában is 72,62%-os magyarázó erővel bíró - domináns mögöttes faktor fejezi ki a gyakorlatilag teljesen differenciálatlan veszélyérzékelést. A második faktor magyarázó ereje messze elmarad ettől, mindössze 12,15%, s tartalmában a különböző gyakoriságú szerfogyasztások közötti különbségtételt fejezi ki. A változókon végzett faktoranalízis eredményei (19. táblázat) – a véleményekben jelentkező redundancia, a két faktor egymáshoz viszonyított magyarázó ereje, és a faktorok struktúrája – összességében tehát megerősítik azt, hogy a különböző drogok, és használati gyakoriságok veszélyeivel

<sup>51</sup> A már leírt négyfokozatú skála 4-es értékét választók arányai találhatóak a táblázatban. A „nem tudom válaszok” aránya többnyire 4-5% körüli.

kapcsolatos társadalmi gondolkodást döntően egy mögöttes szervezőerő, a differenciálatlan veszélypercepció vezérli.<sup>52</sup>

19. táblázat: A különböző droghasználatok veszélyességével kapcsolatos kérdéseken végzett főkomponens analízis komponens mátrixa

|                                   | 1. KOMPONENS | 2. KOMPONENS |
|-----------------------------------|--------------|--------------|
| MARIHUÁNA KIPRÓBÁLÁSA             | 0,701        | 0,445        |
| MARIHUÁNA ALKALMI FOGYASZTÁSA     | 0,791        | 0,274        |
| MARIHUÁNA RENDSZERES FOGYASZTÁSA  | 0,875        | -0,222       |
| LSD KIPRÓBÁLÁSA                   | 0,841        | 0,385        |
| LSD RENDSZERES FOGYASZTÁSA        | 0,893        | -0,365       |
| AMFETAMIN KIPRÓBÁLÁSA             | 0,858        | 0,378        |
| AMFETAMIN RENDSZERES FOGYASZTÁSA  | 0,889        | -0,357       |
| KOKAIN KIPRÓBÁLÁSA                | 0,877        | 0,220        |
| KOKAIN RENDSZERES FOGYASZTÁSA     | 0,881        | -0,425       |
| ECSTASY KIPRÓBÁLÁSA               | 0,844        | 0,406        |
| ECSTASY RENDSZERES FOGYASZTÁSA    | 0,895        | -0,335       |
| INHALÁNSOK KIPRÓBÁLÁSA            | 0,828        | 0,258        |
| INHALÁNSOK RENDSZERES FOGYASZTÁSA | 0,877        | -0,389       |
| OPIÁTOK KIPRÓBÁLÁSA               | 0,839        | 0,296        |
| OPIÁTOK RENDSZERES FOGYASZTÁSA    | 0,873        | -0,369       |

A dohányzás és az alkoholfogyasztás lakossági veszélyesség-érzékelésével összehasonlítva a drogokkal kapcsolatos lakossági attitűdöket, a nyugtatók vonatkozásában megfogalmazottak élesednek fel. Míg a tiltott drogok/inhalánsok kipróbálását a felnőtt népesség 70-80%-a, a legkevésbé veszélyesnek tartott tiltott drog, a marihuána alkalmi használatát pedig 78%-a véli nagyon veszélyesnek, addig a „napi egy-két ital elfogyasztása” esetén ez az arány csak 22%, az alkalmi dohányzás vonatkozásában pedig mindössze 8,5%. A mennyiség, illetve a gyakoriság alapján való különbségtétel az alkoholfogyasztás és a dohányzás esetében jóval markánsabban jelentkezik, mint a tiltott szerekénél, bár így sem éri el a rendszeres használat veszélyesség-érzékelése a drogokét. A rendszeres dohányzást a lakosság kétharmada, illetve az időnként (hétvégenként) nagy mennyiségű alkoholfogyasztást a lakosság fele tartja nagyon veszélyesnek.<sup>53</sup> Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy az alkoholfogyasztás és a

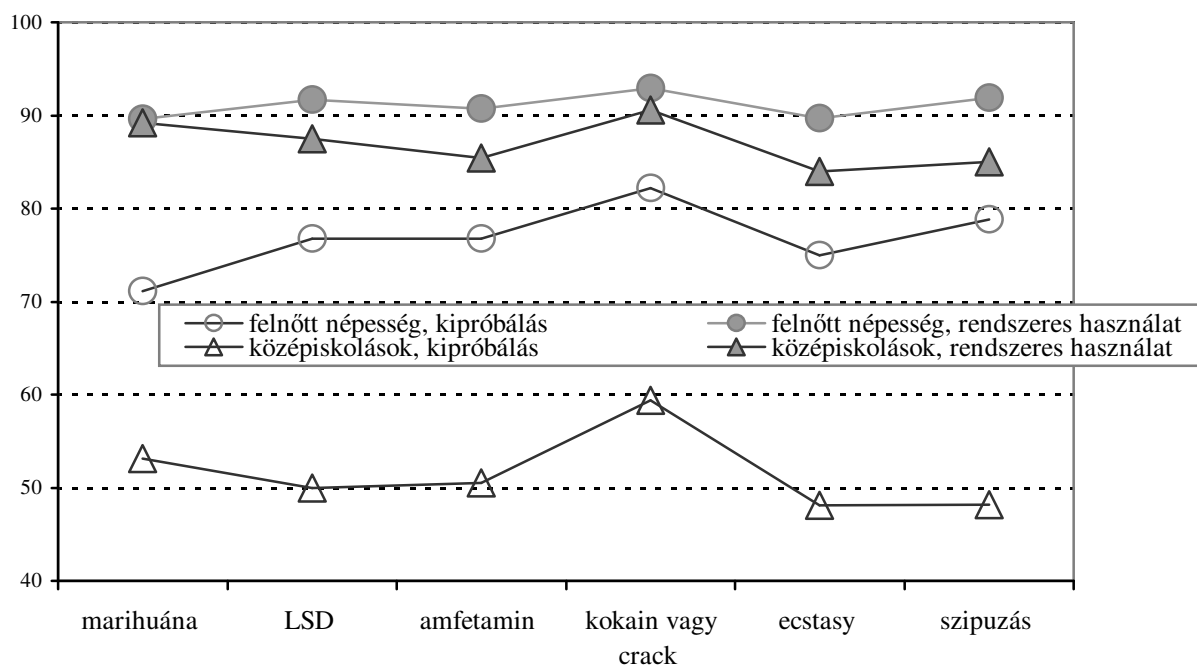
<sup>52</sup> A veszélyészleléssel kapcsolatos kérdésekből a későbbi elemzések céljából – a fenti főkomponens elemzés alapján – egy, a drogfogyasztás érzékelt veszélyeinek intenzitását kifejező „veszélyesség-index”-szet hoztunk létre. Az index relatív veszélyérzetet fejez ki. Átlagértéke 0, szórása 1.

<sup>53</sup> A részletes adatokat lásd a M15. táblázatban.

dohányzás veszélyességével kapcsolatos társadalmi gondolkodás a tiltott szerek többségéről való gondolkodáshoz képest kevésbé egységes. (A 4 fokú skálán adott válaszok átlagos szórása 0,8 és 1 között mozog.)

Fiatal – középiskolás - populáción végzett hazai vizsgálati eredményekkel (Elekes-Paksi, 1999, 2000a; Paksi, 2001) összehasonlítva, elsősorban a használat rendszeressége szerint történő differenciálásban jelentkezik különbség a fiatalok és a felnőtt népesség veszélyesség-percepciója között. (20. ábra) Ez az eltérés oly módon jelenik meg, hogy a rendszeres fogyasztást a középiskolások is hasonlóan veszélyesnek tartották 1999-ben, mint 2001-ben a felnőtt népesség, azonban a kipróbálást – a kokain kivételével – csak minden második diák tartotta nagyon veszélyesnek, szemben a felnőtt népesség körében átlagosan minden hetedik-nyolcadik válaszolóban meglévő nagyfokú veszélyérzettel szemben.<sup>54</sup>

20. ábra: A különböző drogfogyasztó magatartásokat „nagyon veszélyesnek” tartók aránya a felnőtt népesség, valamint a középiskolások<sup>55</sup> körében (%)



<sup>54</sup> A fiataloknak a kipróbálással kapcsolatos kisebb veszélyérzetének értelmezése kapcsán meg kell jegyeznünk, hogy az ESPAD vizsgálatok más országokra vonatkozó adatainak (Hibell et al, 2000) kontextusában a magyarországi 16 éves középiskolások veszélyérzete 1999-ben –az ecstasy megítélést kivéve - meghaladta az európai átlagot.

<sup>55</sup> 1999-ben a középiskolások országos mintáján készült ESPAD felvétel 16 évesekre vonatkoztatott értékei. (Elekes-Paksi, 1999)

## A DROGFOGYASZTÓK MEGÍTÉLÉSE

### *Különböző fogyasztói magatartások helytelenítésének mértéke*<sup>56</sup>

A drogfogyasztók megítélésében, a különböző fogyasztói magatartásoknak a „nem helytelenítem” – „helytelenítem” skálán való elhelyezésében a társadalom gondolkodása gyakorlatilag leképezi a fogyasztás veszélyességével kapcsolatos percepciókat. (21. ábra) Hasonlóan csak igen kismértékű differenciálás tapasztalható, mind a különböző szerek, mind az eltérő fogyasztási gyakoriságok tekintetében. A biztosan droghasználati céllal fogyasztható szerek kipróbálását általában a felnőtt lakosság több mint kilencven százaléka helyteleníti, s e tekintetben az egyes szerek között gyakorlatilag nem találhatók különbségek, mindössze a marihuána esetében megy a kipróbálást helytelenítők aránya valamelyest 90% alá (21. ábra). Ezen belül a „nagyon helytelenítem” vélemények aránya - a marihuánától eltekintve - 68-72% közötti sávban mozog. A tiltott szerek közül – szintén a veszélyesség észleléshez hasonlóan – a marihuána kipróbálásával szemben fogalmazódik meg a legkevésbé helytelenítő vélekedés, de a különbségek minimálisak.<sup>57</sup>

A különböző fogyasztói magatartások helytelenítésének differenciálatlansága tükröződik a kérdéskörbe tartozó itemeken végzett KMO (Kaiser-Meyer-Olkin-féle) próba igen magas - 0,946 – értékében is, ami megerősíti azt, hogy ha a különböző szerek kipróbálásának megítélésével kapcsolatos kérdések között – a veszélyészleléssel kapcsolatos kérdésekkel megegyező mértékű - igen magas redundancia mutatkozik. A drogfogyasztás helytelenítésével kapcsolatos válaszok mögött mindössze egy, igen erőteljes – 83,92%-os magyarázó erejű - látens faktor rajzolódik ki, mely tartalmában a gyakorlatilag teljesen differenciálatlan véleményalkotást jeleníti meg.<sup>58</sup>

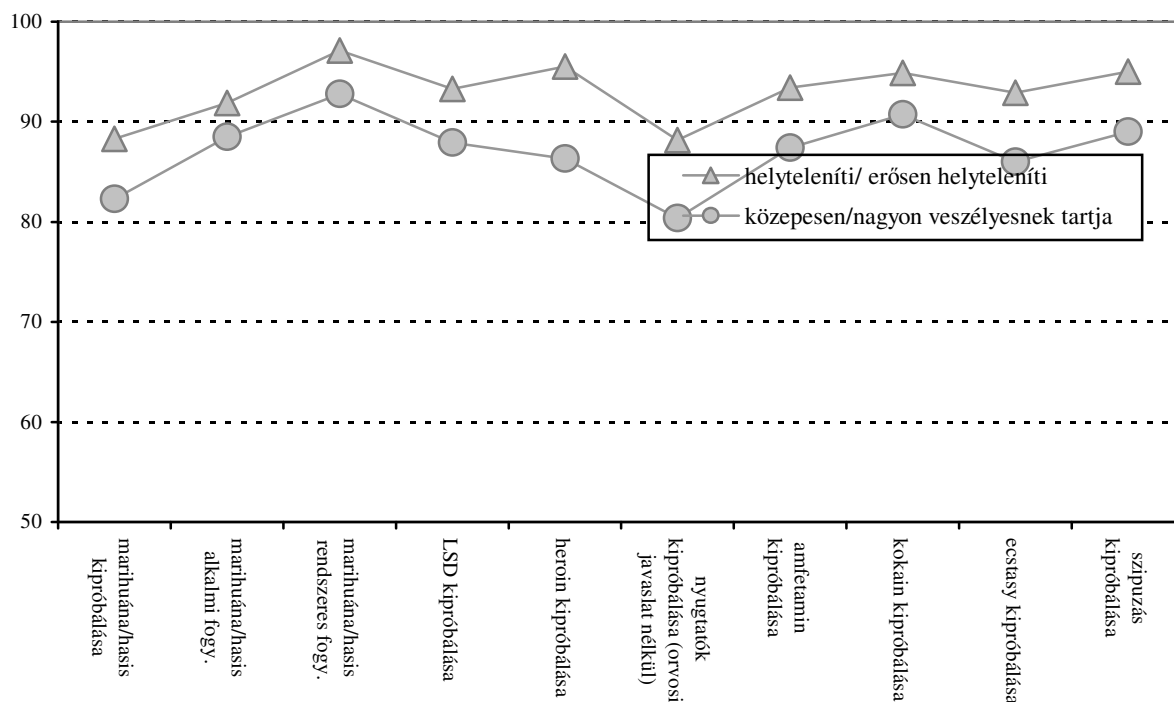
---

<sup>56</sup> A megkérdezettek a különböző szerek kipróbálói, illetve a marihuána esetén alkalmi és rendszeres használói magatartásaival kapcsolatban – az EMCDDA (1999) ajánlásainak, valamint az ESPAD (Hibell et. al., 2000) standardjainak megfelelően - háromfokozatú skálán fejezték ki véleményüket: 1 – nem helyteleníti; 2 - helyteleníti; 3 – erősen helyteleníti.

<sup>57</sup> A részletes adatok az M16. táblázatban találhatóak.

<sup>58</sup> A későbbi elemzések céljából - a helytelenítéssel kapcsolatos kérdéseket – főkomponens elemzés segítségével - egy, a drogfogyasztó magatartás helytelenítésének az intenzitását kifejező indexszé alakítottuk. Az index relatív helytelenítést fejez ki. Átlagértéke 0, szórása 1. (A faktormátrix az M17. táblázatban található.)

21. ábra: A különböző fogyasztói magatartásokat „helytelenítők” illetve „erősen helytelenítők”, valamint a „közepesen veszélyesnek”, illetve „nagyon veszélyesnek” ítéltők aránya (%)

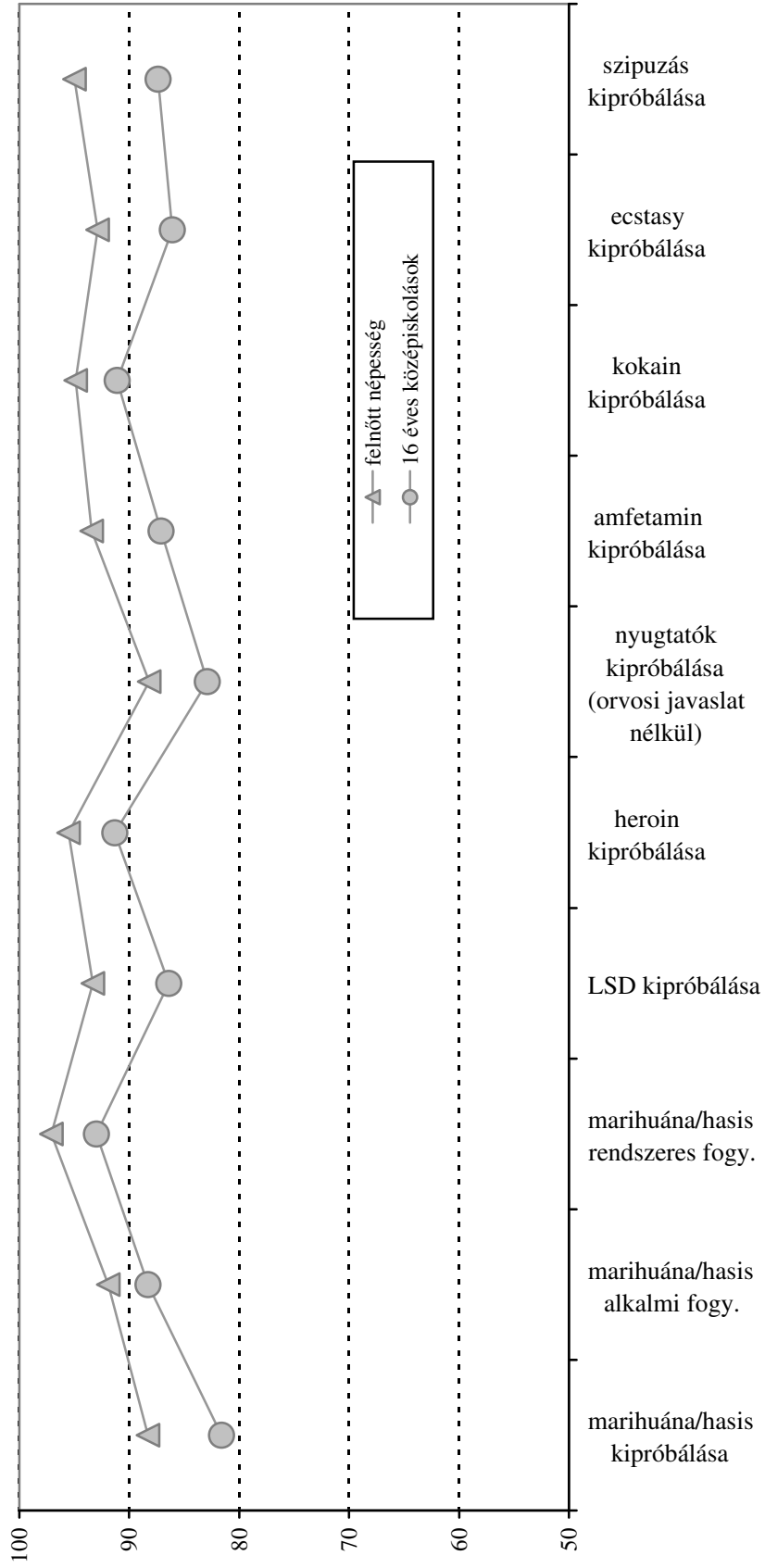


A „nem tudom válaszok” aránya mindkét kérdéssor esetében többnyire 4-5% körüli.

Adatainkat a fiatal – középiskolás - populáción végzett hazai vizsgálati eredményekkel (Elekes-Paksi, 1999, 2000a) összehasonlítva (22. ábra) ismételtén azt tapasztaljuk, hogy a görbék alakja meglehetősen hasonló, sőt, jelen esetben a két görbe távolsága is igen kicsi, azaz a felnőtt népesség drogfogyasztó magatartások helytelenítésével kapcsolatos vélekedései 2001 tavaszán gyakorlatilag megegyeznek a fiatalok 1999-es vélekedéseivel. Ugyanakkor, míg a kipróbálói magatartással kapcsolatosan a középiskolások percepcióihoz képest a felnőttek részéről egy nagyobb mértékű veszélyesség-érzékelés volt megfigyelhető, ez a különbség a kipróbálás helytelenítésében nem jelentkezik. Azaz – az 21. és a 22. ábránk alapján - azt kell mondanunk, hogy a felnőtt népesség „helytelenítő” beállítódása a fogyasztás veszélyeivel kapcsolatos vélekedéseken alapul, ami a fiatalok gondolkodására 1999-ben nem volt jellemző.<sup>59</sup>

<sup>59</sup> Megjegyezzük, hogy az ESPAD vizsgálatok más országokra vonatkozó adatainak (Hibell et al. 2000) kontextusában a magyarországi 16 éves középiskolások különböző fogyasztói magatartásokkal szembeni vélekedése, helytelenítése 1999-ben rendre meghaladta az európai átlagot.

22. ábra: A különböző fogyasztói magatartásokat „helytelenítők” és „erősen helytelenítők” aránya a felnőtt népességben és a középiskolások körében (%)





### *A drogfüggők megítélése<sup>60</sup>*

Annak ellenére, hogy a drogfogyasztást a lakosság több mint kilencven százaléka „helyteleníti”, és közel 70 százaléka „erősen helyteleníti” bármilyen tiltott drog vagy inhaláns fogyasztását, a drogfüggőket a válaszolók kétharmada „inkább betegnek” tartja, s másik egyhatoda szerint pedig „bűnözőnek és betegnek egyaránt” tekinthetők. Ezzel szemben csak minden ötvenedik válaszoló gondolja úgy, hogy a drogfüggők inkább bűnözők. (20. táblázat)

20. táblázat: A „Véleménye szerint minek tekinthető inkább egy drogfüggő?” – kérdésre adott válaszok eloszlása (a válaszolók százalékában, N=2190)

|                              | %    |
|------------------------------|------|
| INKÁBB BŰNÖZŐNEK             | 2,1  |
| INKÁBB BETEGNEK              | 67,5 |
| SEM BŰNÖZŐNEK, SEM BETEGNEK  | 4,7  |
| BŰNÖZŐ ÉS BETEG IS EGYSZERRE | 15,8 |
| NEM TUDJA                    | 9,9  |

### *A drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök más társadalmi csoportokkal kapcsolatos vélekedések kontextusában*

A kutatás eredményei alapján azt mondhatjuk, hogy a különböző társadalmi csoportok (cigányok, börtönviseltek, alkoholisták, homoszexuálisok, stb.) kontextusában a kábítószerfogyasztók képezik a legkevésbé tolerált társadalmi csoportot az ezredforduló Magyarországon. (21. táblázat) A felnőtt lakosság több mint négyötöde (83,3%-a) negatívan viszonyul a kábítószeresekhez a szomszédsági viszony lehetőségének felmerülése esetén, s több mint fele egyértelműen ellenezné azt. Nem sokkal kisebb a másik szenvedélyszer-használó csoport, az „iszákosok” elutasítása, azonban az elutasítás velük szemben kevésbé egyértelmű (egyértelműen ellenzők aránya a kábítószeresek esetén 56,4%, az „iszákosok” esetén pedig 44,3%). A sorrendben a harmadik helyre került leginkább elutasított csoporthoz tartozók – a homoszexuális személyek – esetében már a

<sup>60</sup> A kérdést az EMCDDA (1999) ajánlásainak megfelelően kérdeztük. (Lásd a mellékelt kérdőívben.)

drogfogyasztókhöz képest 20%-kal kisebb az utasítók tábora, s pl. a börtönviselt szomszédságától csak kevesebb mint feleannyian zárkóznak el egyértelműen.

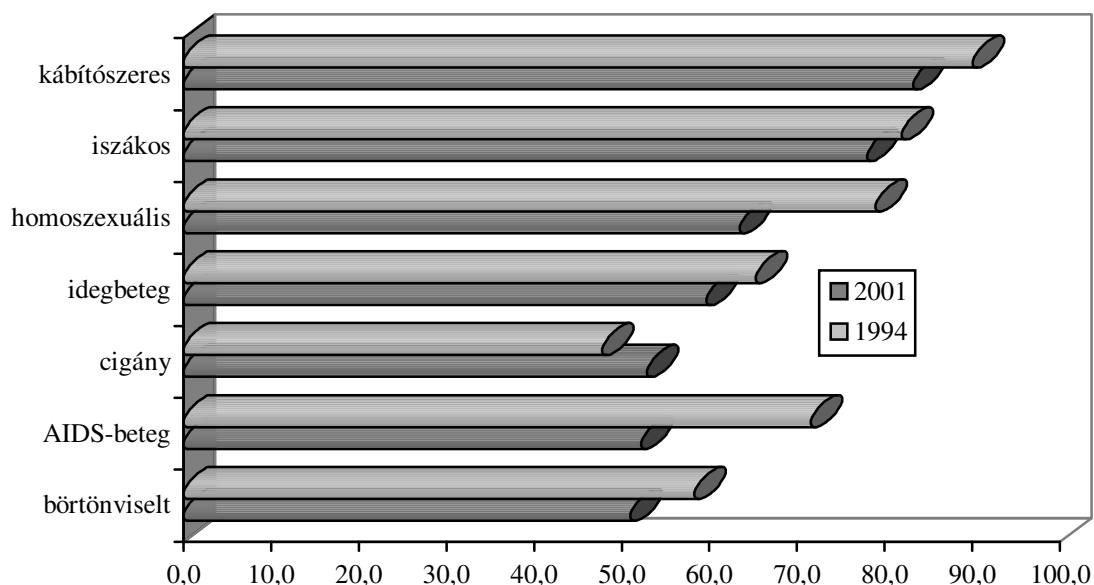
21. táblázat: Az „Ön mennyire látna szívesen a szomszédságában olyan személyt, aki...” – kérdésre adott elutasító válaszok aránya (a válaszolók százalékában)

| társadalmi csoport  | INKÁBB<br>NEM | ELLENEZNÉ | ELUTASÍTÓ VÁLASZOK<br>ÖSSZESEN |
|---|---------------|-----------|--------------------------------|
| KÁBÍTÓSZERES  | 26,9          | 56,4      | 83,3                           |
| ISZÁKOS   | 33,7          | 44,3      | 78,0                           |
| HOMOSZEXUÁLIS   | 19,7          | 43,8      | 63,5                           |
| OLYAN SZEMÉLY, AKI IDEG- VAGY<br>ELMEORVOSI KEZELÉS ALATT ÁLL | 31,3          | 28,4      | 59,7                           |
| CIGÁNY SZÁRMAZÁSÚ   | 23,1          | 29,8      | 52,9                           |
| AIDS-BETEG  | 22,0          | 30,2      | 52,2                           |
| BÖRTÖNVISELT  | 23,7          | 27,3      | 51,0                           |
| KÜLFÖLDRŐL IDE MENEKÜLT,<br>BETELEPÜLT                        | 14,7          | 9,7       | 24,4                           |
| SZÍNES BŐRŰ   | 12,9          | 10,4      | 23,3                           |
| NAGYCSALÁDOS  | 4,8           | 2,0       | 6,8                            |
| ZSIDÓ SZÁRMAZÁSÚ  | 3,6           | 3,2       | 6,8                            |
| LEÁNYANYA   | 2,3           | 1,3       | 3,6                            |
| EGYETEMISTA   | 0,8           | 0,8       | 1,6                            |

Egy 1994-ben, felnőtt népesség körében készült toleranciavizsgálat (Gyenei, 1997) adataival való összehasonlítás alapján azt láthatjuk, hogy az évezred utolsó éveiben a leginkább elítélt hét csoport átlagos elutasítása valamelyest mérséklődött (elutasítók átlagos aránya 1994-ben 70,6%, 2001-ben pedig 62,9%), s valamelyest átrendeződés is megfigyelhető a különböző elítélés alá eső társadalmi csoportok közvetlen közelségének elutasításában.<sup>61</sup> Mindazonáltal hét évvel korábban, és ma is a kábítószer-fogyasztókkal szembeni kirekesztés a legnagyobb mértékű, s bár elutasításuk 7%-kal (tehát majdnem átlagos mértékben) csökkent, ezen belül a szomszédsági viszonyt egyértelműen ellenzők aránya mindössze 1,5%-kal mérséklődött. (23. ábra)

<sup>61</sup> A homoszexuálisokkal és az AIDS-betegekkel szemben kirekesztő lakossági vélemények aránya a vizsgált periódusban 15-20%-kal csökkent, mely változások további elemzése fontos tanulsággal szolgálhat a társadalmi elítélés alá eső társadalmi csoportokkal szembeni ítéletek/előítéletek lebontását megcélzó társadalmi beavatkozások, folyamatok megismerése szempontjából.

23. ábra: Néhány leginkább társadalmi elítélés alá eső csoport szomszédként való elutasítása (a válaszolók %-ában) 1994-ben és 2001-ben



## DROGPOLITIKÁVAL KAPCSOLATOS VÉLEMÉNYEK

### *Társadalmi ráfordítások szükségessége*

A nagyfokú veszélyészleléssel, az erős félelmekkel tulajdonképpen összhangban, a felnőtt népesség négyötöde úgy ítéli, hogy a társadalomnak „többet”, vagy „sokkal többet” kellene költeni a drogproblémák megelőzésére, mérséklésére. Majdnem annyian vélekednek így, mint a bűnözéssel kapcsolatosan. Sőt, a „sokkal többet kellene költeni” válaszok aránya a vizsgált négy társadalmi probléma közül itt a legmagasabb, jelentősen megelőzve olyan, epidémiájában jóval kiterjedtebb jelenségek mérséklését szükségesnek tartó vélemények arányát, mint az alkoholizmus vagy a dohányzás. (22. táblázat)

22. táblázat: „Mennyit kellene a társadalomnak költeni az alábbi problémák megelőzésére, mérséklésére?” (a válaszolók százalékában)

| TÁRSADALMI PROBLÉMA   | TÖBBET VAGY SOKKAL TÖBBET | SOKKAL TÖBBET |
|-----------------------|---------------------------|---------------|
| BŰNÖZÉS               | 88,2                      | 48,2          |
| KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS | 80,7                      | 51,4          |
| ALKOHOLIZMUS          | 65,7                      | 27,1          |
| DOHÁNYZÁS             | 53,6                      | 22,2          |

### *Lehetséges beavatkozási módok megítélése*

A kábítószer-fogyasztás csökkentésének – mint a fentiekben láthattuk, a lakossági vélemények alapján igen sürgetett - lehetséges módjai közül a válaszolók közel háromnegyede a kereskedők szigorúbb büntetését tartja leginkább követendőnek. Ettől messze elmaradva a további leggyakoribb válaszok: a „megelőzés javítása” (37,9%), a „közösségek szerepének növelése” (28,6%), illetve a „rendőrség munkájának javítása” (26%). Ugyanakkor a „fogyasztók szigorúbb büntetését” mindössze minden hatodik válaszoló említette. (23. táblázat)

23. táblázat: A kábítószer-fogyasztás csökkentésének leginkább követendőnek tartott útjai<sup>62</sup>

| A DROGFOGYASZTÁS CSÖKKENTÉSÉNEK MÓDJA        | A VÁLASZOK SZÁZALÉKÁBAN<br>(VÁLASZOK SZÁMA: 4643) | A VÁLASZOLÓK SZÁZALÉKÁBAN<br>(N=2367) |
|--|---|---------------------------------------|
| A KERESKEDŐK SZIGORÚBB BÜNTETÉSE             | 36,0  | 71,5                                  |
| A FOGYASZTÓK SZIGORÚBB BÜNTETÉSE             | 8,3   | 16,4                                  |
| A RENDŐRSÉG MUNKÁJÁNAK JAVÍTÁSA              | 13,1  | 26,0                                  |
| MEGELŐZÉS JAVÍTÁSA                           | 19,1  | 37,9                                  |
| EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK MUNKÁJÁNAK JAVÍTÁSA | 8,3   | 16,4                                  |
| KÖZÖSSÉGEK SZEREPÉNEK NÖVELÉSE               | 14,4  | 28,6                                  |
| SEMMIT NEM KELL TENNI                        | 0,1   | 0,2                                   |
| EGYÉB  | 0,9   | 1,7                                   |

### *Represszív drogpolitikával kapcsolatos vélemények<sup>63</sup>*

A felnőtt népesség különböző szerek vonatkozásában megjelenő veszélyészlelésének alacsony szintű differenciáltságával összhangban, a THC hatóanyagú szerek és a heroin közötti drogpolitikai különbségtétel is igen alacsony szinten fogalmazódik meg a lakosságban. (24. táblázat) A túlnyomó többség „helyteleníti”, vagy „nagyértékben nem ért egyet” mind a hasis vagy marihuána (85,9%), mind a heroin fogyasztásának (96,6%)

<sup>62</sup> A megkérdezettek a felsorolt lehetőségek közül kettőt jelölhettek meg.

<sup>63</sup> A kérdést az EMCDDA (1999) ajánlásoknak megfelelően kérdeztük. (Lásd a melléklet kérdőívben.)

„megengedésével”, bár a marihuána fogyasztással kapcsolatban valamelyest megengedőbb a hozzáállás.

24. táblázat: A megengedő drogpolitikával kapcsolatos válaszok eloszlása (a válaszolók százalékában)

|                             | „MEG KELLENE ENGEDNI AZ<br>EMBEREKNEK, HOGY HASIST VAGY<br>MARIHUÁNÁT FOGYASSZANAK” | „MEG KELLENE ENGEDNI AZ<br>EMBEREKNEK, HOGY HEROINT<br>FOGYASSZANAK” |
|-----------------------------|---|--|
| TELJESEN EGYETÉRT           | 1,8   | 0,7  |
| NAGYMÉRTÉKBEN EGYETÉRT      | 1,8   | 0,4  |
| EGYET IS ÉRT, MEG NEM IS    | 10,5  | 2,4  |
| NAGYMÉRTÉKBEN NEM ÉRT EGYET | 9,5   | 6,8  |
| TELJESEN HELYTELENÍTI       | 76,4  | 89,8   |

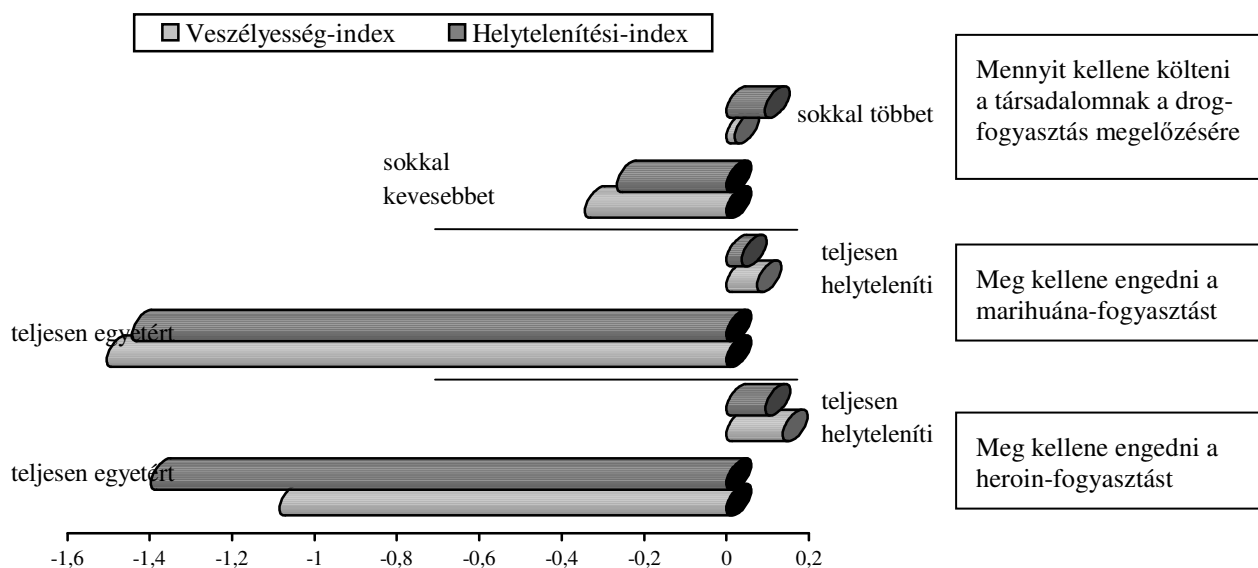
#### A KÜLÖNBÖZŐ ATTITÚDJELZŐ MUTATÓK ÖSSZEFÜGGÉSE

Mint azt a megfelelő fejezetekben leírtuk, a veszélyészleléssel kapcsolatos, illetve a fogyasztói magatartás helytelenítésére vonatkozó kérdések alapján – főkomponens elemzés segítségével - egy-egy, a drogfogyasztás érzékelt veszélyeinek, illetve a drogfogyasztó magatartás helytelenítésének intenzitását kifejező indexet hoztunk létre.<sup>64</sup> A következőkben megvizsgáltuk a veszélyesség-index, illetve a helytelenítési-index alakulását más attitűdkérdésekre adott válaszok függvényében. A 24. ábrán egyrészt látható a veszélyesség-index és a helytelenítési-index más attitűdkérdések mentén való együtt mozgása. Másrészt megfigyelhetjük azt, hogy a különböző, drogpolitikával kapcsolatos kérdésekre adott válaszok szélső értékei markánsan eltérő intenzitású veszély-észleléssel, illetve helytelenítéssel járnak együtt. Az összefüggések nem csak a szélső értékek vonatkozásában, de az egyes kérdésekre adott válaszok teljes tartományán is rendre szignifikánsak,<sup>65</sup> s tendenciájukban a szélső értékekben megjelenő – a 24. ábrán bemutatott - összefüggést képezik le.

<sup>64</sup> Az indexek relatív veszélyérzetet, illetve helytelenítést fejeznek ki. Átlagértékük 0, szórásuk 1.

<sup>65</sup> Marihuána-, illetve heroin-fogyasztással kapcsolatos represszív politikára vonatkozó kérdéseknél mindkét index esetében  $p < 0,0001$ , a társadalmi ráfordítások növelésével kapcsolatos kérdés esetében pedig  $p = 0,015$  illetve  $p < 0,0001$ . (M18. táblázat)

24. ábra: A veszélyesség-index és a helytelenítési-index átlagos nagysága más attitűdkérdések szélső értékeit választók esetében



Ez a tendencia mindössze a drogfüggők megítélése tekintetében tér el. Aholis azok, akik a drogfüggőt betegnek tekintik, elsősorban a fogyasztás veszélyeit érzékelik az átlagnál fokozottabban, míg azok esetében, akik szerint a függő „bűnöző és beteg is egyszerre”, inkább a fogyasztás átlagosnál nagyobb helytelenítése jelenik meg. Ugyanakkor az „inkább bűnöző”, illetve egyik sem (kis számosságban megjelenő) vélemények mögött az átlagosnál alacsonyabb veszélyszlesés, és kisebb mértékű helytelenítés húzódik meg.

#### AZ ATTITŰDÁLLAPOTOK KAPCSOLATA A KÜLÖNBÖZŐ FOGYASZTÓI MAGATARTÁSOKKAL

##### *A droggal kapcsolatos vélemények viszonya a drogfogyasztással*

A drogproblémához való viszonyulás legtöbb indikátora mentén a liberálisabb hozzáállást mutatók körében az átlagosnál magasabb a drogkipróbálók aránya, illetve (vagy) a drogkipróbálókra az átlagosnál liberálisabb szemlélete jellemző.

- A marihuána-fogyasztással kapcsolatos restriktív drogpolitika elutasítása, a drogfüggő betegként, illetve a kábítószer-fogyasztó szomszédként való elfogadása szignifikánsan magasabb marihuána/hasis, illetve általában tiltott drog-fogyasztással jár együtt.

25. táblázat: A marihuána/hasis, illetőleg a tiltott drogok összesített prevalencia értékei (%) a különböző attitűdmutatók liberális viszonyulást kifejező értékei

| ATTITŰDKÉRDÉSEK <sup>66</sup>   | THC                 |            | TILTOTT DROG      |            |
|---|---------------------|------------|-------------------|------------|
|   | ÉLETPREV.           | ÉVES PREV. | ÉLETPREV.         | ÉVES PREV. |
| a drogfogyasztó inkább betegnek tekinthető                                      | 6,2 <sup>67</sup>   | 2,3        | 6,9 <sup>68</sup> | 2,5        |
| MEG KELLENE ENGEDNI A MARIHUÁNA-FOGYASZTÁST (EGYETÉRT / NAGYMÉRTÉKBEN EGYETÉRT) | 40,0 <sup>*69</sup> | 23,7*      | 43,2*             | 26,0*      |
| MEG KELLENE ENGEDNI A HEROIN-FOGYASZTÁST (EGYETÉRT / NAGYMÉRTÉKBEN EGYETÉRT)    | 9,5                 | 4,5        | 15,0              | 4,8        |
| DROGFOGYASZTÓT SZOMSZÉDJAKÉNT NEM KIFOGÁSOLNÁ / SZÍVESEN LÁTNÁ                  | 15,4*               | 9,2*       | 16,4*             | 10,3*      |
| TÖBBET / SOKKAL TÖBBET KELLENE KÖLTENI A DROGFOGYASZTÁS MEGELŐZÉSÉRE            | 5,7                 | 2,2        | 6,4               | 2,3        |
| POPULÁCIÓS ÁTLAG  | 7,7                 | 2,3        | 6,4               | 2,5        |

- Hasonlóképpen a marihuánát, vagy valamilyen tiltott drogot fogyasztók körében a nemfogyasztókhoz képest szignifikánsan<sup>70</sup> kisebb a drogfogyasztás észlelt veszélyeit kifejező, illetve a drogfogyasztás helytelenítésének intenzitását jelző indexek nagysága.

<sup>66</sup> Az egyes attitűdkérdéseket az elemzéshez dichotomizáltuk. A prevalencia számításához figyelembe vett válaszok az egyes kérdéseknél szerepelnek a táblázatban.

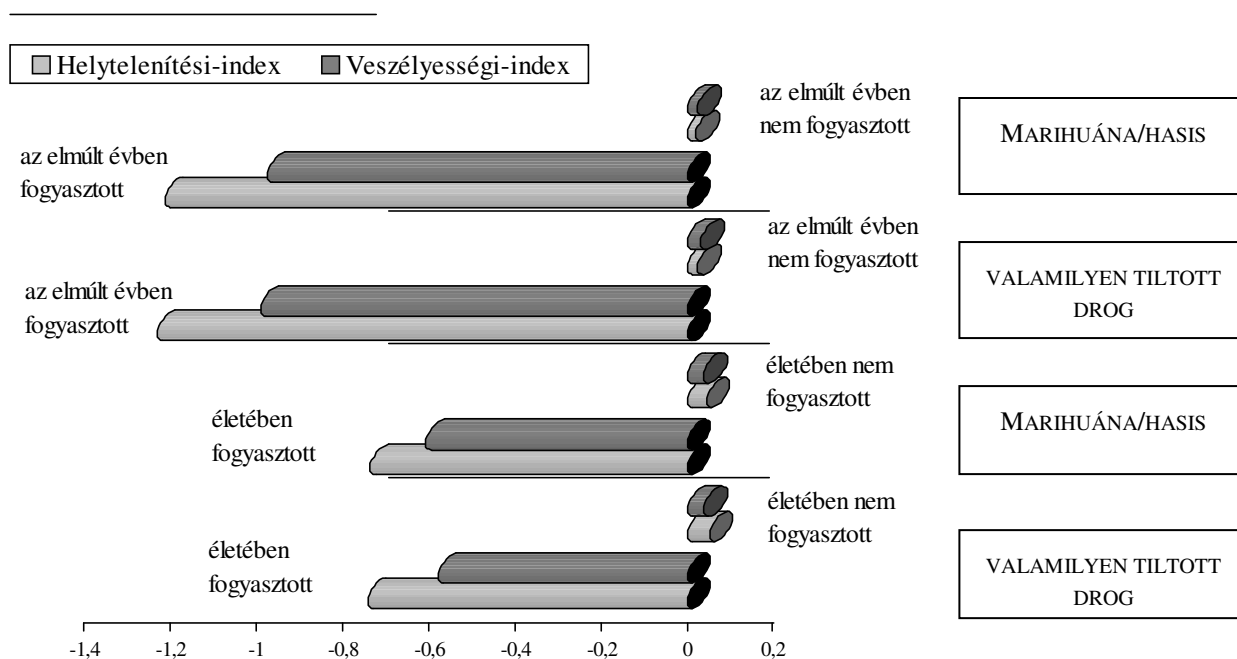
<sup>67</sup>  $p=0,075$

<sup>68</sup>  $p=0,059$

<sup>69</sup> A \*-gal jelzett esetekben  $p<0,0001$ . Azokban az esetekben, ahol „p” értéket nem közöltünk, ott a kapcsolat nem szignifikáns, azaz  $p>0,1$ .

<sup>70</sup> Minden esetben  $p<0,0001$ .

25. ábra: A veszélyesség-index és a helytelenítési-index átlagos nagysága az életük során, illetve az elmúlt évben fogyasztók körében



- Ugyanakkor – mint a 24. táblázatban láthattuk - gyakorlatilag nem mutatkozott összefüggés a heroin-fogyasztás tiltásával, valamint a társadalmi ráfordítások szükségességével kapcsolatos vélemények és a droghasználat között. Azonban míg az első esetben a szignifikáns összefüggés hiánya a társadalom egységes prohibicionista szemléletével, azaz az „ellentábor” alacsony arányával magyarázható, addig az utóbbi esetben a nagyobb ráfordításokat szükségesnek tartók körében a drogfogyasztás prevalencia értékei átlagosnak mondhatók, tehát azt mondhatjuk, hogy a drogfogyasztás megelőzése érdekében a társadalmi ráfordítások növelésének igénye független a drogérinthettségétől.

Mint láthattuk, a drogfogyasztás és az attitűdök kapcsolata többnyire – a drogfüggés betegségként való elfogadása kivételével, ahol csak a „leállt” fogyasztók esetében tapasztaltunk nagyobb elfogadást - megjelenik az éves, és az életprevalenciák szintjén is,<sup>71</sup> tehát nem csak azok viszonyulnak aktuálisan – az átlag felnőtt népességhez képest – relatíve liberálisabban a drogfogyasztókhoz, drogfogyasztáshoz,

<sup>71</sup> A kapcsolat léte a vizsgálat módjából – keresztmetszeti vizsgálat – következően nem ad lehetőséget a kapcsolat irányának megállapítására, azaz annak eldöntésére, hogy a drogfogyasztás tényéből következik-e a liberálisabb hozzáállás, vagy a liberálisabb hozzáállás eredményez nagyobb kitettséget.



akik jelenleg használnak valamilyen szert, hanem azok is, akik már nem aktív droghasználók.

***A droggal kapcsolatos vélemények viszonya a dohányzással és az alkoholfogyasztással***

Az alkoholfogyasztás éves prevalencia értéke a vizsgált attitűdkérdések mintegy felével mutat kapcsolatot (26. táblázat). Azok, akik az elmúlt évben fogyasztottak alkoholt, szignifikánsan nagyobb arányban vélekednek úgy, hogy a társadalomnak „többet”, vagy „sokkal többet” kellene fordítani a drogfogyasztás megelőzésére, toleránsabbak a drogfogyasztóval való szomszédsági kapcsolat esetén, valamint tendenciájában liberálisabb álláspontot képviselnek a marihuána/hasis fogyasztás törvényi tiltásával kapcsolatban, továbbá körükben tendencia jelleggel kisebb a drogfogyasztó magatartás helytelenítése ( $p=0,067$ ).

A dohányzók esetében csak az utóbbi két viszonyulás – a THC fogyasztás dekriminalizálása, illetve a drogfogyasztás helytelenítése – mentén jelentkezik megengedőbb hozzáállás (26. táblázat). A marihuánával/hasissal kapcsolatos restriktív politika vonatkozásában nagyon határozott a kapcsolat, s a helytelenítési-index átlagértékei is szignifikánsan alacsonyabbak, a mind az aktuálisan, mind a valaha dohányzók körében ( $p=0,002$ , illetve  $0,015$ ).

*26. táblázat: Az alkoholfogyasztás és a dohányzás előfordulása (%) a különböző attitűdmutatók liberális viszonyulást kifejező értékei esetén<sup>72</sup>*

| ATTITŰDÖK   | ALKOHOLFOGYASZTÁS  | DOHÁNYZÁS         |                     |
|---|--------------------|-------------------|---------------------|
|   | ÉVES PREV.         | ÉLETPREV.         | AKTUÁLIS RENDSZERES |
| DROGFOGYASZTÓT SZOMSZÉDJAKÉNT NEM KIFOGÁSOLNÁ / SZÍVESEN LÁTNÁ                  | 90,6<br>$p=0,008$  | 59,4              | 31,9                |
| TÖBBET / SOKKAL TÖBBET KELLENE KÖLTENI A DROGFOGYASZTÁS MEGELŐZÉSÉRE            | 84,1<br>$p<0,0001$ | 58,5              | 33,3                |
| A DROGFOGYASZTÓ INKÁBB BETEGNEK TEKINTHETŐ                                      | 83,2               | 59,2              | 33,2                |
| MEG KELLENE ENGEDNI A MARIHUÁNA-FOGYASZTÁST (EGYETÉRT / NAGYMÉRTÉKBEN EGYETÉRT) | 89,5<br>$p=0,059$  | 75,6<br>$p=0,001$ | 48,7<br>$p=0,007$   |
| MEG KELLENE ENGEDNI A HEROIN-FOGYASZTÁST (EGYETÉRT / NAGYMÉRTÉKBEN EGYETÉRT)    | 81,0               | 62,5              | 37,5                |
| POPULÁCIÓS ÁTLAG  | 82,4               | 58,2              | 32,8                |

<sup>72</sup> Szignifikáns kapcsolatok esetén a p-érték feltüntetésével.

A veszélyesség-index átlaga nem mutat összefüggést sem az alkoholfogyasztással, sem a dohányzással.

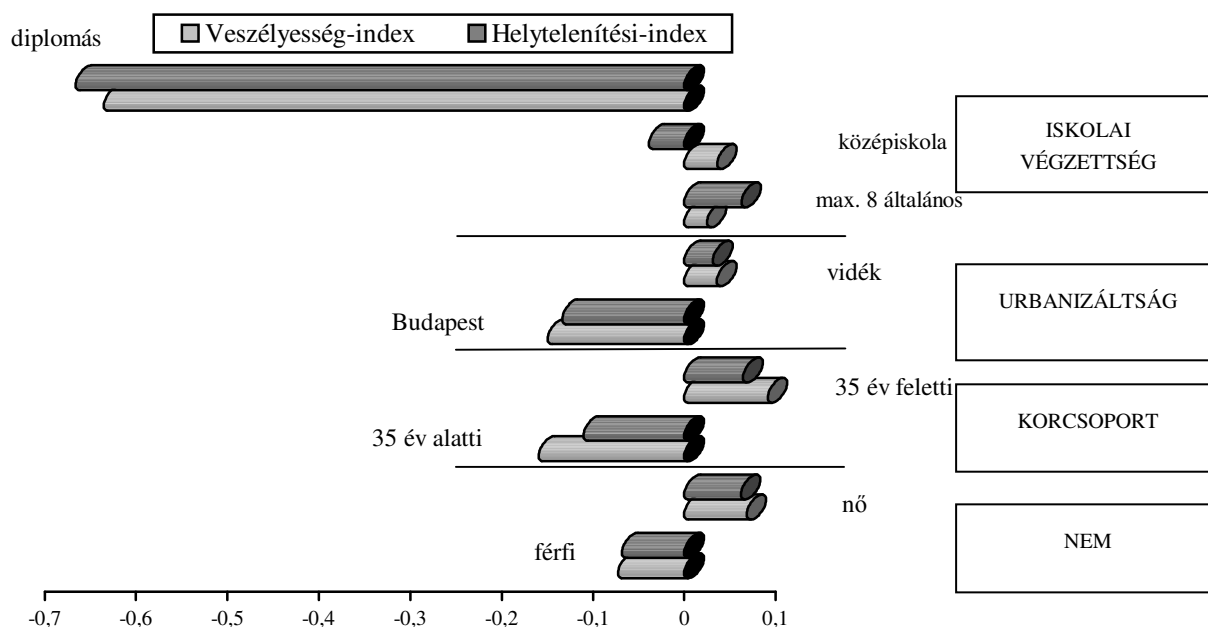
#### AZ ATTITÚDOK TÁRSADALMI-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐK MENTÉN VALÓ DIFFERENCIÁLÓDÁSA

A veszélyesség-, valamint a helytelenítési-index alakulását megvizsgáltuk néhány alapvető társadalmi-demográfiai háttérváltozó mentén, úgymint az életkor, nem, iskolai végzettség, illetve a lakóhely urbanizáltsági foka. A vizsgált jellemzők mindegyike szignifikáns kapcsolatot mutatott mindkét indexszel oly módon, hogy a

- magasabb iskolázottságú, elsősorban diplomás ( $p=0,004$ , illetve  $p<0,0001$ <sup>73</sup>) válaszolók,
- a fiatal – 35 év alatti - felnőttek (mindkét esetben  $p<0,0001$ ), a
- férfiak ( $p=0,004$ , illetve  $p=0,002$ ), valamint a
- fővárosi lakosok<sup>74</sup> ( $p=0,004$  illetve  $p=0,001$ )

körében tapasztaltunk az átlagosnál kisebb veszélypercepciót, és alacsonyabb mértékű helytelenítést (26. ábra).

26. ábra: A veszélyesség-index és a helytelenítési-index átlagos nagysága a szocio-demográfiai háttérváltozók szerint



<sup>73</sup> A zárójelben rendre először a veszélyesség-, majd a helytelenítési-index esetében kapott szignifikancia szint található.

<sup>74</sup> Ugyanakkor – a nemzetközi tapasztalatokkal ellentétben (EMCDDA, 1999) – a településméret kategóriánk szerint nem jelentkező szignifikáns eltérés a vidéki lakosságon belül az átlagokban.

Más attitűdkérdések mentén – az attitűdkérdések egymással való kapcsolatának megfelelően - a fentiekhez hasonló tendenciák jelentkeztek, bár az egyes kérdések vonatkozásában nem rajzolódott ki a teljes fenti mintázat (27. táblázat). Leginkább egyértelmű hatással az életkor bír. A fiatalok minden dimenzióban liberálisabbnak mutatkoznak. A 35 év alattiak toleránsabbak a drogfogyasztókkal szomszédsági viszony esetén ( $p=0,029$ ), többet fordítanak a fogyasztás megelőzésére ( $p<0,0001$ ), inkább betegnek tekintik a drogfüggőt ( $p=0,048$ ), és a marihuána/hasis fogyasztással kapcsolatban kevésbé represszív drogpolitika-pártiak ( $p<0,0001$ ). A megkérdezettek többi szocio-demográfiai jellemzője mentén csak egy-két attitűddimenzió mutat szignifikáns különbséget. A férfiak a marihuána-fogyasztással kapcsolatban a nőkhöz képest inkább dekriminalizálás-pártiak ( $p<0,0001$ ), ugyanakkor kevésbé tartják fontosnak a társadalmi ráfordítások növelését ( $p=0,034$ ). A fővárosi lakosok körében nagyobb arányú a represszív drogpolitika elutasítása mind a marihuána, mind a heroin esetében ( $p<0,0001$ , illetve  $p=0,002$ ). Az előbbi a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők – elsősorban a diplomások – körében is megjelenik ( $p<0,0001$ ). A fiatal felnőtt népesség tehát egyértelműen toleránsabb drogpolitikai, és személyes hozzáállást tapasztaltunk, míg a nemi, képzettségi és urbanizációs mintázat már kevésbé következetesen jelenik meg a véleményekben.

27. táblázat: A különböző attitűdmutatók mentén a liberális viszonyulást kifejező válaszok gyakorisága, főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)

| ATTITŰDÖK   | ISKOLAI VÉGZETTSÉG       |                   | FFI               | 35 ÉV<br>ALATTI    | BUDAPESTI<br>LAKOS | ÁTLAG |
|---|--------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------|
|   | KÖZÉPFOK                 | DIPLOMA           |                   |                    |                    |       |
| DROGFOGYASZTÓT SZOMSZÉD-<br>JAKÉNT (NEM KIFOGÁSOLNÁ /<br>SZÍVESEN LÁTNÁ)                | 6,5<br>nsz <sup>75</sup> | 6,7<br>nsz        | 5,8<br>nsz        | 6,7<br>$p=0,029$   | 5,8<br>nsz         | 5,5   |
| TÖBBET / SOKKAL TÖBBET<br>KELLENE KÖLTENI A DROGFO-<br>GYASZTÁS MEGELŐZÉSÉRE            | 82,7<br>nsz              | 75,6<br>nsz       | 79,2<br>$p=0,034$ | 86,5<br>$p<0,0001$ | 81,5<br>nsz        | 80,8  |
| A DROGFOGYASZTÓ INKÁBB<br>BETEGNEK TEKINTHETŐ   | 69,9<br>nsz              | 67,8<br>nsz       | 66,8<br>nsz       | 65,3<br>$p=0,048$  | 66,2<br>nsz        | 67,5  |
| MEG KELLENE ENGEDNI A MAR-<br>IHUÁNA-FOGYASZTÁST (EGYETÉRT<br>/ NAGYMÉRTÉKBEN EGYETÉRT) | 4,3<br>nsz               | 9,3<br>$p<0,0001$ | 5,2<br>$p<0,0001$ | 6,1<br>$p<0,0001$  | 8,7<br>$p<0,0001$  | 3,6   |
| MEG KELLENE ENGEDNI A HEROIN-<br>FOGYASZTÁST (EGYETÉRT /<br>NAGYMÉRTÉKBEN EGYETÉRT)     | 0,8<br>nsz               | 2,3<br>nsz        | 1,3<br>nsz        | 1,2<br>nsz         | 2,6<br>$p=0,002$   | 1,1   |

<sup>75</sup> A gyakoriságok alatt a táblázatban a kapcsolat szignifikanciaszintjét tüntettük fel (nsz = nem szignifikáns).

## A DROGFogyasztással Kapcsolatos Lakossági Attitűdök Összefoglalása

A magyarországi felnőtt lakosság igen egyöntetűen (magas gyakorisággal, és alacsony szórással) a drogfogyasztást veszélyesnek, illetve nagyon veszélyesnek tartja, ezzel konzekvensen nagyon magas arányban – szintén nagyon egybehangzóan – helyteleníti a fogyasztói magatartást. A felnőtt lakosság gondolkodásában a különböző drogokról kialakult kép meglehetősen differenciálatlan, s a fogyasztási gyakoriságok veszélyesség-érzékelésében is csak kismértékű különbségtétel figyelhető meg. Talán éppen e nagyfokú veszélyérzékelés következtében az egyik leginkább társadalmi beavatkozást kívánó magatartásnak a kábítószer-fogyasztást tekintik. Azzal együtt, hogy a drogfüggőket a többség inkább betegnek tartja, a probléma mérséklését elsősorban a büntetőjogi intézkedésektől, és csak másodsorban a prevenciós beavatkozások és a társadalmi összefogás fokozásától várja. A veszélyeszlés szerenkénti differenciáltságának alacsony szintjével összhangban, a lakosság gondolkodásában a marihuána/hasis, illetve a heroin-fogyasztás vonatkozásában a drogpolitikai elképzelések differenciálódása is csak igen kis mértékben jelenik meg, mindkét szer esetében a restriktív drogpolitikával való nagyfokú egyetértés fogalmazódik meg.

A drogkérdés különböző – személyes és drogpolitikai - aspektusaira általánosságban jellemző „szigorú” lakossági hozzáállás mellett azonban felfedezhetők a felnőtt népesség egyes szocio-demográfiai csoportjaiban - így elsősorban a fiatal, kisebb mértékben, és kevésbé következetesen az iskolázottabb, a fővárosban élő, illetve a férfi lakosság körében – a fentieknél liberálisabb viszonyulás egyes vonásai.

Többnyire „engedékenyebb” véleményekkel találkozunk a különböző attitűdkérdések mentén a drogfogyasztók esetében, ami többnyire nem csak az aktuális fogyasztók körében jelenik meg, hanem a drogot valaha igen, de ma már nem használók esetében is.

### *A hazai attitűdállapotok nemzetközi kontextusban*

A magyarországi drogfogyasztással kapcsolatos attitűdállapotokat az EMCDDA (1999) által koordinált, felnőtt népességre vonatkozóan a kilencvenes évek végén néhány európai országban készült vizgálat sorozat eredményeinek kontextusában értelmezve,<sup>76</sup> az adatok – a középiskolás populációra vonatkozó tapasztalatokhoz hasonlóan (Hibell et al. 2000) – más

országok felnőtt lakosságához képest a magyarországi népesség „szigorú” hozzáállásról tanúskodnak.

- A felnőtt lakosság felfokozott veszélyészlelése elsősorban a más országokban alacsonyabb kockázatúnak ítélt THC tartalmú szerek esetében jelentkezik. Míg Finnországban a férfiak 33, a nők 42%-a gondolja nagyon veszélyesnek a marihuána/hasis kipróbálását, Magyarországon a megfelelő értékek 67, illetve 75%. Az alkalmi fogyasztással kapcsolatos veszélyészlelés még a magas értékeket mutató svéd adatokhoz képest is fokozottnak tekinthető, míg Svédországban a férfi lakosság 67, a nők 79%-a gondolja nagyon veszélyesnek a THC tartalmú szerek alkalmi használatát, Magyarországon 74, illetve 82%. Ezek az értékek inkább hasonlítanak más országok heroin-fogyasztással kapcsolatos értékeire. Finnországban a férfiak 65, a nők 67%-a tartja nagyon veszélyesnek a heroin kipróbálását, Svédországban pedig 86, illetve 89%. Az opiát-kipróbálás veszélyeinek észlelése Magyarországon a szerek szerinti differenciálás alacsony szintje miatt, más európai országok viszonylatában közepesnek tekinthető, a férfiak esetében 75%, a nők körében 76,5% a „nagyon veszélyes” válaszok aránya.
- A represszív drogpolitikával kapcsolatos vélemények alapján is nagyon szigorúnak tekinthető a magyar lakosság álláspontja. Míg Finnországban a lakosság több mint egynegyede (férfiak 27, nők 25%-a) úgy gondolja, hogy nem kellene büntetni a hasis-fogyasztást, addig a magyarországi lakosság körében csak közel minden harmincadik válaszoló (5,2, illetve 2,1%). Ilyen mértékű prohibicionista állásponttal – a hazain kívül – a vizsgált országok közül csak Svédországban talákoztunk. Ugyanakkor a francia és a nyugat-német lakosság közel egyharmada, a kelet-németek körében pedig a férfiak közül közel minden ötödik, a nők közül pedig minden tizedik nem csak a marihuánával, hanem általában a drogokkal kapcsolatosan is liberálisan vélekedik.
- Mint már említettük, a nagyfokú veszélyészlelés, és a represszív drogpolitikával való nagymértékű egyetértés ellenére a hazai lakosság többsége (mintegy kétharmada) inkább betegnek, s nem bűnözőnek tekinti a drogfüggő személyt. A drogfüggők

---

<sup>76</sup> Meg kell jegyeznünk, hogy az attitűdváltozók esetén az egyes országokban alkalmazott kérdések nem teljesen azonosak, így az összehasonlítás csak nagy vonalakban, és egy-egy dimenzióban csak kevés ország

nagyarányú dekriminalizáló megítélése nem csak a többi hazai attitűdváltozóhoz képest kiemelkedő, hanem más európai országok kontextusában is magasnak mondható. A finnországi értékek (férfiak 59%, nők 57%) is valamelyest alacsonyabbak a magyarországi adatoknál, Svédországban pedig csak a férfiak 36, és a nők 47%-a vélekedik így. Nemzetközi kontextusban is igen alacsony hazánkban a drogfüggőt kifejezetten kriminalizálók, bűnözőkét kezelők aránya (Mo.: 2,4, illetve 1,8%; Svédo. 18, illetve 17%).

## ORVOSI RENDELVÉNYRE VAGY A NÉLKÜL TÖRTÉNŐ ALTATÓ ÉS NYUGTATÓ FOGYASZTÁS

A drogfogyasztással kapcsolatos kutatások során a tiltott szerek, illetve a biztosan droghasználati céllal fogyasztható szerek elterjedtségének vizsgálata mellett, részben mint egy másik, szintén az addikció kockázatát rejtő szerhasználó magatartást, részben a droghasználó magatartás egyik kiemelt rizikótényezőjét szokás vizsgálni a nyugtató és altató fogyasztást. Az alábbiakban mi is ezt tesszük. Egyrészt bemutatjuk e magatartás elterjedtségének jellemzőit, másrészt megvizsgáljuk a droghasználattal való együttjárását.

### ALTATÓ ÉS NYUGTATÓ FOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE

A 18-65 év közötti magyar lakosság közel egyharmada (32,5%-a) fogyasztott már életében orvosi rendelvényre, vagy a nélkül nyugtatót vagy altatót<sup>77</sup>. Azonban a valaha használók nagyobb része – háromötöde - az elmúlt hónapban nem élt ezekkel a szerekkel, kétötödük esetében pedig az utolsó használat több mint egy éve történt. Azaz az elmúlt évben a válaszolók 18,9%-a, a kérdezést megelőző hónapban pedig 12,8%-uk használt altatót vagy nyugtatót (28. táblázat).

---

vonatkozásában tehető meg.

<sup>77</sup> A kutatás során minden időtartamra vonatkozóan külön kérdésben kérdeztük az orvosi rendelvényre, valamint az orvosi rendelvény nélkül történő altató/nyugtató fogyasztást. Tehát vizsgálatunk az EMCDDA standardoknál részletesebben, az ESPAD konvencióknak megfelelően tárgyalja a gyógyszerfogyasztás kérdéskörét. (A kérdések a mellékelt kérdőívben megtalálhatók.) A két kérdéssor megfelelő válaszainak összesítésével képeztük az orvosi rendelvényre vagy a nélkül történő nyugtató vagy altató fogyasztás összesített prevalencia értékeit. Továbbiakban: altató/nyugtató fogyasztás.

28. táblázat: A nyugtató/altató fogyasztás különböző idejű prevalencia értékei (a válaszolók százalékában)

|                  | N    | %    |
|------------------|------|------|
| ÉLETPREVALENCIA  | 2177 | 32,5 |
| ÉVES PREVALENCIA | 2020 | 18,9 |
| HAVI PREVALENCIA | 2003 | 12,8 |

***Az altató vagy nyugtató fogyasztás prevalencia értékei főbb demográfiai csoportok mentén***

Életkori csoportok és nemek szerint az altató/nyugtató használat elterjedtségében szignifikáns különbségek jelennek meg, azonban az e dimenziók mentén megjelenő mintázat a droghasználat demográfiai sajátosságaitól eltérő, sőt inkább annak komplementereként írható le. Szintén a droghasználó magatartás mintázatától eltérő, hogy míg ott igen markáns különbségek figyelhetők meg a főváros és a vidék érintettsége között, addig a nyugtató/altató fogyasztásban a megkérdezettek lakóhelyi jellemzői mentén (főváros-vidék, településméret, regionális elhelyezkedés) nem mutatkoznak sem szignifikáns, sem tendencia jellegű<sup>78</sup> eltérések.

- Az orvosi rendelvényre vagy a nélkül történő nyugtató/altató fogyasztás bármely időtartamra vonatkozó prevalencia értéke – a drogfogyasztás nemenkénti sajátosságaival ellentétben - szignifikánsan magasabb a nők körében. A férfiak közötti előfordulási gyakoriságokhoz képest a nők esetében megközelítőleg kétszeres értékek figyelhetők meg (29. táblázat).

29. táblázat: Az orvosi javaslatra, vagy a nélkül történő altató/nyugtató használat prevalencia értékei nemenként (a válaszolók százalékában)

| NEM   | NYUGTATÓ/ALTATÓ FOGYASZTÁS |            |            |
|-------|----------------------------|------------|------------|
|       | ÉLETPREV.                  | ÉVES PREV. | HAVI PREV. |
| FÉRFI | 22,7                       | 12,4       | 7,7        |
| NŐ    | 41,9                       | 25,1       | 17,7       |

p<0,0001

<sup>78</sup> Minden esetben p>0,1.

- Életkor szerint a nyugtató/altató fogyasztásban szintén a drogfogyasztással ellentétes mintázat jelenik meg. Az idősebb korosztályok felé haladva egyértelműen növekszik a használat előfordulása, s a rövidebb idejű prevalenciák felé haladva egyre markánsabban jelennek meg a korosztályok közötti különbségek. Míg a legfiatalabb és a legidősebb korcsoportokban „csak” mintegy kétszeres különbség figyelhető meg az életprevalenciákban, addig a havi prevalencia esetében már több mint nyolcszoros az eltérés (30. táblázat).

*30. táblázat: Az orvosi javaslatra vagy a nélkül történő altató/nyugtató használat prevalencia értékei nemenként (a válaszolók százalékában)*

| KORCSOPORT | NYUGTATÓ/ALTATÓ FOGYASZTÁS |            |            |
|------------|----------------------------|------------|------------|
|            | ÉLETPREV.                  | ÉVES PREV. | HAVI PREV. |
| 18-24      | 18,7                       | 6,2        | 2,6        |
| 25-29      | 23,8                       | 7,6        | 4,7        |
| 30-34      | 26,2                       | 9,8        | 5,4        |
| 35-39      | 29,1                       | 17,0       | 8,8        |
| 40-49      | 36,5                       | 22,9       | 15,5       |
| 50-65      | 42,1                       | 30,1       | 22,7       |

p<0,001

#### ***Az altató vagy nyugtató fogyasztás hazai prevalencia értékei nemzetközi kontextusban***

Eredményeinket ebben az esetben is az EMCDDA (1999) által koordinált, felnőtt népességre vonatkozóan a kilencvenes évek végén néhány európai országban készült vizsgálat sorozat eredményei segítségével próbáljuk kontextuálni.

A nyugtató/altató fogyasztás tekintetében 5 ország – Finnország, Franciaország, Egyesült Királyság, Németország és Svédország - vonatkozásában rendelkezünk összehasonlító adatokkal. A magyarországi prevalencia értékek minden időszakra vonatkozóan meghaladják a vizsgált európai országokban kapott átlagértékeket (31. táblázat). A hazai értékek különösen magasnak tekinthetők a rövid idejű prevalencia értékek vonatkozásában. Míg az életprevalencia értékek esetében az európai átlagot száz százaléknak tekintve, a magyarországi értékek azt mintegy 20%-kal haladják meg, az éves prevalencia értékek esetében ez a különbség már 35%-os, az elmúlt



hónapban fogyasztók aránya pedig már több mint másfélszerese a vizsgált 5 európai ország átlagának.<sup>79</sup>

31. táblázat: Az orvosi rendelvényre, vagy a nélkül történő altató/nyugtató fogyasztás prevalencia értékei Magyarországon és Európában<sup>80</sup>

|                  | EURÓPAI ÁTLAG      | MAGYARORSZÁG |
|------------------|--------------------|--------------|
| ÉLETPREVALENCIA  | 27,0 <sup>81</sup> | 32,5         |
| ÉVES PREVALENCIA | 14,0               | 18,9         |
| HAVI PREVALENCIA | 8,1                | 12,8         |

A nyugtató/altató fogyasztás nemi, illetve korcsoportok szerinti hazai mintázata tendenciájában a nemzetközi tapasztalatokkal megegyező, de a magyarországi adatokban ezek a különbségek markánsabban jelennek meg.

- Míg – mint fent láthattuk - a hazai felnőtt népesség esetében a nők érintettsége mintegy kétszeres a férfiakéhoz képest, addig más európai országokban<sup>82</sup> a nők fogyasztási rátája átlagosan csak mintegy egyharmaddal magasabb. (EMCDDA, 1999. 118.)
- A nyugtató/altató használat a nemzetközi tapasztalatok szerint is pozitív korrelációt mutat az életkorral. A fiatalabb korcsoportoktól az idősebbek fele haladva általában más európai országokban is a prevalencia értékek növekedése figyelhető meg, azonban a hazai adatokban mutatkozó egyenletesen növekvő tendencia a vizsgált öt ország/régió közül csak háromban - a Kelet- és Nyugat-német régióban, illetve Hollandia esetében - jelenik meg, s a növekedés mértéke

<sup>79</sup> A magyarországi felnőtt népesség európai átlagot meghaladó altató/nyugtató fogyasztási érintettsége egybecseng a fiatal – középiskolás – populáción a visszaélésszerű altató/nyugtató fogyasztás vonatkozásában tapasztaltakkal. Míg a 16 éves európai középiskolások körében az orvosi rendelvény nélküli altató/nyugtató fogyasztás életprevalencia értékének átlaga 7%, addig a magyarországi érték 10%. Ugyanakkor megjegyezzük, hogy az orvosi javaslatra történő fogyasztás magyarországi értéke a fiatal populáción valamelyest átlag alatti (európai átlag 10%, magyarországi átlag 9%) (Hibell et al. 2000. 320.)

<sup>80</sup> Az európai átlag az országok prevalencia értékeinek egyszerű, súlyozatlan átlagolásával jött létre. Az átlagszámítás alapjául az éves és havi prevalenciák esetében három ország – Franciaország, Egyesült Királyság és Svédország – adatai szolgáltak. (EMCDDA, 1999. 100-101.)

<sup>81</sup> A súlyozott átlag 26,9, azaz nem tér el jelentősen a táblázatban közölt súlyozatlan átlagtól.

<sup>82</sup> A nemenkénti illetve a korcsoportos európai átlagot finn, görög, Kelet- és Nyugat-német régióbeli, valamint holland adatok alapján, súlyozatlan átlagolással képeztük.

ezekben az országokban sem éri el a Magyarországon megfigyelhető mértéket. (EMCDDA, 1999. 118-119.)

## ORVOSI RENDELVÉNYRE TÖRTÉNŐ ALTATÓ ÉS NYUGTATÓ FOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE

Orvosi rendelvényre<sup>83</sup> a felnőtt lakosság közel egynegyede (24,1%-a) használt már életében altatót vagy nyugtatót. Közel háromötödük az elmúlt évben, kétötödük pedig a kérdezést megelőző hónapban is fogyasztott, azaz az orvosi javaslatra történő nyugtató/altató használat éves prevalencia értéke 14,2%, a kérdezést megelőző hónapban pedig a válaszolók közel egytizede élt orvosi javaslatra ezen szerekkel (32. táblázat).

*32. táblázat: Az orvosi rendelvényre történő altató vagy nyugtatófogyasztás különböző idejű összesített prevalencia értékei (a válaszolók százalékában, N=2235)*

|                  | %    |
|------------------|------|
| ÉLETPREVALENCIA  | 24,1 |
| ÉVES PREVALENCIA | 14,2 |
| HAVI PREVALENCIA | 9,7  |

### ***Az orvosi javaslatra történő altató vagy nyugtató fogyasztás prevalencia értékei főbb demográfiai csoportok mentén***

A főbb demográfia változók mentén az orvosi rendelvényre történő altató/nyugtató használat prevalencia értékei is szignifikáns különbségeket mutatnak, s az egyes dimenziók esetében megjelenő mintázat az általában vett nyugtató/altató használatához hasonlóan a drogfogyasztás komplementereként írható le.

<sup>83</sup> Mint már említettük, a nyugtató/altató fogyasztást két kérdéssel/kérdéssorral vizsgáltuk, ezek egyike az orvosi rendelvényre történő altató/nyugtató használatra vonatkozott. A kérdés válaszalternatívái egyrészt az eddigi életben, másrészt az elmúlt évben, harmadrészt a vizsgálatot megelőző harminc napban történő fogyasztást képezték le (a kérdés a mellékelt kérdőívben megtalálható), tehát mindhárom időintervallumra vonatkozóan lehetővé vált a nyugtató/altató fogyasztáson belül az orvosi javaslatra történő altató/nyugtató használat prevalencia értékeinek képzése.

- Az orvosi javaslat alapján való nyugtató vagy altató fogyasztás bármely időtartamra vonatkozó prevalencia értékei is szignifikánsan magasabbak a nők körében, s a rövidebb idejű prevalenciák felé haladva a nemek közötti különbségek egyre markánsabban jelennek meg (33. táblázat). Az életprevalenciában valamivel több mint kétszeres, az előző évi fogyasztásban két és félszeres, a megelőző havi használatban pedig már háromszoros gyakoriságok mutatkoznak a férfiakhoz képest.

33. táblázat: Az orvosi javaslatra történő altató/nyugtató használat prevalencia értékei nemenként  
(a válaszolók százalékában)

| NEM   | n    | ORVOSI RENDELVÉNYRE TÖRTÉNŐ NYUGTATÓ/ALTATÓ FOGYASZTÁS |            |            |
|-------|------|--|------------|------------|
|       |      | ÉLETPREV.  | ÉVES PREV. | HAVI PREV. |
| FÉRFI | 1093 | 14,9   | 8,1        | 4,8        |
| NŐ    | 1141 | 32,8   | 20,0       | 14,4       |

p<0,0001

- Az idősebb korosztályok felé haladva egyértelműen növekszik az orvosi rendelvényre történő nyugtató/altató fogyasztás előfordulása, s itt is a rövidebb idejű prevalenciák felé haladva egyre markánsabban jelennek meg a különbségek. Míg a legfiatalabb korcsoportokhoz képest az életprevalenciában „csak” mintegy négyszeres az idősebb korosztály érintettsége, addig a havi prevalencia esetében már közel tizenkétszeres az eltérés (34. táblázat).

34. táblázat: Az orvosi javaslatra történő altató/nyugtató használat prevalencia értékei nemenként  
(a válaszolók százalékában)

| KORCSOPORT | n   | ORVOSI RENDELVÉNYRE TÖRTÉNŐ NYUGTATÓ/ALTATÓ FOGYASZTÁS |            |            |
|------------|-----|--|------------|------------|
|            |     | ÉLETPREV.  | ÉVES PREV. | HAVI PREV. |
| 18-24      | 334 | 8,7  | 3,9        | 1,5        |
| 25-29      | 258 | 11,2   | 3,9        | 1,5        |
| 30-34      | 222 | 16,2   | 6,3        | 4,0        |
| 35-39      | 190 | 18,4   | 10,5       | 6,8        |
| 40-49      | 549 | 30,1   | 18,2       | 12,0       |
| 50-65      | 676 | 35,7   | 23,6       | 17,8       |

p<0,001

- A megkérdezettek lakóhelye szerint a fentieknél kevésbé markáns különbségek mutatkoznak,<sup>84</sup> mindazonáltal a vidéken élő népesség körében az orvosi rendelvényre történő altató illetve nyugtató használat tendenciájában gyakoribb, mint a fővárosban (35. táblázat).

35. táblázat: Az orvosi javaslatra történő altató/nyugtató használat prevalencia értékei lakóhely szerint  
(a válaszolók százalékában)

| LAKÓHELY       | n    | ORVOSI RENDELVÉNYRE TÖRTÉNŐ<br>NYUGTATÓ/ALTATÓ FOGYASZTÁS |            |            |
|----------------|------|---|------------|------------|
|                |      | ÉLETPREV.   | ÉVES PREV. | HAVI PREV. |
| BUDAPEST       | 841  | 20,9  | 10,8       | 8,1        |
| VIDÉK          | 1815 | 24,8  | 15,0       | 10,1       |
| Szignifikancia |      | p=0,054   | p=0,018    | p=0,124    |

#### VISSZAÉLÉSSZERŰ GYÓGYSZERFOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE<sup>85</sup>

A válaszolók 16%-a fogyasztott már életében orvosi rendelvény nélkül altatót vagy nyugtatót. Kétharmaduk az előző évben, és közel egynegyedük az előző hónapban is használta orvosi javaslat nélkül e szereket. Azaz a rendelvény nélküli altató/nyugtató használat éves prevalencia értéke 6,7%, havi prevalenciája pedig 3,7%.<sup>86</sup>

Emellett vagy ezzel párhuzamosan a válaszolók 1,5%-a használt életében valamilyen gyógyszer-alkohol kombinációt. E használat éves

<sup>84</sup> Településméret és régiók szerint a vidéki lakosság nyugtató illetve altató fogyasztása meglehetősen kiegyenlített, a prevalencia értékekben nem mutatkoznak a vidéki lakosság további területi alcsoportjai között szignifikáns különbségek.

<sup>85</sup> Mint már említettük, az orvosi rendelvényre történő altató/nyugtató használatról elkülönített, külön kérdéssorral vizsgáltuk az orvosi rendelvény nélküli altató/nyugtató használatot. A kérdések egyrészt az eddigi életben, másrészt az elmúlt évben, harmadrészt a vizsgálatot megelőző harminc napban történő fogyasztásra vonatkoztak, tehát mindhárom időintervallumra vonatkozóan lehetővé tették az orvosi használatról elkülönített prevalencia adatok képzését. Az orvosi rendelvény nélküli altató/nyugtató fogyasztás mellett – az ESPAD vizsgálatoknak (1997, 2000) megfelelően – a kutatás kérdőívében szerepelt egy-egy kérdés a gyógyszer-alkohol együttes használatának élet-, éves, és havi prevalenciájára vonatkozóan is. (A kérdések a mellékelt kérdőívben megtalálhatók.) A két kérdéssor megfelelő válaszainak összesítésével képeztük a visszaélészerű gyógyszerhasználat prevalencia értékeit.

<sup>86</sup> N=2153; 1992; illetve 1985.

illetve havi prevalencia értéke azonban igen alacsony, 0,4, illetve 0,2%.<sup>87</sup>

A két kérdésre adott válaszokat együttesen kezelve létrehoztuk a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás összesített kategóriáját, mely tartalmazza egyrészt az orvosi rendelvény nélküli altató/nyugtató fogyasztást valamint a gyógyszer-alkohol kombinációk fogyasztását. A válaszolók 17,5%-a fogyasztott már legalább egyszer valamilyen gyógyszert visszaélészerűen. A valaha próbálkozók mintegy kétötöde használt az előző évben, s 23%-uk, azaz az előző évi használók több mint fele fogyasztott előző hónapban is visszaélészerűen valamilyen arra alkalmas gyógyszert, azaz a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás éves prevalencia értéke 7,4%, a havi prevalencia pedig 4,1% (36. táblázat).

36. táblázat: A visszaélészerű gyógyszerhasználat különböző idejű összesített prevalenciaértékei, és annak összetétele (a válaszolók százalékában<sup>88</sup>)

|                  | N    | MINDKETTŐ | CSAK<br>NYUGTATÓ/ALTATÓ<br>RENDELVÉNY<br>NÉLKÜL | CSAK<br>ALKOHOL-<br>GYÓGYSZER<br>KOMBINÁCIÓ | ÖSSZESÍTETT<br>PREVALENCIA<br>ÉRTÉKEK |
|------------------|------|-----------|---|---|---------------------------------------|
| ÉLETPREVALENCIA  | 2066 | 0,7       | 16,0  | 0,8   | 17,5                                  |
| ÉVES PREVALENCIA | 1908 | 0,1       | 7,0   | 0,3   | 7,4                                   |
| HAVI PREVALENCIA | 1891 | 0,1       | 3,8   | 0,2   | 4,1                                   |

### ***A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia értéke főbb demográfiai csoportok mentén***

A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás prevalencia értékei nemenként és lakóhely szerint jelentős különbségeket mutatnak, ugyanakkor korcsoportonként meglehetősen kiegyenlített tendencia figyelhető meg.<sup>89</sup>

- A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás esetében a korábbi, más populációkon<sup>90</sup> végzett vizsgálatok alapján felrajzolható nemi mintázat jelenik meg adatainkban is.

<sup>87</sup> N=2115; 2086; illetve 2073.

<sup>88</sup> A mindkét kérdésre válaszolók százalékában.

<sup>89</sup> A korcsoportonkénti prevalencia értékeket az M12. táblázatban találhatók.

<sup>90</sup> Középiszolás populációkon az itt megfigyelttekkel azonos nemi mintázat jelenik meg (Pl. Elekes-Paksi, 2000a)

A nők prevalencia értékei rendre magasabbak (37. táblázat), különösen igaz ez az életre vonatkozó és az éves értékek esetében, melyek több mint másfélszeresét teszik ki a férfiak esetében tapasztalt kipróbálási arányoknak. A visszaélő gyógyszerhasználat nemi mintázata – az orvosi rendelvényre történő altató/nyugtató fogyasztáshoz hasonlóan - tehát mintegy inverze a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás nemi mintázatának.

37. táblázat: A visszaélő gyógyszerhasználat prevalencia értékei nemenként (a válaszolók százalékában)

| NEM            | VISSZAÉLŐSZERŰ GYÓGYSZERFOGYASZTÁS |            |           |
|----------------|------------------------------------|------------|-----------|
|                | ÉLETPREV.                          | ÉVES PREV. | HAVI PREV |
| FÉRFI          | 13,6                               | 5,7        | 3,4       |
| NŐ             | 21,2                               | 8,9        | 4,3       |
| SZIGNIFIKANCIA | p<0,0001                           | p=0,004    | p=0,103   |

- A kilencvenes években végzett középiskolás vizsgálatok tapasztalataival összhangban (Elekes-Paksi, 1996, 2000a, 2000b) – és a droghasználati célú szerfogyasztásra vonatkozó eredményekhez hasonlóan, bár annál kisebb mértékben - a fővárosi felnőtt népesség körében a visszaélő gyógyszerhasználat életprevalenciája szignifikánsan magasabb, mint az ország egyéb területein (p=0,001). A budapesti lakosok érintettsége közel másfélszerese a vidéki lakosságénak (38. táblázat). A településméret hatása nem csak főváros-vidék viszonylatban jelenik meg, hanem a vidéki lakosságon belül is a település lélekszámának növekedésével párhuzamosan – mintegy urbanizációs hatásként - a visszaélő gyógyszerhasználat életprevalencia értékének növekedése figyelhető meg (p=0,001, a két változó kapcsolatát részletesen lásd a M13. táblázatban).

38. táblázat: A visszaélészerű gyógyszerhasználat életprevalencia értéke Budapesten és vidéken  
(a válaszolók százalékában)

| TELEPÜLÉSKATEGÓRIA | n    | VISSZAÉLÉSSZERŰ<br>GYÓGYSZERHASZNÁLAT <sup>91</sup> |
|--------------------|------|---|
| BUDAPEST           | 793  | 23,0  |
| VIDÉK              | 1672 | 16,2  |

p=0,001

#### A GYÓGYSZERFOGYASZTÁS KAPCSOLATA A DROGFOGYASZTÁSSAL

Összességében az orvosi rendelvényre vagy a nélkül történő nyugtató illetve altató fogyasztás – a nemzetközi tapasztalatokkal ellentétben - nem mutat kapcsolatot a drogfogyasztással (39. táblázat). Míg európai átlagban azok körében, akik aktuálisan – orvosi rendelvényre vagy a nélkül - használnak nyugtatót vagy altatót, rendre magasabb a különböző tiltott szerek életprevalencia értéke (EMCDDA, 1999. 118.), addig a magyarországi adatokban vagy nem tapasztaltunk szignifikáns összefüggést a két fogyasztói magatartás között, vagy éppen a várakozásokkal ellentétes tendenciák jelentek meg.

39. táblázat: A drogfogyasztás prevalencia értékei az altató/nyugtató használat szerint  
(cellánként a mindkét kérdésre válaszolók százalékában – a szignifikáns kapcsolatok kiemelésével)

|                           |                | DROGFOGYASZTÁS       |                     |                     |       |
|---------------------------|----------------|----------------------|---------------------|---------------------|-------|
|                           |                | ÉLET-<br>PREVALENCIA | ÉVES<br>PREVALENCIA | HAVI<br>PREVALENCIA |       |
| NYUGTATÓ/ALTATÓ HASZNÁLAT | ÉLETÉBEN       | IGEN                 | 6,7                 | 2,6                 | 0,8   |
|                           |                | NEM                  | 6,5                 | 2,4                 | 1,4   |
|                           |                | p                    | 0,483               | 0,456               | 0,157 |
|                           | ELŐZŐ ÉVBEN    | IGEN                 | 3,4                 | 1,2                 | 0,6   |
|                           |                | NEM                  | 7,2                 | 2,5                 | 1,2   |
|                           |                | p                    | 0,004               | 0,088               | 0,272 |
|                           | ELŐZŐ HÓNAPBAN | IGEN                 | 3,0                 | 1,3                 | 0,0   |
|                           |                | NEM                  | 7,0                 | 2,4                 | 1,2   |
|                           |                | p                    | 0,009               | 0,220               | 0,077 |

A nyugtató/altató fogyasztás és a drogfogyasztás pozitív kapcsolatának hiánya, illetőleg a várttal ellentétes tendenciája nem csak a nemzetközi tapasztalatokkal, hanem a korábbi –

fiatal populáción, a visszaélésszerű gyógyszerhasználattal (Elekes-Paksi, 2000a), kapcsolatosan kapott – kutatási eredményekkel is szemben áll. Annak ellenére, hogy – mint az alábbi táblázatban láthatjuk - az orvosi rendelvényre történő nyugtató/altató fogyasztás a felnőtt népesség esetében is erős összefüggést mutat a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztással. Az orvosi javaslatra nyugtatót vagy altatót életükben, az előző évben, vagy az utóbbi egy hónapban fogyasztók körében egyaránt magasabb a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás összesített prevalencia értéke (minden esetben  $p < 0,0001$ ), de különösen erős az azonos időre vonatkozó fogyasztások közötti kapcsolat (lásd a 40.táblázat kiemelt értékeit).

40. táblázat: A visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás prevalencia értékei az orvosi javaslatra történő altató/nyugtató használat szerint (az adatok cellánként a mindkét kérdésre válaszolók százalékában)

|   |                   | VISSZAÉLÉSSZERŰ GYÓGYSZERHASZNÁLAT |                      |                     |                     |
|---|-------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
|   |                   |                                    | ÉLETP-<br>REVALENCIA | ÉVES<br>PREVALENCIA | HAVI<br>PREVALENCIA |
| ORVOSI JAVASLATRA TÖRTÉNŐ<br>NYUGTATÓ/ALTATÓ<br>HASZNÁLAT | ÉLETÉBEN          | IGEN                               | 33,7 <sup>92</sup>   | 18,4                | 11,3                |
|   |                   | NEM                                | 10,1                 | 2,9                 | 1,2                 |
|   | ELŐZŐ<br>ÉVBEN    | IGEN                               | 29,3                 | 24,9 <sup>93</sup>  | 14,0                |
|   |                   | NEM                                | 13,6                 | 3,5                 | 1,8                 |
|   | ELŐZŐ<br>HÓNAPBAN | IGEN                               | 27,0                 | 22,4                | 17,6 <sup>94</sup>  |
|   |                   | NEM                                | 14,7                 | 5,1                 | 2,2                 |

minden esetben  $p < 0,0001$

A két magatartás erős kapcsolata mellett – mint azt az előbbiekben láthattuk – az orvosi javaslatra történő nyugtató és altató fogyasztás, valamint a visszaélésszerű gyógyszerhasználat demográfiai mintázatában - bár felfedezhetők hasonlóságok (nemek érintettsége tekintetében), ugyanakkor - jelentős különbségek is (markánsan eltérő területi, illetve némileg különböző életkori mintázat) mutatkoznak a felnőtt populáción. A visszaélésszerű gyógyszerhasználat demográfiai mintázata sokban mutat hasonlóságot a drogfogyasztás demográfiai jellegzetességeivel. Éppen ezért a továbbiakban külön-külön

<sup>91</sup> Rövidebb idejű prevalenciák esetén nem szignifikáns a kapcsolat.

<sup>92</sup> A  $\chi^2=128,932$ , míg az éves prev. esetében 108,765, a havi prev. esetében pedig 81,219.

<sup>93</sup> A  $\chi^2=143,451$ , míg az életprev. esetében 39,186, a havi prev. esetében pedig 81,768.

<sup>94</sup> A  $\chi^2=91,528$ , a sorhoz tartozó másik két prevalencia esetében 16,568, illetve 66,717.



vizsgáljuk az orvosi rendelvényre, és a visszaélészerűen történő gyógyszerfogyasztás kapcsolatát a drogfogyasztással.

#### ***Az orvosi rendelvényre történő nyugtató/altató fogyasztás és a drogfogyasztás kapcsolata***

Az orvosi rendelvényre történő nyugtató/altató használat előfordulása esetén a felnőtt lakosság körében rendre szignifikánsan alacsonyabb a drogfogyasztás előfordulása, mint az átlagnépesség, illetve a nyugtatót/altatót orvosi rendelvényre nem használók körében (41. táblázat). Az összefüggés bármilyen időtartamra vonatkozó prevalencia értékek esetében megjelenik (minden esetben  $p < 0,1$ ).<sup>95</sup>

*41. táblázat: A drogfogyasztás prevalencia értékei az orvosi rendelvényre történő altató/nyugtató használat szerint (az adatok cellánként a mindkét kérdésre válaszolók százalékában)*

|  |                | DROGFOGYASZTÁS       |                     |                     |       |
|--|----------------|----------------------|---------------------|---------------------|-------|
|  |                | ÉLET-<br>PREVALENCIA | ÉVES<br>PREVALENCIA | HAVI<br>PREVALENCIA |       |
| ORVOSI RENDELVÉNYRE TÖRTÉNŐ<br>NYUGTATÓ/ALTATÓ HASZNÁLAT | ÉLETÉBEN       | IGEN                 | 3,6                 | 1,0                 | 0,2   |
|  |                | NEM                  | 7,4                 | 2,9                 | 1,6   |
|  |                | p                    | 0,001               | 0,009               | 0,008 |
|  | ELŐZŐ ÉVBEN    | IGEN                 | 2,7                 | 0,7                 | 0,4   |
|  |                | NEM                  | 7,1                 | 2,8                 | 1,4   |
|  |                | p                    | 0,002               | 0,019               | 0,118 |
|  | ELŐZŐ HÓNAPBAN | IGEN                 | 2,0                 | 0,0                 | 0,0   |
|  |                | NEM                  | 7,0                 | 2,7                 | 1,3   |
|  |                | p                    | 0,002               | 0,007               | 0,093 |

#### ***A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás és a drogfogyasztás kapcsolata***

Egyrészt a gyógyszerfogyasztás és a drogfogyasztás kapcsolatának tisztázása, másrészt a visszaélészerű gyógyszerhasználat tartalmához való közelebb kerülés végett is célszerű a visszaélészerű gyógyszerhasználat és a drogfogyasztás kapcsolatának vizsgálata. Másrészt, a nyugtatók, altatók orvosi rendelvény nélküli használata, de még a gyógyszer-alkohol

<sup>95</sup> Az orvosi rendelvényre történő gyógyszerfogyasztás és a drogfogyasztás esetén, negatív kapcsolata szintén ellentétes a korábbi, fiatal populáción tapasztaltakkal. Középkorú populáción az orvosi rendelvényre történő

kombinációk megjelenése az életprevalenciában, is lehet droghasználati célú, azonban éppígy lehetséges az is, hogy öngyógyítási céllal, illetve véletlen történik. A szerhasználat célja, azaz a visszaélésszerű gyógyszerhasználaton belül a droghasználati célú fogyasztás aránya jelen vizsgálatból nem ismeretes, azonban e vonatkozásban irányadó lehet más, biztosan droghasználati célú szerfogyasztással való együtt járása. Éppen ezért célszerű – a korábbi hazai gyakorlatnak megfelelően (Elekes-Paksi, 1996, 2000a) - megvizsgálnunk a visszaélésszerű gyógyszerhasználat, és a biztosan droghasználati célú tiltott szer és/vagy inhaláns használat közötti átfedéseket.

A kapott eredmények tendenciája ebben az esetben már megegyezik a korábbi, fiatal populációkon szerzett tapasztalatokkal. A visszaélésszerű gyógyszerhasználó-magatartás rendre pozitív kapcsolatot jelez a biztosan droghasználati célú szerhasználattal (42. táblázat).

42. táblázat: A drogfogyasztás prevalencia értékei a visszaélésszerű gyógyszerhasználat előfordulása szerint  
(cellánként a mindkét kérdésre válaszolók százalékában)

|                                       |                | DROGFOGYASZTÁS       |                     |                     |       |
|---------------------------------------|----------------|----------------------|---------------------|---------------------|-------|
|                                       |                | ÉLET-<br>PREVALENCIA | ÉVES<br>PREVALENCIA | HAVI<br>PREVALENCIA |       |
| VISSZAÉLÉSSZERŰ<br>GYÓGYSZERHASZNÁLAT | ÉLETÉBEN       | IGEN                 | 12,6                | 5,6                 | 3,2   |
|                                       |                | NEM                  | 5,2                 | 1,7                 | 0,7   |
|                                       |                | p                    | <0,0001             | <0,0001             | 0,001 |
|                                       | ELŐZŐ ÉVBEN    | IGEN                 | 9,2                 | 5,6                 | 4,0   |
|                                       |                | NEM                  | 6,3                 | 2,1                 | 0,9   |
|                                       |                | p                    | 0,131               | 0,014               | 0,011 |
|                                       | ELŐZŐ HÓNAPBAN | IGEN                 | 8,7                 | 7,5                 | 3,0   |
|                                       |                | NEM                  | 6,5                 | 2,2                 | 1,1   |
|                                       |                | p                    | 0,295               | 0,019               | 0,169 |

A fenti (42.) táblázat azt jelzi, hogy a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás megjelenése az életprevalenciában a felnőtt népesség esetében is rizikómagatartásnak tekinthető a droghasználat szempontjából, hiszen a tiltott szerek és/vagy inhalánsok kipróbálásának kockázata ebben a populációban közel két és félszerese a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztást nem jelzők

gyógyszerfogyasztás esetén a droghasználat prevalencia értéke másfélszeresére volt a normál populációs

körében kapott, és 1,8-szorosa a normál populáción jelentkező értéknek.

Ugyanakkor adataink alapján a felnőtt népesség körében a visszaélő szerű gyógyszerhasználat és a tiltott drogok és/vagy inhalánsok kipróbálása között a fiatal – középiskolás – populációkon tapasztaltakhoz képest kisebb mértékű átfedés mutatkozik. Míg jelen vizsgálatunkban a visszaélő szerű gyógyszerhasználók körében a biztos droghasználatnak való kitettség 1,8-szorosa a normálpopulációs értéknek, addig a középiskolások körében az érték háromszoros.<sup>96</sup> Tehát a felnőtt népességben a két szerhasználó magatartás inkább különválnak. Amennyiben a visszaélő szerű gyógyszerhasználat, és a biztosan droghasználati célú szerhasználó közötti átfedéseket korcsoportonként vizsgáljuk, a felnőtt népességről rendelkezésre álló információk is a két magatartás összekapcsolódásának korosztályos jellegét erősítik meg. Azok körében, akik életük során használtak már valaha valamilyen arra alkalmas gyógyszert visszaélő szerűen, mindössze a 18-24 évesek körében, tehát a felnőtt minta legfiatalabb korcsoportjában tapasztaltunk a korcsoportra jellemző populációs életprevalencia értéknél szignifikánsan magasabb, biztosan droghasználati célú szerhasználó előfordulást. (43. táblázat)

43. táblázat: A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás (BD), és a visszaélő szerű gyógyszerhasználat (VGY) kapcsolata különböző korcsoportokban

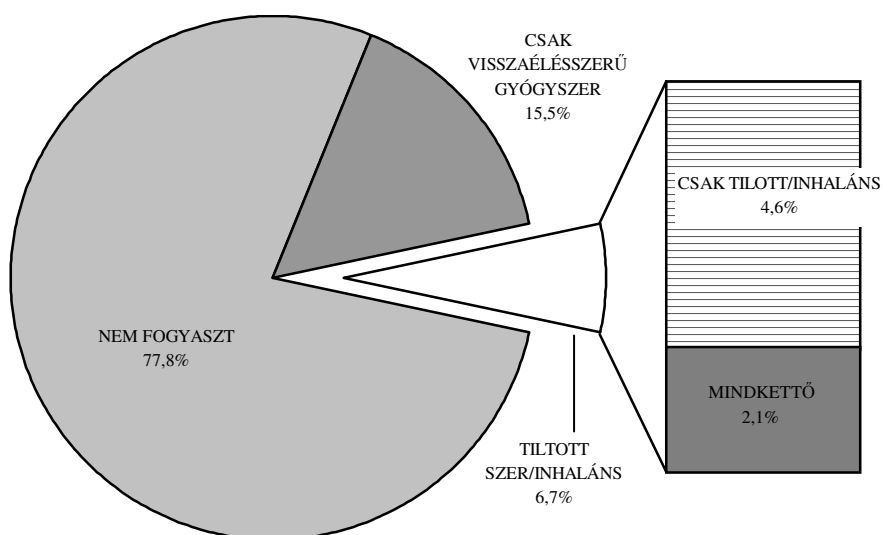
| KORCSOPORT | BD ÉLETPR. | VGY. ÉLETPR. | BD ÉLETP./VGY.  |
|------------|------------|--------------|-----------------|
| 18-24      | 20,1       | 19,2         | 44,6 (p<0,0001) |
| 25-29      | 13,0       | 18,2         | 16,7 (n.sz.)    |
| 30-34      | 7,9        | 17,9         | 2,8 (n.sz.)     |
| 35 FELETT  | 1,7        | 16,9         | 4,9 (n.sz.)     |

értéknek. (Paksi, 2002b)

<sup>96</sup> A 9-10. évfolyamos középiskolások körében átlagosan közel minden hatodik diák próbál ki valamilyen tiltott drogot, azonban a visszaélő szerű gyógyszerhasználók között minden második.

A visszaélészerű gyógyszerhasználat, és a biztosan droghasználati célú fogyasztás közötti átfedéseket kiszűrve, és a tiltott drogot és/vagy inhalánsokat is próbálókat biztos droghasználónak tekintve, a válaszolók körében 15,5% azoknak az aránya, akik valamilyen gyógyszert visszaélészerűen fogyasztottak már életükben, de nem használtak emellett tiltott szert vagy inhaláns, azaz tisztán visszaélészerű gyógyszerfogyasztóknak tekinthetők. Tehát a felnőtt népesség esetében az életük során valaha orvosi rendelvény nélkül és/vagy alkohollal kombinálva visszaélésre alkalmas gyógyszert fogyasztók többsége, 88%-a nem mutat egyértelműen droghasználati célú szerfogyasztást. (27. ábra)

27. ábra: A biztosan droghasználati célú szerhasználat és a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás kapcsolódása az életprevalencia alapján (az adatok a mindkét kérdésre válaszolók százalékában kifejezve: N=2061)



## ÖSSZEFOGLALÁS

Magyarországon a felnőtt népességre vonatkozóan 2001-ben készült az első olyan önbevallásos drogepidemiológiai vizsgálat, amely a drogfogyasztást célzottan tette vizsgálat tárgyává. Ebben a kötetben a kutatás módszertani, valamint drogfogyasztással és attitűdállapotokkal kapcsolatos eredményeit adjuk közre.

### MÓDSZERTANI HÁTTÉR ÉS EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA

A kötet alapját képező vizsgálatot a 18-65 év közötti magyarországi lakónépesség nettó 2359 fő, régiók és település méret szerint rétegzett, véletlen eljárással választott mintáján készítettük.

A kutatás kérdőívét az EMCDDA felnőtt populációs vizsgálatok vonatkozásában megfogalmazott ajánlásai (EMCDDA, 1999), a WHO egészség vizsgálatának szempontrendszer (Simpura et al., 2000.), valamint IRGGA „Culture, and Alcohol: A Multi-national Study” című programjának törzskérdései (Wilsnack et al., 2000) alapján, továbbá a hazai drogepidemiológiai sajátosságok, társadalmi viszonyulások, illetve kutatási tapasztalatok figyelembe vételével állítottuk össze.

Az adatfelvételt a kérdezettek személyes megkeresésével bonyolítottuk le, melynek során – a drogfogyasztás korosztályos jellegére tekintettel – a kérdezőket és a megkérdezetteket korcsoport szerint illesztettük, s a kérdezést – a magyarországi drogfogyasztással kapcsolatos törvényi és lakossági attitűdállapotok torzításainak csökkentése végett – úgynevezett „kevert”, „face to face” és önkitöltős elemeket ötvöző módszerrel, a bonyolítottuk le. A szocio-demográfiai, illetve más háttérváltozókat tartalmazó „A” kérdőív felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face to face” módszerrel történt. A különböző társadalmi és/vagy törvényi elítélés alá eső magatartásokkal – drog- illetve alkoholfogyasztással - kapcsolatos „B” kérdőívet pedig a önkitöltős módszerrel kérdeztük.

Az adatok megbízhatóságát az adatbázison belüli eszközökkel vizsgálva összességében azt tapasztaltuk, hogy a társadalmi elítélés alá eső magatartásokkal – így az általunk vizsgált alkohol és drogfogyasztással – kapcsolatban a személyes megkereséssel zajló kutatások esetében általában jelentkező torzító tényezőket nagyban sikerült leküzdenünk. Az alkalmazott adatfelvételi technika segítségével a csoportos megkereséssel zajló önkitöltős – a

kérdezettek számára az anonimitás érzetet leginkább nagy biztosító – kérdezési módhoz hasonló bizalmi szintet sikerült megteremtünk. A felkeresett személyek részvételi, illetve válaszolási hajlandósága nem érte el ugyan a csoportos kérdéseknél általában tapasztalt szintet, azonban a kapott válaszok konzisztenciája összességében és tendenciájában igen. A kutatás eredményeinek megbízhatóságát és érvényességét erősíti az adatoknak a hazai fiatal populációra, valamint más európai országokban készült felnőtt népességre vonatkozó eredmények kontextusában való értelmezése is.

#### DROGFOGYASZTÁSSAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA

A kutatás eredményei szerint a 18-65 év közötti lakosság 6,5%-a használt már élete során valamilyen drogot - tiltott szert és/vagy inhalánst - biztosan droghasználati céllal, s döntő többségük, a válaszolók 6,4%-a valamilyen tiltott szert próbált. Azonban a valaha drogot fogyasztók háromötöde aktuálisan nem használ semmilyen szert, további 3,2%-uk pedig a kutatást megelőző egy évben használt először, azaz új belépő. Mindent együttvéve folyamatos fogyasztónak – már több mint egy éve, és aktuálisan is használónak – a valaha fogyasztók 36,5%-a, azaz felnőtt népesség 2,3%-a tekinthető.

A drogfogyasztás életprevalencia értékeiben az alapvető szocio-demográfiai jellemzők – kor, nem, lakóhely – mentén igen markáns mintázat jelenik meg. A leginkább és legkevésbé érintett demográfiai csoportok életprevalencia értékei között mintegy nyolcvanszoros különbség jelenik meg. A skála két végpontját a budapesti 35 év alatti férfiak, illetve a vidéki 35 év feletti nők képezik. Míg az előbbieket kétötöde (40,6%-a) fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert vagy inhalánst, addig a vidéki 35 évesnél idősebb nők körében a valaha drogot próbálók aránya mindössze fél százalék. A folyamatos használat demográfiai mintázata megegyezik a kipróbálók társadalmi elhelyezkedésével, csak a folyamatos használat esetén ezek a különbségek felerősödnek. A valaha használókhoz képest az aktuálisan is használók (folyamatos használók) társadalmi mintázatának markánsabb volta nem meglepő ugyan, mindazonáltal igen fontos jelenségre enged következtetni, arra, hogy a kipróbálás tekintetében nagyobb kitettségű társadalmi csoportokban egyúttal a „leállás”, az átmeneti használat esélye is kisebb.

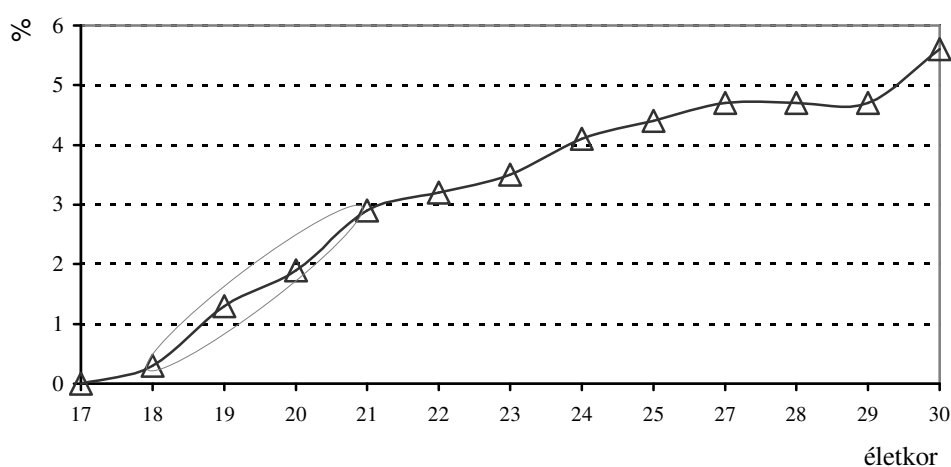
A mai felnőtt népesség droggal való első találkozása döntő többségében 25 éves kor előtt, átlagosan közel 20 évesen történt. Azok közül, akik használtak már életükben valamilyen drogot, tíz esetből kilencben 25 éves koruk előtt próbálkoztak először a fogyasztással. Ezen belül is a leggyakoribb a 17-18 éves korban történő próbálkozás.

Az elsőnek használt drog legtöbbször az egyébként is leggyakrabban fogyasztott kannabisz-származékok közül kerül ki. A megkérdezettek 5,7, a droghasználók 87,7%-a használt már életében marihuánát vagy hasist. A következő helyen – mind az első használatban, mind az életprevalenciában - a szintetikus drogok találhatók, s a többi szer - kokain, crack, opiátok (heroin és/vagy egyéb opiát), inhalánsok, és egyéb drogok – szerenként 1% alatti kipróbálói tábort tudhatnak magukénak a felnőtt népességben, és az első használatban az inhalánsok kivételével az utóbbi szerek nem jelennek meg.

A korcsoportos életprevalencia értékekben, illetve a folyamatos használók arányában megjelenő, az idősebb korosztályok felé haladva a ráták hirtelen csökkenésével leírható tendencia, továbbá az első droghasználat életkor szerinti eloszlása, illetőleg a különböző korcsoportok esetében a marihuána kipróbálásának való kitettség életkor szerinti eloszlása részben a fiatal populáción készült vizsgálatok alapján felvázolható trendeket erősíti, részben kiegészíti azokat. A középiskolásra vonatkozó vizsgálatokból kirajzolódó trendek alapján a hazai drogprobléma kiterjedésében – a rendszerváltó országokban lezajló változásokkal összhangban – a kilencvenes évek második felében igen jelentős, közel tíz százalékpontos növekedés következett be. A növekedés szinte minden tiltott drog esetében megfigyelhető, azonban a fogyasztási rátát, és a változásokat egyre jellemzőbben a THC tartalmú anyagok dominálják, melyek estében – a középiskolás vizsgálatok alapján - az 1996 és 1999 közötti időszakra tehető az elterjedettség megugrása. Ezzel összhangban, a felnőtt népesség 30 év alatti, illetve afeletti korcsoportjai esetében a marihuánára számított kitettségi index (kumulatív prevalencia) markáns eltérése (lásd a 13. ábrát) is elsősorban a hazai epidémia kilencvenes évek második felében történő növekedését jelzi. Hiszen a 30 év alatti korosztály a vizsgálat előtt 5 évben – a hazai elterjedettség növekedésének időszakban – még a kipróbálás tekintetében aktív – 25 év alatti - korszakát élte, így az ő esetükben a hazai epidémia változás még érzékeltette hatását. Az ennél idősebb korosztályok prevalencia értékei, illetve kitettségének alakulása viszont további adalékokkal gazdagítja a tendenciákról rendelkezésünkre álló ismereteket. A 30-34 éves, illetve a 35-39 éves korosztálynak a náluk

idősebbekhez képest relatíve nagyobb, s egymáshoz viszonyítva is a magasabb életkor irányában csökkenő érintettsége, továbbá a 30-35 éves korosztály első próbálkozásainak életkori jellemzői alapján (28. ábra) feltételezhető, hogy a kilencvenes évek második felének növekedési hulláma mellett mintegy 12-13 évvel ezelőtt, azaz a kilencvenes évek fordulóján szintén volt egy, a kilencvenes évek második felében megfigyelnél kisebb növekedési prediódus.

28. ábra A kannabisz-fogyasztás kumulatív prevalencia értéke (%-ban) a 30-35 éves korosztályban, a növekedési periódus kiemelésével



#### ALTATÓ ÉS NYUTATÓHASZNÁLATTAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA

A felnőtt lakosság közel egyharmada (32,5%-a) fogyasztott már életében, 18,9%-a elmúlt évben, 12,8% pedig kérdezést megelőző hónapban orvosi rendelvényre, vagy a nélkül nyugtatót vagy altatót. Ezek az értékek nemzetközi viszonylatban - más populációkon szerzett tapasztalatokkal megegyezően - magasnak tekinthetők.

A nemzetközi tapasztalatokkal ellentétben a hazai nyugtató illetve altató fogyasztás összességében a felnőtt lakosság esetében nem mutat kapcsolatot a drogfogyasztással, ezen belül azonban a 17,5%-os életprevalencia értéket mutató rendkívül, illetve alkohollal kombinált gyógyszerhasználat – bár a fiatal populációkhoz képest kevésbé – a hazai felnőtt lakosságban is rizikómagatartásnak tekinthető a droghasználat szempontjából.



A tiltott szerek és/vagy inhalánsok kipróbálásának kockázata a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztást jelzők esetében közel két és félszerese az ilyen szerfogyasztást nem jelzők körében kapott, és 1,8-szorosa a normál populáción jelentkező értéknek.

#### ATTITÚDÁLLAPOTOKKAL KAPCSOLATOS EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA

A magyarországi felnőtt lakosság droggal kapcsolatos gondolkodására jellemző, hogy igen egyöntetűen a drogfogyasztást veszélyesnek, illetve nagyon veszélyesnek tartja, ezzel konzekvensen nagyon magas arányban – szintén nagyon egybehangzóan – helyteleníti a fogyasztói magatartást. A felnőtt lakosság gondolkodásában az egyes drogokról kialakult kép meglehetősen differenciálatlan, s a különböző fogyasztási gyakoriságok veszélyesség-érzékelésében is csak kismértékű különbségtétel figyelhető meg. Talán éppen e nagyfokú veszélyérzékelés következtében az egyik leginkább társadalmi beavatkozást kívánó magatartásnak a kábítószer-fogyasztást tekintik. Azzal együtt, hogy a drogfüggőket a többség inkább betegnek tartja, a probléma mérséklését elsősorban a büntetőjogi intézkedésektől várja, és csak másodsorban a prevenció beavatkozásokat és a társadalmi összefogás fokozásától, a közösségi erőforrások mozgósításától. A veszélyészlelés szerenkénti differenciáltságának alacsony szintjével összhangban, a lakosság gondolkodásában a marihuána/hasis, illetve a heroin-fogyasztás vonatkozásában a drogpolitikai elképzelések differenciálódása is csak igen kis mértékben jelenik meg, mindkét szer esetében a restriktív drogpolitikával való nagyfokú egyetértés fogalmazódik meg.

#### AZ EREDMÉNYEK NYEMZETKÖZI KONTEXTUÁLÁSÁNAK ÖSSZEFOGLALÁSA

Kutatási eredményeinket a - kilencvenes évek második felében, az EMCDDA koordinálásával - több európai osztrág felnőtt népességére kiterjedő vizgálsorozat eredményeivel (EMCDDA, 1999) összehasonlítva, sok dimenzióban hasonlóságokat mutató, ezzel együtt összességében kedvező képet kaptunk, de emellett óvatosságra intő, figyelmeztető eltéréseket is tapasztaltunk.

Mindenképpen kedvező tapasztalat, hogy a hazai felnőtt népesség esetében a tiltott drogok prevalencia értékei rendre alatta maradnak a vizsgált európai országok átlagának. A felnőttekre vonatkozó prevalencia értékek alapján képzett sorrendben kilenc európai ország között hazánk a 8. helyen található. 1995-ben a 16

éves középiskolás korosztály esetében hasonló volt a helyzete, a tiltott drogokra mindössze két ESPAD országban mértek a hazainál alacsonyabb életprevalencia értéket. Ugyanakkor az ezredfordulóra a 16 évesek drogérinthettsége alapján már az országok egyharmada mögénk került. Ez a hazai fiatal populációk európai átlagnál intenzívebb érintettség-növekedése megjelenik a felnőtt népességre vonatkozó adatokban is. A felnőtt népesség relatíve alacsony érintettségével szemben a fiatal korosztályok felé haladva a hazai népesség kitettsége más európai országokhoz képest meredekebben növekszik, a legfiatalabb korcsoport kitettsége nem csak más hazai korcsoportokhoz képest magas, hanem már európai viszonylatban sem elhanyagolható (lásd korábban a 18. ábrán).

A tiltott drogok hazai struktúrája sokban hasonlít a legtöbb európai országban tapasztaltnak. A legnagyobb prevalencia értékek nálunk is a kannabisz esetében jelentkeznek, és a legalacsonyabb kipróbálási arány pedig a heroin esetében figyelhető meg. E tekintetben ugyanakkor ismét megfigyelhetők hazai/kelet-európai sajátosságok. A tiltott drogok fogyasztási piramisa hazánkban meredekebb. Míg az európai országok többségében a kannabisz-fogyasztás viszonylag független más tiltott drogok fogyasztásától addig nálunk a különböző szerek fogyasztótáborát, így a marihuána és egyéb drogok fogyasztói között is igen nagy átfedések figyelhetők meg. Különösen magas Magyarországon a kannabisz-használók között az ecstasy, valamint az amfetamin-használat elterjedése, illetve más országokhoz képest – ahol a heroin használata igen alacsony szerepet kap a marihuána használók között –, hazánkban a heroin szerepe is jelentős. Ezen tapasztalatok ismét összecsengenek a korábbi, fiatal – 16-17 éves – populáción megfigyeltekkel.

Szintén kedvezőtlen jellezője a hazai helyzetnek, hogy a nyugtató/altató fogyasztás magyarországi prevalencia értéke minden időszakra vonatkozóan meghaladják a vizsgált európai országokban kapott átlagértékeket (31. táblázat). A hazai értékek különösen magasnak tekinthetők a rövid idejű prevalencia értékek vonatkozásában. Ugyanakkor kedvező jelenség, hogy a nyugtató/altató fogyasztás az magyarországon nem mutat kapcsolatot a tiltott drogok fogyasztásával.

Hasonlóképpen ambivalens eredményekről számolhatunk be az lakossági vélekedések területén. A magyarországi drogfogyasztással kapcsolatos attitűdállapotokat más európai országok kontextusában értelmezve, az adatok – a középiskolás populációra vonatkozó tapasztalatokhoz hasonlóan (Hibell et al., 2000) – a magyar lakosság „szigorú” hozzáállásról tanúskodnak. Ez megjelenik a veszélyészlelés

tekintetében éppíúgy, mint a represszív drogpolitikával kapcsolatos egyetérő vélemények nagy arányában. Ugyanakkor a drogfüggőkkel kapcsolatban hazai viszonyulásokra jellemző a nagyarányú dekriminalizáló megítélés, ami nem csak a többi hazai attitűdváltozóhoz képest kiemelkedő, hanem más európai országok kontextusában is magasnak mondható.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

ABELSON, R.P. – LOFFUS, E. F. – GREENWALD, A. G. (1992): Attempts to Improve the Accuracy of Self-Reports of Voting. In: Tanur, J. M. (ed.): *Questions about Questions New York*. Russell Sage Foundation

ANDORKA R. (1994): Deviáns viselkedések Magyarországon – általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmak segítségével. In: Münnich I. – Moksony F (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Közélet Kiadó. Budapest.

BÁCSKAI E.- GEREVICH J. (1997): *Iffjúság és drogfogyasztás*. Drogmegelőzési Módszertani Központ. Budapest.

BILLINGS, J. (1903): Data relating to the use of alcoholic drinks among brainworkers in the United States. In: J.S. Billings, (ed): *Physiological Aspects of the Liquor Problem*, vol. 1. Houghton Mifflin. Boston.

DEMETROVICS ZS. (1998): *Drog és Disco Budapesten. Táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok szocio-demográfiai jellemzői és drogfogyasztási szokásai*. Budapesti Szociális Forrásközpont. Budapest.

DEMETROVICS ZS. (2001): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein*. NDI Szakmai Forrás Sorozat. Kutatások I. L'Harmattan. Budapest.

DURKHEIM, É. (1982): *Az öngyilkosság*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest.

ELEKES ZS. (1999): Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. In: *Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről*. In: Ritter Ildikó (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről*. ISMertető 5. ISM. Budapest.

ELEKES ZS. - LIPTAY G. (1987): *Alkoholfogyasztás és más deviáns viselkedésformák elterjedtsége Magyarországon*. TBZ Bulletin XI. A társadalmi beilleszkedés zavarainak kutatása Programtanácsa. Budapest.

ELEKES ZS. - PAKSI B. (1994): Adalékok a magyarországi drogfogyasztás alakulásához. In: Münnich I. - Moksony F. (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Közélet Kiadó. Budapest.

ELEKES ZS. - PAKSI B. (1996): *A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása*. Népjóléti Minisztérium. Budapest.

ELEKES ZS. - PAKSI B. (1999): *Középiskolások droghasználata és alkoholfogyasztása Magyarországon*. Kutatási beszámoló.BKAE Viselekedéskutató Központ. Budapest.

ELEKES ZS. (1999): Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. In: Ritter Ildikó (szerk.) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. ISMertető. ISM. Budapest.

ELEKES ZS. - PAKSI B. (2000a): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon*. ISMertető 8. ISM. Budapest.

ELEKES ZS. - PAKSI B. (2000b): Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. In: Ritter Ildikó (szerk.) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. ISMertető 12. ISM. Budapest.

ELEKES ZS. (2002): Az alkohol- és drogfogyasztás fontosabb indikátorai. In: *Egyes deviáns viselkedési formák fontosabb indikátorai*. Társadalmijelzőszám-füzetek. KSH, Budapest. 5-28.

EMCDDA (1996): *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union, 1995*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon. Portugal.

EMCDDA (1997): *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon. Portugal.

EMCDDA (1999): *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon. Portugal.

FERENCZHALMY B. (2002): *Az ezredvégi kultúra és a társadalmi változások lenyomata a magyarországi drogfogyasztó fiatalok gondolkodásában*. Szakdolgozat. BKÁE. Budapest.

GYENEI M. (1997): Anómia és elidegenedés a cigányságnál. *Társadalom és Gazdaság* 2.

HIBELL B. – ANDERSSON B. (1994): *Project Plan - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. The ESPAD project. CAN. Stockholm. Sweden.

HIBELL, B. - ANDERSSON, B. - BJARNASSON, T. - KOKKEVI, A. - MORGAN, M. – NARUSK, A. (1997): *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.

HIBELL, B.- ANDERSSON, B. – AHLSTRÖM, S. – BALAKIREVA, O. - BJARNASSON, T. - KOKKEVI, A. - MORGAN, M. (2000): *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. Stockholm. Sweden.

JONSSON, E. - NILSSON. T. (1967): *A joint Nordic study of the drinking habits of adults males*. Manuscript. Stockholm.

JOHNSTON L. – DRIESSEN F. – KOKKEVI A. (1994): *Surveying Student Drug Misuse: A six-country pilot study*. Council of Europe. Strasbourg. France.

KÓ J. (1998): Vélemények a bűnözésről. In: Irk F. (szerk.): *Kriminológiai és Kriminálisztikai Tanulmányok XXXV*. OKKri. Budapest.

KOKKEVI A. – STEFANIS C.N. (1994) *Licit and illicit drug use in Greece: trends in general al school population*. University Mental Health Research Institute. Athens.

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (1999): *Helységnévtár*. KSH. Budapest. [www.KSH.hu/helysegnévtar](http://www.KSH.hu/helysegnévtar)

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2000): *Népmozgalom*. KSH. Népesedés-, egészségügyi és szociális statisztikai főosztály. Budapest.

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2001): *Népmozgalom*. KSH. Népesedés-, egészségügyi és szociális statisztikai főosztály. Budapest. [www.KSH.hu/xftp/word7/nepmozgalom](http://www.KSH.hu/xftp/word7/nepmozgalom)

MAKELA, K. (1971): *Measuring the Consumption of Alcohol in the 1968-1969 Alcohol Consumption Study*, Report No 2. Social Research Institute of Alcohol Studies. Helsinki.

MENARD S. – HUIZINGA D. (1989): Age, period, cohort size effects on self reported alcohol, marijuana and poly drug use: results from the National Youth Survey. *Social Science Research*, 18. 174-194.

MERTON, R.K. (1980): *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Gondolat. Budapest

MURÁNYI I. - SERES I. (1994): *Lebegéshez nem kell pótszer. Drogfogyasztás a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei középiskolások körében*. Nyíregyháza.

MURÁNYI I (1996): *Drogfogyasztás a Hajdú-Bihar megyei fiatalok körében*. Hajdú-Bihar megyei ÁNTSZ. Debrecen.

PAKSI B. (1993): A hazai vizsgálatok áttekintése. In: Elekes Zs.: Magyarországi droghelyzet a kutatások tükrében. OAI. Budapest.

PAKSI B.(1997a): A drogjelenség magyarországi kutatásának módszertani problémái, lehetőségei. In.: Paksi B. - Hegedüs R. - Bozsonyi K (szerk). *Collocquamur. Szociológiai Műhelytanulmányok*. BKE Szociológia Tanszék, Budapest. 209-235.

PAKSI B. (1997b): Lehetőségek és problémák a magyarországi drogepidemiológiai kutatásokban. *Szenvedélybetegségek* 2. 114-126.

PAKSI B. (1998): Szenvedélybetegségek: dohányzás, alkohol-, és drogfogyasztás. In: Polonyi G. (szerk.): *Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról*. Zárójelentés. TÁRKI. Budapest:

PAKSI B. (1999): *A drogfogyasztás populációs prevalenciájának becslése. Iskolából kimaradók vizsgálata*. Kutatási beszámoló. OKTK. Budapest.

PAKSI B. (2000a): *A „lázadó értelmiség” szigete. Kutatási beszámoló az „Egy speciális populáció szenvedélyszer használata – Pepsi Sziget 2000 kutatásról”*. Kézirat.

PAKSI B. (2000b): A szintetikus drogok epidémiája Magyarországon a 90-es évek végén. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *A szintetikus drogok világa*. Animula. Budapest.

PAKSI B.(2001): A magyar társadalom droggal kapcsolatos gondolkodásának alakulása az évezred utolsó éveiben. In.: Dr. Dienes E. – Takáts Á (szerk.) *Tanulmányok és műhelybeszámolók. A XV. Munka- és szervezetpszichológiai szakmai napok előadásai*. Országos Munkaügyi Kutató és Módszertani Központ. Foglalkoztatási Hivatal. Budapest.

PAKSI B.(2002): A drogfogyasztás prevalenciaértékei, mintázata, tendenciái. In: Ritter Ildikó (szerk): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. GYISM. Budapest.

PAKSI B. (2002b): A magyarországi drogfogyasztás elterjedtsége és rizikótényezői. V. Magyar Gyógyszerész Napok. Balatonfüred: június 13-15.

POMPIDOU GROUP (1995) *Population survey in epidemiological research on drug use in Europe: Core Items and methodological aspects*. 23rd Meeting of experts in Epidemiology of drug problems. Strasbourg. 9-10 November

SIMPURA, J. - KNIBBE, R. - KRAUS, L. - HELASTI K. (2000): Behind the questions: intercultural differences in answering questions on drinking behaviour in health Interview Surveys. Paper presented at the 26<sup>th</sup> Annual *Alcohol Epidemiology Symposium, Kjetil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol*. 2000 June. Oslo. Norway.

SANDWIJK J.P. – COHEN P.D.A. – MUSTERD S. (1991): *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1991 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Instituut voor Sociale Geografia, Univesiteit Amsterdam.

SANDWIJK J.P. – COHEN P.D.A. – MUSTERD S. (1995): *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Instituut voor Sociale Geografia, Univesiteit Amsterdam.

SWIECICKI, A. (1972): Teenagers and drinking in Poland. *Drinking and Drug Practices Surveyor* 6: 4-6.

UNITED NATIONS: (1999): Reduction of illicit demand for drugs: world situation with regard to drug abuse, with particular emphasis on youth and drug abuse. Youth and drugs: a global overview. *Economic and Social Council. Commission on Narcotic Drugs. Forty-second session*. Vienna, 16-25 March. Report of the Secretariat. 11 January

WILSNACK, S. - BLOOMFIELD. K. - MONTEIRO, M. - ROOM, R. (1999): *Gender, Culture, and Alcohol: A Multi-National Study. Grant Application*. University of North Dakota.

# MELLÉKLETEK

KIEGÉSZÍTŐ TÁBLÁZATOK

A KUTATÁS KÉRDŐÍVE



## KIEGÉSZÍTŐ TÁBLÁZATOK

### RÉSZVÉTELI HAJLANDÓSÁGGAL KAPCSOLATOS TÁBLÁZATOK

*M1. táblázat: Az elutasítás miatti pótlások nemenként  
(az összes pótminta-alkalmazás százalékában)*

| NEM      | NEM ELUTASÍTÁS<br>MIATTI PÓTLÁS | ELUTASÍTÁS MIATTI<br>PÓTLÁS | ÖSSZESEN |
|----------|---------------------------------|-----------------------------|----------|
| FÉRFIAK  | 65,2                            | 34,8                        | 100,0    |
| NŐK      | 60,8                            | 39,2                        | 100,0    |
| ÖSSZESEN | 62,9                            | 37,1                        | 100,0    |

(p=0,082)

*M2. táblázat: Az elutasítás miatti pótlások korcsoportonként  
(az összes pótminta-alkalmazás százalékában)*

| KORCSOPORT   | NEM ELUTASÍTÁS<br>MIATTI PÓTLÁS | ELUTASÍTÁS MIATTI<br>PÓTLÁS | ÖSSZESEN |
|--------------|---------------------------------|-----------------------------|----------|
| 18-24 ÉVESEK | 78,0                            | 22,0                        | 100,0    |
| 25-29 ÉVESEK | 66,7                            | 33,3                        | 100,0    |
| 30-34 ÉVESEK | 69,3                            | 30,7                        | 100,0    |
| 35-39 ÉVESEK | 61,3                            | 38,7                        | 100,0    |
| 40-44 ÉVESEK | 57,3                            | 42,7                        | 100,0    |
| 45-49 ÉVESEK | 58,0                            | 42,0                        | 100,0    |
| 50-54 ÉVESEK | 63,6                            | 36,4                        | 100,0    |
| 55-59 ÉVESEK | 48,4                            | 51,6                        | 100,0    |
| 60-65 ÉVESEK | 64,1                            | 35,9                        | 100,0    |
| ÖSSZESEN     | 63,0                            | 37,0                        | 100,0    |

(p<0,001)

M3. táblázat: Az elutasítás miatti pótlások régióként  
(az összes pótminta-alkalmazás százalékában)

| RÉGIÓ    | NEM ELUTASÍTÁS<br>MIATTI PÓTLÁS | ELUTASÍTÁS MIATTI<br>PÓTLÁS | ÖSSZESEN |
|----------|---------------------------------|-----------------------------|----------|
| BUDAPEST | 58,9                            | 41,1                        | 100,0    |
| ÉNY      | 57,4                            | 42,6                        | 100,0    |
| DNY      | 76,9                            | 23,1                        | 100,0    |
| KÖZÉP-K  | 57,3                            | 42,7                        | 100,0    |
| ÉK       | 79,5                            | 20,5                        | 100,0    |
| DK       | 59,4                            | 40,6                        | 100,0    |
| ÖSSZESEN | 62,9                            | 37,1                        | 100,0    |

(p<0,001)

#### ÉRVÉNYESSÉGGEL ÉS MEGBÍZHATÓSÁGGAL KAPCSOLATOS TÁBLÁZATOK

M4. táblázat: A különböző idejű életprevalencia értékekben jelentkező inkonzisztens válaszok száma és aránya

|                          | INKONZISZTENS<br>VÁLASZOLÓK<br>SZÁMA (FŐ) | INKONZISZTENS VÁLASZOK<br>ARÁNYA AZ ÖSSZES<br>VÁLASZOLÓ %-ÁBAN |
|--------------------------|---|--|
| ALKOHOLFOGYASZTÁS        | 83  | 3,5  |
| BERÚGÁS                  | 16  | 0,7  |
| NYUGTATÓ/ALTATÓ          | 18  | 0,7  |
| MARIHUÁNA                | 0   | 0,0  |
| ECSTASY                  | 1   | 0,04   |
| AMFETAMIN                | 1   | 0,04   |
| KOKAIN                   | 0   | 0,0  |
| HEROIN                   | 0   | 0,0  |
| EGYÉB OPIÁT              | 0   | 0,0  |
| RELEVIN <sup>97</sup>    | 0   | 0,0  |
| LSD                      | 0   | 0,0  |
| CRACK                    | 0   | 0,0  |
| ALKOHOL-GYÓGYSZER EGYÜTT | 1   | 0,04   |
| INHALÁNSOK               | 0   | 0,0  |

<sup>97</sup> A RELEVIN a kérdőívben szerepeltetett dummy-drog.

*M5. táblázat: Missing arányok a különböző prevalencia-kérdésekben*

|                             | ÉLET-<br>PREVALENCIA | ÉVES<br>PREVALENCIA | HAVI<br>PREVALENCIA |
|-----------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| ALKOHOLFOGYASZTÁS           | 6,6                  | 5,3                 | 2,6                 |
| BERÚGÁS                     | 9,0                  | 14,9                | 15,6                |
| NYUGTATÓ/ALTATÓ             | 8,1                  | 15,0                | 15,3                |
| MARIHUÁNA                   | 8,7                  | 10,3                | 10,9                |
| ECSTASY                     | 9,8                  | 11,4                | 11,9                |
| AMFETAMIN                   | 9,8                  | 11,4                | 12,0                |
| KOKAIN                      | 9,9                  | 11,4                | 12,0                |
| HEROIN                      | 9,9                  | 11,4                | 12,0                |
| EGYÉB OPIÁT                 | 9,9                  | 11,4                | 12,0                |
| RELEVIN <sup>98</sup>       | 10,0                 | 11,4                | 12,0                |
| LSD                         | 9,9                  | 11,4                | 12,0                |
| CRACK                       | 9,9                  | 11,4                | 12,0                |
| ALKOHOL-GYÓGYSZER<br>EGYÜTT | 9,8                  | 11,4                | 12,0                |
| INHALÁNSOK                  | 9,9                  | 11,4                | 12,0                |

<sup>98</sup> A RELEVIN a kérdőívben szerepeltetett dummy-drog.

## DROGHASZNÁLATTAL KAPCSOLATOS TÁBLÁZATOK

*M6. táblázat: Életprevalencia értékek a válaszolók százalékában*

| SZEREK/SZERC SOPORTOK                      | ÉLET-<br>PREVALENCIA<br>18-65 ÉVESEK | 35 ÉVES KOR ALATT |      |
|--|--------------------------------------|-------------------|------|
|  |                                      | FFI               | NŐ   |
| TILTOTT DROG + INHALÁNS                    | 6,5                                  | 19,6              | 9,3  |
| TILTOTT DROG                               | 6,4                                  | 19,6              | 9,3  |
| MARIHUÁNA                                  | 5,7                                  | 17,6              | 8,5  |
| HEROIN                                     | 0,5                                  | 1,2               | 0,3  |
| EGYÉB OPIÁT                                | 0,5                                  | 1,0               | 0,5  |
| OPIÁTOK ÖSSZESEN                           | 0,7                                  | 2,0               | 0,5  |
| KOKAIN                                     | 0,7                                  | 1,5               | 0,8  |
| CRACK                                      | 0,3                                  | 0,5               | 0    |
| KOKAIN ÖSSZESEN                            | 0,8                                  | 1,7               | 0,8  |
| AMFETAMIN                                  | 1,6                                  | 5,0               | 1,8  |
| ECSTASY                                    | 2,0                                  | 6,2               | 2,6  |
| LSD  | 1,6                                  | 5,2               | 0,8  |
| ALKOHOL-GYÓGYSZER EGYÜTT                   | 1,5                                  | 3,9               | 1,8  |
| NYUGTATÓ/ALTATÓ ORVOSI<br>REND. NÉLKÜL     | 16,0                                 | 13,3              | 24,0 |
| VISSZAÉLÉSSZERŰ<br>GYÓGYSZERFOGY. ÖSSZESEN | 17,5                                 | 10,8              | 22,0 |
| INHALÁNSOK                                 | 0,6                                  | 1,0               | 0,0  |
| EGYÉB DROGOK                               | 0,5                                  | 1,0               | 0,3  |
| INTRAVÉNÁS HASZNÁLAT                       | 0,3                                  | 0,5               | 0,0  |

*M7. táblázat: A biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia értéke a vidéki válaszolók körében, településméret kategóriánként*

| TELEPÜLÉSMÉRET        | TILTOTT DROGOT ÉS/VAGY INHALÁNST FOGYASZTOTT |
|-----------------------|--|
| MAXIMUM 1.000 LAKOS   | 0,8  |
| 1.000-4.999 LAKOS     | 2,0  |
| 5.000-9.999 LAKOS     | 3,4  |
| 10.000-49.999 LAKOS   | 4,6  |
| 50.000-149.999 LAKOS  | 8,9  |
| MINIMUM 150.000 LAKOS | 7,2  |
| ÖSSZESEN              | 4,2  |

(p=0,001)

*M8. táblázat: A biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia értéke a vidéki válaszolók körében, régióként*

| RÉGIÓ    | TILTOTT DROGOT ÉS/VAGY INHALÁNST FOGYASZTOTT |
|----------|--|
| ÉNY      | 6,0  |
| DNY      | 2,5  |
| KÖZÉP-K  | 5,4  |
| ÉK       | 2,9  |
| DK       | 3,7  |
| ÖSSZESEN | 4,2  |

(p=0,175)

*M9. táblázat: A biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia értéke az északnyugati régióban, és a vidéki lakosság más régióba tartozó lakossága körében*

| RÉGIÓ            | TILTOTT DROGOT ÉS/VAGY INHALÁNST FOGYASZTOTT |
|------------------|--|
| ÉNY              | 6,0  |
| MINDEN MÁS RÉGIÓ | 3,8  |
| ÖSSZESEN         | 4,2  |

(p=0,069)

*M10. táblázat: A biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia értéke a fővárosi almintában, életkor és nem szerint*

| TILTOTT DROGOT ÉS/VAGY INHALÁNST<br>FOGYASZTOTT |      |
|---|------|
| FÉRFIAK   |      |
| 35 ÉV ALATTIAK                                  | 40,6 |
| 35 ÉV FELETTIEK                                 | 7,9  |
| NŐK   |      |
| 35 ÉV ALATTIAK                                  | 25,9 |
| 35 ÉV FELETTIEK                                 | 2,2  |

(p=0,001)

*M11. táblázat: A biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia értéke a vidéki almintában, életkor és nem szerint*

| TILTOTT DROGOT ÉS/VAGY INHALÁNST<br>FOGYASZTOTT |      |
|---|------|
| FÉRFIAK   |      |
| 35 ÉV ALATTIAK                                  | 14,3 |
| 35 ÉV FELETTIEK                                 | 1,7  |
| NŐK   |      |
| 35 ÉV ALATTIAK                                  | 4,8  |
| 35 ÉV FELETTIEK                                 | 0,5  |

(p=0,001)

## VISSZAÉLÉSSZERŰ GYÓGYSZERFOGYASZTÁSSAL KAPCSOLATOS TÁBLÁZATOK

*M12. táblázat: A visszaélésszerű gyógyszerhasználat életprevalencia értéke korcsoportonként (a válaszolók százalékában)*

| KORCSOPORT | n   | VISSZAÉLÉSSZERŰ<br>GYÓGYSZERHASZNÁLAT |
|------------|-----|---------------------------------------|
| 18-24      | 317 | 19,2                                  |
| 25-29      | 247 | 18,2                                  |
| 30-34      | 218 | 17,9                                  |
| 35-39      | 177 | 18,1                                  |
| 40-49      | 496 | 15,3                                  |
| 50-65      | 639 | 17,7                                  |

p=0,789

*M13. táblázat: A visszaélésszerű gyógyszerhasználat életprevalencia értéke településméret kategóriánként (a válaszolók százalékában)*

| TELEPÜLÉSMÉRET        | A VISSZAÉLÉSSZERŰ GYÓGYSZERHASZNÁLAT ÉLETPREVALENCIA ÉRTÉKE |
|-----------------------|---|
| MAXIMUM 1.000 LAKOS   | 9,2   |
| 1.000-4.999 LAKOS     | 12,4  |
| 5.000-9.999 LAKOS     | 16,5  |
| 10.000-49.999 LAKOS   | 18,3  |
| 50.000-149.999 LAKOS  | 20,9  |
| MINIMUM 150.000 LAKOS | 21,7  |
| ÖSSZESEN              | 16,2  |

(p=0,001)

#### ATTITÜDÖKKEL KAPCSOLATOS TÁBLÁZATOK

*M14. táblázat: A különböző szerek kipróbálásának, illetve rendszeres használatának veszélyességével kapcsolatos vélemények összehasonlítása (% , illetve átlag)*

| SZEREK                             | NAGYON VESZÉLYES VÁLASZOK ARÁNYA% |                      | A VÁLASZOK ÁTLAGA |                      |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
|                                    | KIPRÓBÁLÁS                        | RENDSZERES HASZNÁLAT | KIPRÓBÁLÁS        | RENDSZERES HASZNÁLAT |
| MARIHUÁNA                          | 71,1                              | 89,6                 | 3,55              | 3,89                 |
| LSD                                | 76,8                              | 91,7                 | 3,71              | 3,92                 |
| AMFETAMIN                          | 76,8                              | 90,7                 | 3,72              | 3,92                 |
| KOKAIN VAGY CRACK                  | 82,2                              | 92,9                 | 3,80              | 3,93                 |
| ECSTASY                            | 75,0                              | 89,7                 | 3,69              | 3,91                 |
| SZIPUZÁS                           | 78,8                              | 91,9                 | 3,75              | 3,92                 |
| NYUGTATÓK (ORVOSI JAVASLAT NÉLKÜL) | 65,4                              | 83,2                 | 3,51              | 3,81                 |
| OPIÁTOK                            | 75,9                              | 88,6                 | 3,74              | 3,92                 |

M15. táblázat: A különböző szerfogyasztó magatartások veszélyességének megítélése<sup>99</sup> (%)

| fogyasztói magatartás                                       | VESZÉLYESSÉG     |           |        | ÁTLAG |
|---|------------------|-----------|--------|-------|
|   | NEM V.<br>KICSIT | KÖZEPESEN | NAGYON |       |
| ALKALMI CIGARETTÁZÁS  | 68,5             | 19,7      | 8,5    | 2,13  |
| NAPI EGY VAGY TÖBB DOBOZ CIGARETTA<br>ELSZÍVÁSA             | 13,6             | 19,7      | 64,4   | 3,48  |
| EGY-KÉT ITAL ELFOGYASZTÁSA MAJDNEM<br>MINDEN NAP            | 44,7             | 30,4      | 22,3   | 2,62  |
| ÖT VAGY TÖBB ITAL ELFOGYASZTÁSA MINDEN<br>HÉTVÉGÉN          | 17,7             | 29,8      | 49,8   | 3,29  |
| MARIHUÁNA VAGY HASIS KIPRÓBÁLÁSA<br>EGYSZER VAGY KÉTSZER    | 12,8             | 11,2      | 71,1   | 3,55  |
| MARIHUÁNA VAGY HASIS ALKALMI<br>FOGYASZTÁSA                 | 7,1              | 10,5      | 78,0   | 3,71  |
| MARIHUÁNA VAGY HASIS RENDSZERES<br>FOGYASZTÁSA              | 13,0             | 3,2       | 89,6   | 3,89  |
| LSD KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER VAGY KÉTSZER                        | 6,9              | 11,1      | 76,8   | 3,71  |
| LSD RENDSZERES FOGYASZTÁSA                                  | 2,0              | 1,9       | 91,7   | 3,92  |
| AMFETAMIN KIPRÓBÁLÁSA                                       | 6,6              | 10,6      | 76,8   | 3,72  |
| AMFETAMIN RENDSZERES FOGYASZTÁSA                            | 2,1              | 2,0       | 90,7   | 3,92  |
| KOKAIN VAGY CRACK KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER<br>VAGY KÉTSZER       | 4,1              | 8,5       | 82,2   | 3,80  |
| KOKAIN VAGY CRACK RENDSZERES<br>FOGYASZTÁSA                 | 1,9              | 0,8       | 92,9   | 3,93  |
| ECSTASY KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER VAGY<br>KÉTSZER                 | 7,8              | 11,0      | 75,0   | 3,69  |
| ECSTASY RENDSZERES FOGYASZTÁSA                              | 2,0              | 2,8       | 89,7   | 3,91  |
| RENDSZERES SZIPUZÁS   | 2,0              | 1,6       | 91,9   | 3,92  |
| NYUGTATÓK KIPRÓBÁLÁSA (ORVOSI<br>JAVASLAT NÉLKÜL)           | 13,6             | 15,4      | 65,4   | 3,51  |
| NYUGTATÓK RENDSZERES HASZNÁLATA<br>(ORVOSI JAVASLAT NÉLKÜL) | 4,2              | 7,9       | 83,2   | 3,81  |
| OPIÁTOK KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER VAGY<br>KÉTSZER                 | 5,7              | 10,4      | 75,9   | 3,74  |
| OPIÁTOK RENDSZERES FOGYASZTÁSA                              | 1,9              | 2,2       | 88,6   | 3,92  |

<sup>99</sup> A megkérdezettek a táblázatban felsorolt szerhasználatok veszélyességével kapcsolatos véleményüket négyfokozatú skálán fejezheték ki (1 - nem veszélyes; 2 - kicsit veszélyes; 3 – közepesen veszélyes; 4 – nem veszélyes), illetve megkülönböztettünk egy „nem tudom választ”. A „nem tudom válaszok” aránya többnyire 4-5% körüli.



M16. táblázat: A különböző szerfogyasztó magatartások helytelenítésének mértéke<sup>100</sup> (%)

| FOGYASZTÓI MAGATARTÁS  | A MAGATARTÁSOK HELYTELENÍTÉSÉNEK MÉRTÉKE |              |                        | ÁTLAG |
|--|--|--------------|------------------------|-------|
|  | NEM<br>HELYTELENÍTI                      | HELYTELENÍTI | ERŐSEN<br>HELYTELENÍTI |       |
| ALKALMANKÉNTI CIGARETTÁZÁS   | 61,4                                     | 27,5         | 5,5                    | 1,41  |
| NAPI 10 VAGY TÖBB SZÁL CIGARETTA<br>ELSZÍVÁSA                        | 30,0                                     | 45,1         | 20,7                   | 1,90  |
| EGY-KÉT ITAL ELFOGYASZTÁSA<br>HETENTE TÖBBSZÖR                       | 57,6                                     | 29,3         | 7,6                    | 1,48  |
| HETI EGYSZERI BERÚGÁS  | 8,0                                      | 45,1         | 4,4                    | 2,36  |
| MARIHUÁNA VAGY HASIS<br>KIPRÓBÁLÁSA, EGYSZER VAGY<br>KÉTSZER         | 8,1                                      | 26,3         | 62,0                   | 2,56  |
| MARIHUÁNA VAGY HASIS<br>ALKALMANKÉNTI FOGYASZTÁSA                    | 4,6                                      | 25,0         | 66,9                   | 2,65  |
| MARIHUÁNA VAGY HASIS<br>RENDSZERES FOGYASZTÁSA                       | 1,7                                      | 21,9         | 75,2                   | 2,74  |
| LSD KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER-<br>KÉTSZER                                  | 3,1                                      | 24,9         | 68,4                   | 2,68  |
| HEROIN KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER-<br>KÉTSZER                               | 1,5                                      | 22,8         | 72,7                   | 2,73  |
| NYUGTATÓK KIPRÓBÁLÁSA<br>EGYSZER-KÉTSZER (ORVOSI<br>JAVASLAT NÉLKÜL) | 6,9                                      | 29,8         | 58,4                   | 2,54  |
| AMFETAMIN KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER-<br>KÉTSZER                            | 2,4                                      | 25,9         | 67,5                   | 2,68  |
| CRACK KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER-<br>KÉTSZER                                | 1,4                                      | 24,2         | 69,6                   | 2,72  |
| KOKAIN KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER-<br>KÉTSZER                               | 1,6                                      | 23,2         | 71,7                   | 2,73  |
| ECSTASY KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER-<br>KÉTSZER                              | 2,9                                      | 25,2         | 67,7                   | 2,67  |
| SZIPUZÁS KIPRÓBÁLÁSA EGYSZER-<br>KÉTSZER                             | 1,4                                      | 24,3         | 70,7                   | 2,72  |

<sup>100</sup> A megkérdezettek a táblázatban felsorolt magatartásokkal kapcsolatban háromfokozatú skálán fejezték ki véleményüket, (1 – nem helyteleníti; 2 - helyteleníti; 3 – erősen helyteleníti), illetve megkülönböztettünk egy „nem tudom választ”. A „nem tudom válaszok” aránya többnyire 4-5% körüli.

*M17. táblázat: A drogfogyasztó magatartások (tiltott szerek és inhalánsok) helytelenítésével kapcsolatos kérdéseken végzett főkomponens elemzés komponensmátrixa*

|                                  | 1. COMPONENTS |
|----------------------------------|---------------|
| MARIHUÁNA KIPRÓBÁLÁSA            | 0,795         |
| MARIHUÁNA ALKALMI FOGYASZTÁSA    | 0,868         |
| MARIHUÁNA RENDSZERES FOGYASZTÁSA | 0,896         |
| LSD KIPRÓBÁLÁSA                  | 0,940         |
| HEROIN KIPRÓBÁLÁSA               | 0,937         |
| AMFETAMIN KIPRÓBÁLÁSA            | 0,946         |
| CRACK KIPRÓBÁLÁSA                | 0,948         |
| KOKAIN KIPRÓBÁLÁSA               | 0,948         |
| ECSTASY KIPRÓBÁLÁSA              | 0,944         |
| INHALÁNSOK KIPRÓBÁLÁSA           | 0,926         |

*M18. táblázat: A veszélyesség-index és a helytelenítési-index átlagai az egyéb attitűdkérdések szélső értékeit választók esetében*

| ATTITŰDKÉRDÉS  | SZÉLSŐ ÉRTÉKEK           | VESZÉLYESSÉG-<br>INDEX | HELYTELENÍTÉSI-<br>INDEX |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| „MEG KELLENE ENGEDNI AZ<br>EMBEREKNEK, HOGY HASIST VAGY<br>MARIHUÁNÁT FOGYASSZANAK”            | TELJESEN EGYETÉRT        | -1,0849                | -1,3976                  |
|  | TELJESEN<br>HELYTELENÍTI | 0,1369                 | 0,0947                   |
| „MEG KELLENE ENGEDNI AZ<br>EMBEREKNEK, HOGY HEROINT<br>FOGYASSZANAK”                           | TELJESEN EGYETÉRT        | -1,5046                | -1,4419                  |
|  | TELJESEN<br>HELYTELENÍTI | 0,0736                 | 0,0369                   |
| MENNYIRE LÁTNÁ SZÍVESEN<br>SZOMSZÉDSÁGÁBAN A<br>KÁBÍTÓSZERFOGYASZTÓ SZEMÉLYT                   | SZÍVESEN LÁTNÁ           | -0,6881                | -0,1293                  |
|  | ELLENEZNE                | 0,0164                 | 0,0643                   |
| MENNYIT KELLENE KÖLTENIE A<br>TÁRSADALOMNAK A<br>DROGFogyasztás megelőzésére,<br>méréséklésére | SOKKAL KEVESEBBET        | -0,3439                | -0,2658                  |
|  | SOKKAL TÖBBET            | 0,0198                 | 0,0931                   |

## A KUTATÁS KÉRDŐÍVE <sup>101</sup>

---

<sup>101</sup> A kutatás kérdővének felhasználása a BKAE Viselkedéskutató Központ engedélyéhez kötött.

## ENGLISH SUMMARY

### SURVEY AIMS

Data on drug consumption in Hungary are available since the '60s, but even after 20 years of its appearance, we did not have reliable information about the problem. Our knowledge, however, has significantly grown in the '90s. Several drug epidemiological surveys, based on the international standards (ESPAD), have been conducted in the last decade<sup>102</sup> in the age groups that are most at risk, i.e., secondary-school students<sup>103</sup>. These surveys and the statistical data at hand indicate unambiguously that drug use has increased considerably – almost doubled - during the second half of the '90s in Hungary. (Elekes-Paksi,2000b)

At the same time, we hardly have any information on drug consumption of the normal population. Sporadic epidemiological surveys contained only a few questions about drug use in connection with other survey topics. These incidental questions, however, are barely adequate to examine the spread and real nature of the problem, and do not comply with the international standards either. The conclusion is that at the turn of the century we still do not have reliable information on the drug use habits of the normal population in Hungary, on the factors that put them at risk, or on their opinion about the behaviour accompanying the use of different drugs. The purpose of our survey, conducted in the spring of 2001, is to complete our knowledge on the above.

---

<sup>102</sup> The data was taken in a national representative sampling of high-school students in 1995 and 1999 (Elekes-Paksi,1996, 2000) and within “The European School Survey Project Alcohol and Other Drugs” (ESPAD). Also, several surveys - compliant with the ESPAD standards - that reflect the situation in various regions and major cities - were conducted during the decade.

<sup>103</sup> National and international surveys show that in the majority of the cases the first occurrence of drug use is during the high-school years.

## SUMMARY OF THE METHODOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THIS RESEARCH

|                           |   |
|---------------------------|---|
| PURPOSE OF THE RESEARCH   | estimation of general population-related prevalence of alcohol and drug consumption; risk factors of such behaviours; social attitude towards alcohol and drug consumption  |
| TARGET POPULATION         | Hungarian population aged between 18-65; size is 7,780,000 person (Budapest: 1,196,000; countryside: 6,584,000)   |
| METHOD OF SAMPLING        | Random stratified sampling: <ul style="list-style-type: none"> <li>• for the Budapest sub-sample a one-step sampling layered by districts was used</li> <li>• for the countryside sub-sample a two-step sampling layered by the location and size of municipalities was used</li> </ul> |
| OVER-SAMPLED GROUPS       | population of Budapest  |
| WEIGHTING                 | Weighted sample: national sample layered by location + Budapest sample layered by age and gender  |
| SIZE OF THE SAMPLE        | a sample in the size of 2,500 individuals split into two sub-samples: 1,000-person Budapest sub-sample<br>1,500-person countryside sub-sample   |
| SAMPLE RATE:              | Budapest: 0.0836%<br>Countryside: 0.0227%   |
| PARTICIPATION RATE        | 94.4% (86.2% in Budapest, 99.8 per cent in the countryside)   |
| METHOD OF DATA COLLECTION | “Combined” method partly through face to face interviews moderated by questioners, partly through questionnaires filled in individually   |
| QUESTIONNAIRE             | Self-completed questionnaire complying with the recommendations and standards of EMCDDA, WHO and IRGGA concerning the research of drug consumption  |
| STANDARD MARGIN           | 2.1% in the national data   |
| ERRORS OUTSIDE THE SAMPLE | Equals to the level of other research carried out according to international standards.   |
| DATA PROCESSING           | Data were processed by SPSS for Windows. When creating control variables, in drug-related questions we insisted on EMCDDA recommendations, and in alcohol-related questions on IRGGA recommendations.   |

## RESULTS

### SPREAD OF ILLICIT DRUGS

#### Lifetime prevalence of illicit drugs

Our research results show that 6.4% of the Hungarian population aged between 18-65 have already used an illicit drug<sup>104</sup> during his / her life.

The lifetime prevalence of drug consumption is showing considerable differences in the major demographic groups. Significant distinctions were observed concerning the proportion of users in particular groups created on the basis of age, gender and location.

≈ In the examined population, lifetime prevalence of drug use shows clear differences ( $p < 0.001$ ). Lifetime prevalence is around 20% in the youngest age group (18-24), and it decreases parallel to the increase of age. In the oldest age group (35+) lifetime prevalence is not exceeding 1.6%.

The tendency of a sudden decrease of prevalence in lifetime prevalence of the normal population partly reflects age characteristics and age limitation at first-time use, about which we can read more extensively in the section about first-time use. Partly it shows a social tendency which is describing the spread of drug trial in time, and which already was forecast in the drug epidemiological surveys conducted on the high-school population in the '90s (Elekes-Paksi, 2000a, 2000b). These surveys reflected a sudden and sharp increase in drug consumption (prevalence almost doubled) in the '90s. Thirdly, it reflects the short history of drug use in Hungary.

#### *Aggregate lifetime prevalence of illicit drugs per cohort*

| COHORT | n   | ILLICIT DRUGS |
|--------|-----|---------------|
| 18-24  | 318 | 20.1          |
| 25-29  | 246 | 13.0          |
| 30-34  | 214 | 7.9           |
| 35-39  | 178 | 3.9           |
| 40-49  | 510 | 0.8           |
| 50-65  | 629 | 1.1           |

$p < 0.001$

---

<sup>104</sup> Among illicit drugs we listed the following: marihuana, hashish, LSD, ecstasy, amphetamines, crack, cocaine, heroin and other opiates, intravenous drugs and other drugs. The proportion of users of any of these illicit drugs is indicating illicit drug lifetime prevalence. Questions about illicit drugs are complying with the standards set by EMCDDA (1999) and ESPAD (Hibell et. al., 2000). (See questions in attached questionnaire.)

≈ Hungarian data on drug use show the same gender patterns as international survey results. Men's lifetime prevalence is twice as much as that of women.

*Aggregate lifetime prevalence of illicit drugs per gender*

| GENDER | n    | ILLICIT DRUGS |
|--------|------|---------------|
| MALE   | 1033 | 9.0           |
| FEMALE | 1068 | 3.7           |

p<0.001

≈ In line with the results of surveys conducted lately on the high-school population (Elekes-Paksi,1996, 2000a, 2000b), the normal population's drug consumption in the capital differs significantly from that in other areas of the country (p<0.0001). lifetime prevalence of illicit drugs in the Budapest population is 4 times as serious as that of the inhabitants in the countryside.

*Aggregate lifetime prevalence of illicit drugs in Budapest and the countryside*

| MUNICIPALITY | n    | ILLICIT DRUGS<br>(p=0.002) |
|--------------|------|----------------------------|
| BUDAPEST     | 863  | 16.0                       |
| COUNTRYSIDE  | 1702 | 4.1                        |

There are differences due to urbanisation within the countryside sample as well, even though they have a lesser extent. The lifetime prevalence of drug use grows in parallel with the size of the municipality – except for the largest cities. In small municipalities inhabited by less than 1,000 people the proportion of drug trials remains below 1%. At the same time, in towns and cities with more than 50,000 inhabitants the rate of drug trials is around 8.2%. Within the countryside population, however, no significant differences occur in respect of regional location, only differences in trends can be observed<sup>105</sup>.

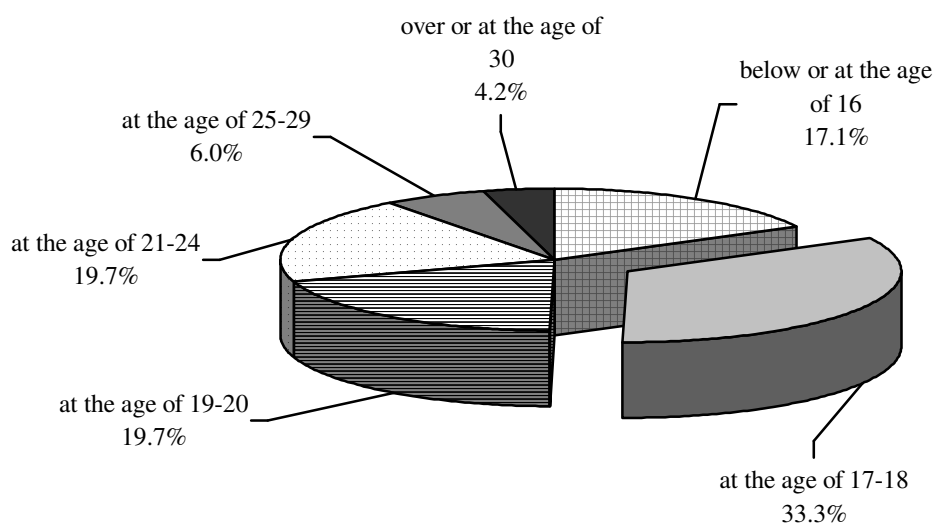
There is an approximately eighty-fold difference between the lifetime prevalence of the most and the least affected demographic groups formed on the basis of age, gender and location. The two extremes of the scale are men of Budapest younger than 35, and women of the countryside older than 35. While 40% of the former have already tried any illicit drugs, only

half per cent of women living in the countryside who are older than 35 have ever tried any drugs.

### First-time drug use

First-time drug use of today's normal population happens before their 25<sup>th</sup> year, in average at the 20<sup>th</sup> year<sup>106</sup>. 9 of 10 people, who have ever used drugs, did it before the age of 25 for the first time. Trials occur the most often at the age of 17-18, one third of users did it during their high-school years<sup>107</sup>.

*General age at first-time drug use in percentage of drug users*



The first drug used is usually marihuana or hashish. Nearly 73.2% of those who ever tried a drug have first tried cannabis. Every 15-25<sup>th</sup> user had started with ecstasy, amphetamine or inhalants. Drug users also mentioned the use of pharmaceuticals, LSD and drugs not in our list as a first toxic. No respondents used cocaine, crack or an opiate on their first trial.

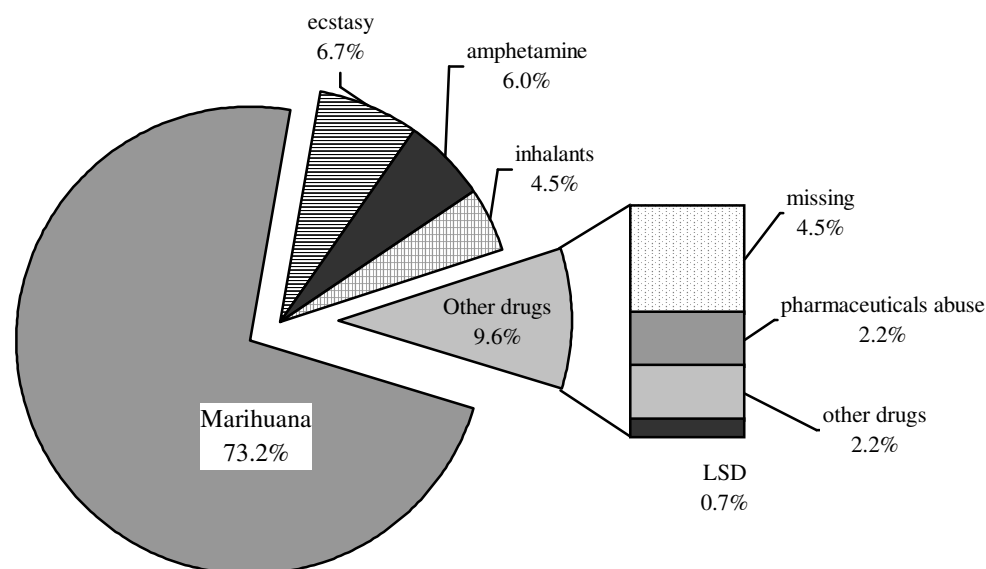
<sup>105</sup> Our data show an increased tendency of affectedness in the North-western region (prevalence: North-western region = 6%, the average of the other regions is 3.8%, p=0.069)

<sup>106</sup> Exact average is 19.7. This average is formed on the basis of answers about the year of first drug use (see questions in the questionnaire) through calculating an average of ages of earliest drug trial.

<sup>107</sup> Only 3.5% of students try drugs for the first time in the primary school at an age of 13-14.



*Dispersion of first drugs in percentage of drug users*



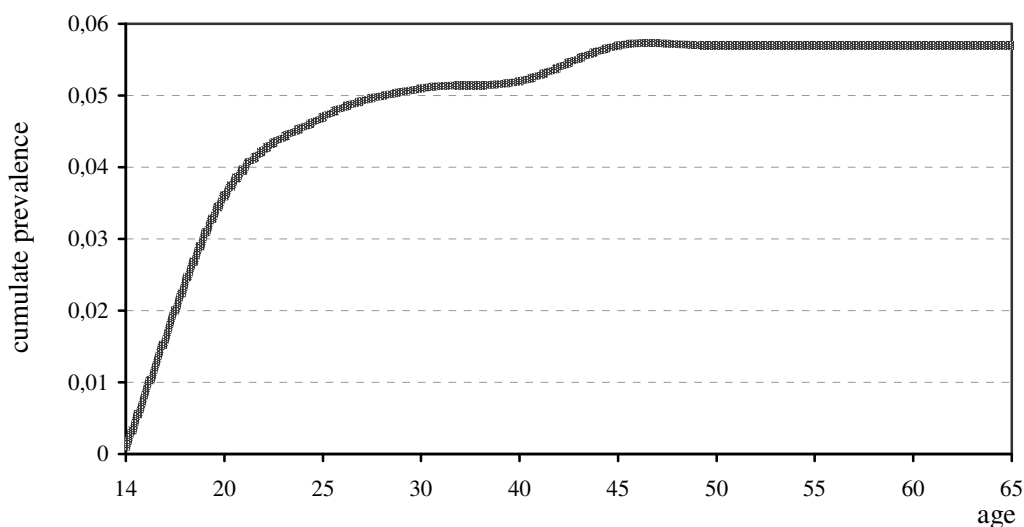
***The beginning of cannabis consumption***

As we could see, nearly two thirds of the drug users have first tried some cannabis product. 87.7% of the drug users have tried marihuana or hashish at some point. This is why we think it is important to deal with the beginning of cannabis consumption.

Average age for first cannabis use – as a consequence of the fact that this is the most commonly used drug at first time – actually coincides with the age of first-time drug use, which is around 20.

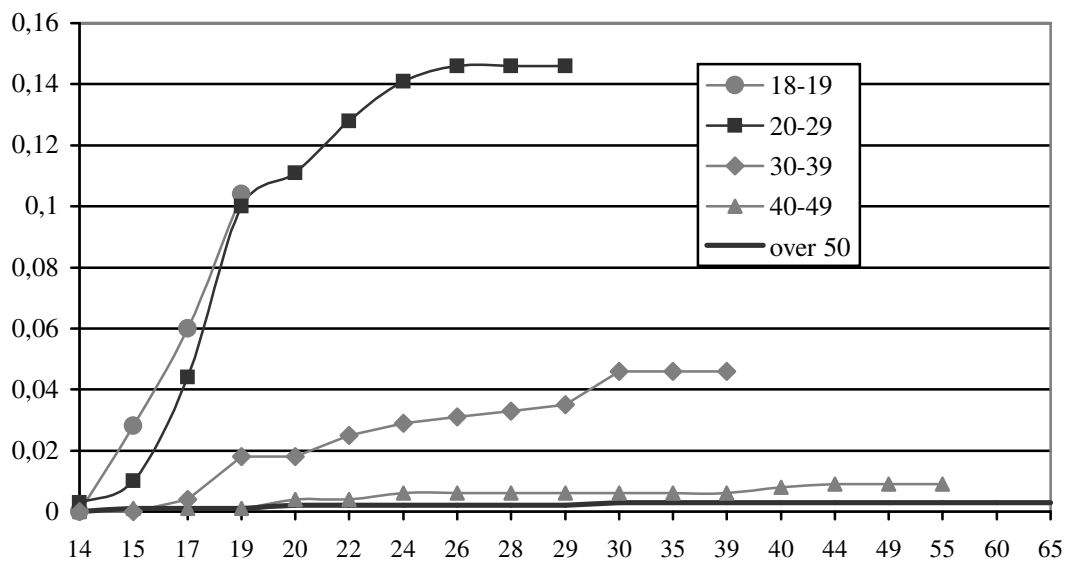
3.5% of the normal population - 18-65 - have tried marihuana between the ages of 15-20, a further 1.2% - in total 4.7% - of them had tried cannabis before the age of 25. First use rarely happens after the age of 25, but the upper age limit for first use was 44. At or over the age of 45 no first use was recorded. Based on the first-time drug use of the normal population, we can estimate the probability of cannabis consumption in different ages. This is showed in the graph below indicating the cumulate prevalence of cannabis use.

*Cumulate prevalence of cannabis use*



Due to the increasing tendency and the short presence of drug problems in Hungary, the presently forming consumption habits, the above graph and its background data about the normal population at present can only give a rough estimate. Within different age groups, risks of marijuana use are quite different in various ages. Because of the previous facts, when examining cumulative prevalence per age groups we can see that the above cumulative rate significantly underestimates the actually expected probability of marijuana consumption within the various age groups. This probability varies extremely across age groups. With respect to the form and position of the graph, we can observe the isolation of the age group over 40, in the life of whom it has always been of a minimum probability that they should try cannabis. In the age group of 30-39, the risk of cannabis use first appeared at an age of 19, and we witness a longer period of moderate risk in respect of the probability of consumption. Age groups 20-29 and 18-19 – separated from the older generations – try cannabis earlier and use it more intensively. But based on what the graph shows about the age group 20-29, the risk of consumption trial somewhat decreases, and after the 25<sup>th</sup> year the risk of getting in touch with cannabis and the further growth of lifetime prevalence is minimal.

*Cumulate lifetime prevalence of cannabis use per age groups*

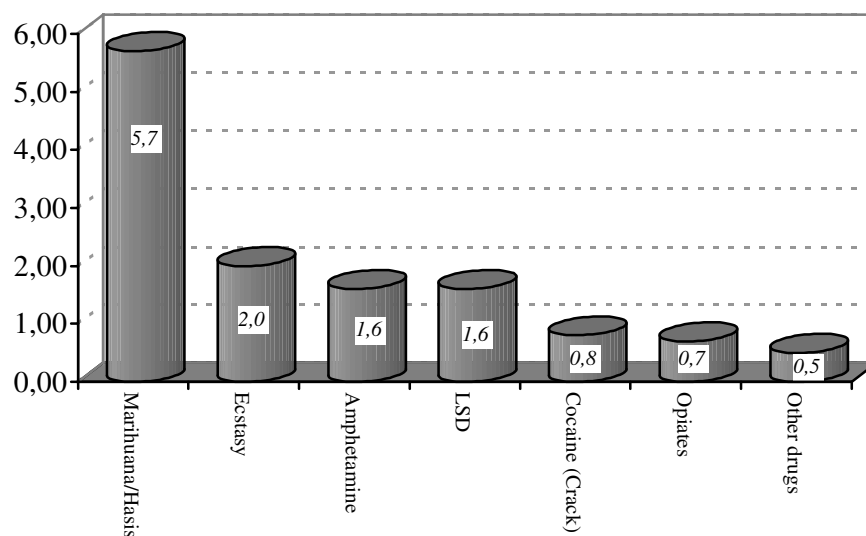


### Order of drugs and the pyramid of illicit drug use

When examining lifetime prevalence per drug, we can say that the roles different drugs take in the drug use structure are manifold and their spread takes the shape of a pyramid. Cannabis use is the most widespread. 5.7% of our respondents, thus the overwhelming majority of people who ever used drugs (87.7%) tried marijuana or hashish. In the normal population, the appearance of any other drugs is much less probable. Synthetic drugs stand at second and fourth place. There is practically no difference in their spread – the standard margin is 0.5-0.6% in the estimation, though. Ecstasy, amphetamine and LSD (1.6-2%) belong to this category. Cocaine, opiates (heroin and / or other opiates) have the smallest user basis: the rate of people who tried them remains below 1%<sup>108</sup>.

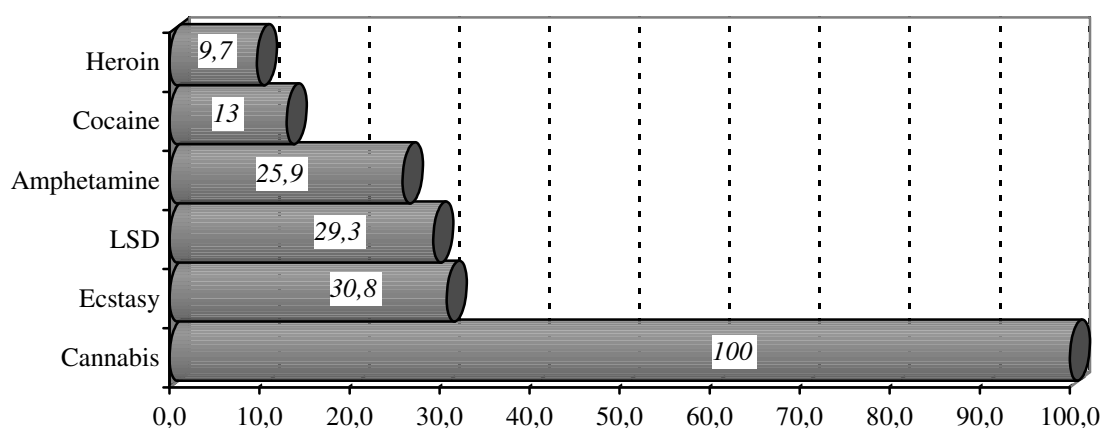
<sup>108</sup> Considering the fact that the lifetime prevalence of the dummy-drug was 0.3% (see part about methodological results), the lifetime prevalence of these drugs is excessively insignificant.

*Lifetime prevalence of different drugs sorted by spread (in the population aged 18-65, in percentage of respondents)*



In order to clearly explain the consumption structure and correlations between the use of various drugs, we formulated an “illicit drug consumption pyramid”<sup>109</sup> based on these drugs’ lifetime prevalence. The pyramid below shows how much the lifetime prevalence of the most widespread drug, marihuana/hashish overlaps other drugs’ lifetime prevalence; i.e. in what proportion did people who ever used marihuana/hashish use other drugs as well.

*Illicit drug consumption pyramid  
Lifetime prevalence of different drugs in percentage of people trying cannabis*



After comparing the values of the pyramid with lifetime prevalence in the normal population, we can say that the different drug users’ attitudes have strong correlations with

<sup>109</sup> EMCDDA (1999), pages 77-79.

each other. Consumption rates related to cannabis users are a multiple (10x) of values in the normal population. All in all, more than half of the cannabis users (54.4%) already used other illicit drugs, mainly ecstasy and/or LSD and/or amphetamine, and, to a lesser degree, heroine.

### **Continuation rate of consumption**

2.5% of the responding individuals used an illicit drug in the previous year, and 1.2% of them used an illicit drug in the previous month. Two fifth of those who ever used drugs continued to do so in the previous year, and almost one fifth of them used such illicit drugs in the previous month.

*Cumulate prevalence of different time periods (in percentage of respondents)*

|                                 | ILLICIT DRUGS |
|---------------------------------|---------------|
| LIFETIME PREVALENCE (N=2,100)   | 6.4           |
| LAST YEAR PREVALENCE (N=2,070)  | 2.5           |
| LAST MONTH PREVALENCE (N=2,047) | 1.2           |

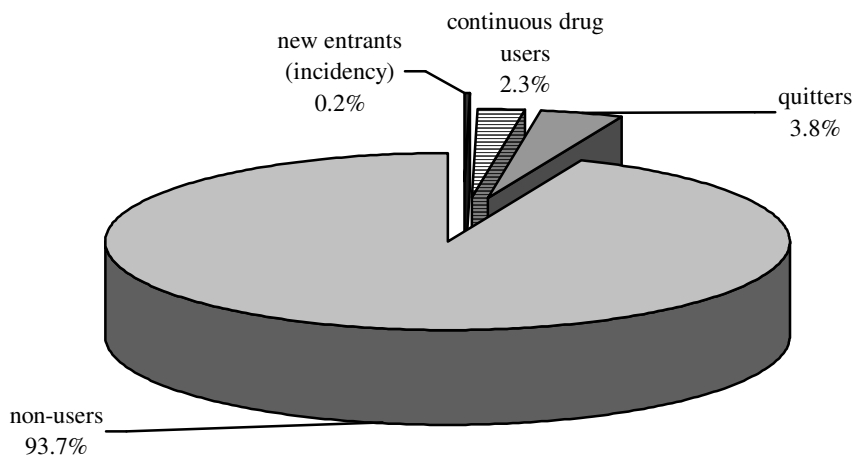
In order to reach a homogeneous drug user population, based on the correlations between the different prevalence values, we separated those who do not currently (in the last year) use any drugs (called quitters) and calculated the so-called “continuation rate of drug consumption”<sup>110</sup>. This rate shows how many of the those who answered the questions concerning lifetime and last year prevalence use drugs currently. With regard to the fact that a part of current users are not constant users – just new test users – we separated the so-called “new entrants”, thus a “continuation rate without incidence”<sup>111</sup> could be calculated. This rate shows the proportion of those who started drug use more than a year ago, and also used drug in the year of the survey.

As it can be seen in the diagram below, 3.8% of the population aged 18-65 used drugs at some point in their life, but not in the last one year; the continuous rate of users is 2.5%. Since 0.2% of all respondents started using drugs in the last one year, 2.3% is the rate of those who first tried drugs a year ago and are current users, too. They are continuous users (ref. continuation rate without incidence).

<sup>110</sup> EMCDDA (1999) page 80-81.

<sup>111</sup> New entrants are those drug users whose age at first-time drug use (illicit drug or inhalant) precedes his/her current age by a maximum of one year.

*Rate of quitters, continuous drug users and new entrants in percentage of respondents*



This means that three fifths of the people who ever used drugs in the population aged 18-65 did not use any drugs in the previous year. Two fifths of them, however, use drugs currently, and a tiny fraction of them are the ones who first used drug in the last one year – 3.2% of drug users are new entrants. In conclusion, 36.5% of those who ever used drugs can be considered as continuous users. They represent 2.3% of the population questioned during the research.

## RESULTS OF USE OF PHARMACEUTICALS

### **Spread of hypnotics and sedatives on or without a prescription<sup>112</sup>**

32.5% of the population aged 18-65 has already used hypnotics or sedatives on or without a prescription. Almost three fifths of those who ever used hypnotics or sedatives did not take them in the previous month, and two fifths have not used them since more than a year ago. 18.9% of the respondents used some hypnotic/sedative in the previous year, and 12.8% of them used these drugs in the month preceding our survey.

---

<sup>112</sup> During the research we asked separate questions about prescription referring to particular time periods. Our survey, thus, is more detailed than the EMCDDA standards, and is discussing questions of pharmaceutical use according to the ESPAD conventions. (see questions in the attached questionnaire) Aggregate prevalence on drug use on or without prescription is formulated by summing up all answers to the two question rows.

*Prevalence of hypnotics/sedatives consumption in different time periods  
(in percentage of the respondents)*

|                       | N    | PER CENT |
|-----------------------|------|----------|
| LIFETIME PREVALENCE   | 2177 | 32.5     |
| LAST YEAR PREVALENCE  | 2020 | 18.9     |
| LAST MONTH PREVALENCE | 2003 | 12.8     |

The spread of hypnotics or sedatives is markedly different across the various age and gender groups. Patterns in these dimensions, however, are deviating from the demographic characteristics of drug use. Moreover, these patterns are their opposite. As it was shown earlier, there are striking differences in the rate of affectedness in the capital and the countryside population. As far as location characteristics (capital-countryside, size of municipality, regional location) of the population questioned are concerned, there are no significant or tendency-natured<sup>113</sup> differences in the use of hypnotics or sedatives, a fact which again deviates from the patterns describing drug use attitudes.

≈ Prevalence of hypnotic/sedative use – either on prescription or without it – in any time period is considerably higher among women. Probability of hypnotics/sedatives use among women is app. twice as high as among men.

*Prevalence of hypnotic/sedative use on prescription or without it per gender  
(in percentage of respondents)*

| GENDER | USE OF HYPNOTICS OR SEDATIVES |      |      |
|--------|-------------------------------|------|------|
|        | LTP                           | LYP  | LMP. |
| MALE   | 22.7                          | 12.4 | 7.7  |
| FEMALE | 41.9                          | 25.1 | 17.7 |

p<0.0001

≈ The probability of hypnotic or sedative use is growing with age, the differences between age groups are getting more and more striking with the shorter term prevalence. While in respect of lifetime prevalence, the affectedness of the extreme age groups is “merely” twofold, in respect of last month prevalence this affectedness rate is already eightfold.

---

<sup>113</sup> In each case: p>0.1.

*Prevalence of hypnotic or sedative use on or without prescription per gender  
(in percentage of respondents)*

| COHORT | USE OF HYPNOTICS OR SEDATIVES |      |      |
|--------|-------------------------------|------|------|
|        | LTP                           | LYP  | LMP. |
| 18-24  | 18.7                          | 6.2  | 2.6  |
| 25-29  | 23.8                          | 7.6  | 4.7  |
| 30-34  | 26.2                          | 9.8  | 5.4  |
| 35-39  | 29.1                          | 17.0 | 8.8  |
| 40-49  | 36.5                          | 22.9 | 15.5 |
| 50-65  | 42.1                          | 30.1 | 22.7 |

p<0.001

**Correlation between the use of pharmaceuticals and illicit drugs**

Contrary to international experience, hypnotic or sedative use in the normal population in Hungary does not show any correlation with illicit drug consumption. While the European average of lifetime prevalence of illicit drug use among those who currently use hypnotic or sedatives – on or without prescription – is high (EMCDDA, 1999. 118p.), in Hungary we could not find any significant correlation between these consumption behaviours, and sometimes even opposite tendencies were observed.

*Prevalence of illicit drug use as per hypnotics/sedatives type (cell by cell, in percentage of respondents to both questions – highlighting significant correlations)*

|                               |                       | ILLCIT DRUG CONSUMPTION |       |       |       |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------------|-------|-------|-------|
|                               |                       | LTP                     | LYP   | LMP   |       |
| USE OF HYPNOTICS OR SEDATIVES | IN LIFE               | YES                     | 6.7   | 2.6   | 0.8   |
|                               |                       | NO                      | 6.5   | 2.4   | 1.4   |
|                               |                       | p                       | 0.483 | 0.456 | 0.157 |
|                               | IN THE LAST 12 MONTHS | YES                     | 3.4   | 1.2   | 0.6   |
|                               |                       | NO                      | 7.2   | 2.5   | 1.2   |
|                               |                       | p                       | 0.004 | 0.088 | 0.272 |
|                               | IN THE LAST 30 DAYS   | YES                     | 3.0   | 1.3   | 0.0   |
|                               |                       | NO                      | 7.0   | 2.4   | 1.2   |
|                               |                       | p                       | 0.009 | 0.220 | 0.077 |

The lack of correlation between hypnotic or sedative abuse and illicit drug use and the opposite tendency of this correlation are contradictory to not only international results, but also to research results of previous surveys on the high-school population (Elekes-Paksi,



2000). This is why we conducted a separate survey on the correlation of pharmaceutical abuse<sup>114</sup> and illicit drug consumption.

*Prevalence of illicit drug use on the basis of the appearance of pharmaceuticals abuse  
(cell by cell, in percentage of respondents answering both questions)*

|                       |                       | ILLCIT DRUG CONSUMPTION |         |         |       |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------|---------|-------|
|                       |                       | LTP                     | LYP     | LMP     |       |
| PHARMACEUTICALS ABUSE | IN LIFE               | YES                     | 12.6    | 5.6     | 3.2   |
|                       |                       | NO                      | 5.2     | 1.7     | 0.7   |
|                       |                       | p                       | <0.0001 | <0.0001 | 0.001 |
|                       | IN THE LAST 12 MONTHS | YES                     | 9.2     | 5.6     | 4.0   |
|                       |                       | NO                      | 6.3     | 2.1     | 0.9   |
|                       |                       | p                       | 0.131   | 0.014   | 0.011 |
|                       | IN THE LAST 30 DAYS   | YES                     | 8.7     | 7.5     | 3.0   |
|                       |                       | NO                      | 6.5     | 2.2     | 1.1   |
|                       |                       | p                       | 0.295   | 0.019   | 0.169 |

With regard to the illicit drug use, pharmaceutical abuse also represents a risk factor in the normal population<sup>115</sup>, however it is of less importance in the high-school population. While the exposure of pharmaceutical abusers to drug use is around 1.8 times higher than in the normal population; the exposure of the high-school population is three times higher<sup>116</sup>. This means that the two types of drug use become separate in the normal population.

After examining the overlaps of pharmaceutical abuse and illicit drug consumption in different age groups, the resulting information about the normal population underline that the correlation of the two types of drug use is characteristic of age. Among those who have ever used any drugs, only in the age group of 18-24 did we find drug use to a significantly larger extent than the lifetime prevalence characteristic of this age group's population.

<sup>114</sup> We calculated the aggregate prevalence of pharmaceuticals' use without prescription and pharmaceuticals' use with alcohol.

<sup>115</sup> Tranquilliser use on prescription in the normal population shows a significantly negative correlation with drug use, which is different in the case of the average population, and those who do not use tranquillisers on prescription. This correlation is to is present in the prevalence values of any timeframe (in all cases:  $p < 0.1$ ).

<sup>116</sup> One in six Hungarian high-school students in the 9<sup>th</sup> – 10<sup>th</sup> year tries some illicit drug, and every other pharmaceutical users tries illicit drugs.

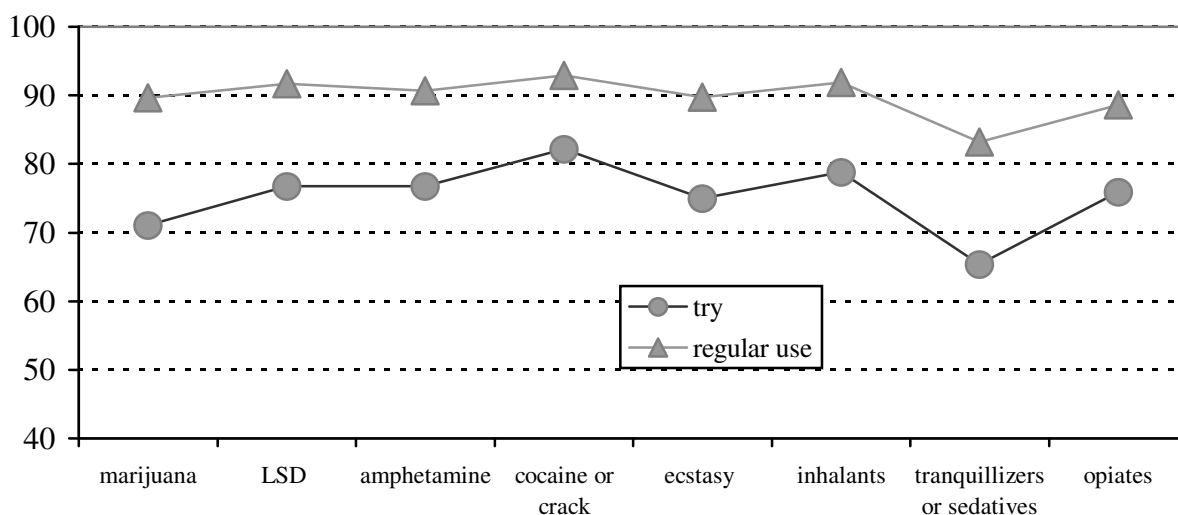
## ATTITUDES TOWARDS DRUG CONSUMPTION

### Perception of risk of drug consumption<sup>117</sup>

The vast majority of the normal population considers consumption of any illicit drug at any frequency to be dangerous and hardly perceives the different risks of the different substances. 90% of the respondents consider regular use very dangerous (in range of 90 +/- 2% for each substance) so a balanced social consensus can be observed in this matter within the normal population (the standard deviation of scale point values of answers is less than 0.5). Trying substances results in lower risk perception and a lower social consensus. 7-8 in 10 respondents consider trying drugs to be "very dangerous", and the answers are scattered in a wider range of +/- 10%. (the standard deviation of scale point values of answers is 0.6-0.9)

The use of inhalants fits in the general image of illicit drugs, but the risk perception of hypnotics/sedatives without prescription – the other licit substance group- is lower by 10% in the population.

*Percentage of respondents<sup>118</sup> considering drug consumption to be „very dangerous”*



<sup>117</sup>In our survey the respondents could express their opinions about the risk of different frequencies considering substance use according to the recommendations of EMCDDA (1999) and the ESPAD standards (2000). We used a 4-grade scale: 1 – not dangerous; 2 – hardly dangerous; 3 – dangerous; 4 – very dangerous. (See the questionnaire in the Appendix).

<sup>118</sup>The data show the answers on the 4-grade scale mentioned above. The proportion of „I don't know" answers is around 4-5%.

Summarizing the results, we can establish that risk perception of the different substances (especially illicit drugs and inhalants) is little differentiated in the normal population. But we can see a small but significant distinction related to the frequency of drug consumption where regular use is considered to be more dangerous.

The high value of KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) – test (0.946) on the items shows the homogeneity of the opinions towards drug consumption. It reinforces the particularly high level of redundancy in the questions concerning the use and frequency of the consumption of different drugs. There are only two significant latent factors explaining altogether 84.76% of the total variance of indicators. The dominant first factor expresses the homogeneity of risk perception (explaining 72.6% of the total variance). The second factor expresses the distinction between different frequencies of drug consumption (explaining only 12% of the total variance). The results of factor analysis on the variables – the redundancy of the opinions, the explanation of the two factors, and the factor structure – confirm that the way of thinking about the risk of different drugs and frequency of use is determined by the undifferentiated risk perception of the society<sup>119</sup>.

### **The attitudes towards drug users**

#### ***The level of disapproval of different consumption behaviours<sup>120</sup>***

Concerning the way drug users and consumption behaviours are judged - evaluated on the approval/disapproval scale - the social way of thinking shows the tendencies of risk perceptions. Correspondingly, we could find a low level of distinction regarding the various substances and frequencies of use. More than 90% of the normal population disapprove of trying drugs without a significant distinction between the different substances (only in the case of marihuana is it 88.3%). The rate of „strong disapproval” is in the range of 68-72%, excluding marihuana<sup>121</sup>. The particularly high value of the KMO-test (0.946) reflects the homogeneity of opinions. There is a single significant latent factor<sup>122</sup> behind the disapproval

---

<sup>119</sup> We calculated an index by principal component analysis measuring the intensity of risk perception. The index expresses a relative disapproval or risk perception (mean=0, standard deviation=1).

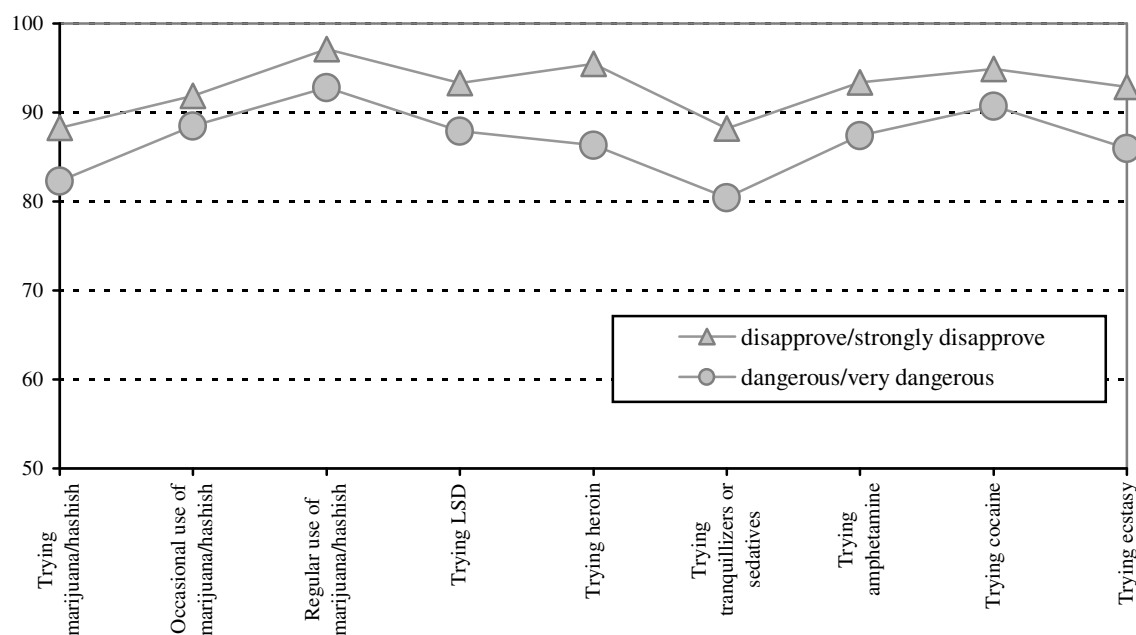
<sup>120</sup> In our survey the respondents could express their disapproval of trying different substances and the different frequencies of marihuana use according to the recommendations of EMCDDA (1999) and the ESPAD standards (2000). We used a 3-grade scale: 1 – not disapprove; 2 – disapprove; 3 – strongly disapprove.

<sup>121</sup> See appendix for detailed data.

<sup>122</sup> See appendix .for factor matrix.

of drug consumption (explaining 83.92% of the total variance of indicators) expressing a totally undifferentiated opinion<sup>123</sup>.

*Rate of „disapproval” and „strong disapproval” of different consumption behaviours and proportion of „dangerous” and „very dangerous” opinions<sup>124</sup>*



### *Attitudes towards drug addicts<sup>125</sup>*

Although more than 90% of the population disapprove of drug consumption and nearly 70% strongly disapprove of the use of any illicit drugs, two thirds of the respondents perceive drug addicts more as a patient, and another one sixth perceives them as both a criminal and a patient. Only one in every 50 respondents thinks about a drug addict as being more of a criminal.

<sup>123</sup> We calculated an index by principal component analysis measuring the intensity of disapproval. The index expresses relative disapproval (mean=0, standard deviation=1).

<sup>124</sup> The proportion of „I don't know” answers is mostly around 4-5%.

<sup>125</sup> Questioned according to the model questionnaire of EMCDDA (1999) (See in appendix)

*“Do you perceive a drug addict more as a criminal or more as a patient?” – answers in percentage of the respondents (N=2,190)*

|                                  | %    |
|----------------------------------|------|
| MORE AS A CRIMINAL               | 2.1  |
| MORE AS A PATIENT                | 67.5 |
| NEITHER A CRIMINAL NOR A PATIENT | 4.7  |
| BOTH A CRIMINAL AND A PATIENT    | 15.8 |
| DON'T KNOW                       | 9.9  |

### **Opinions about drug policy<sup>126</sup>**

In accordance with the low level of differences between risk perceptions of different substances, the population hardly differentiates between the drug policy methods in connection with marihuana and heroin. The major part of the population largely or fully disagrees with the permission of marihuana (85.9%) and heroin (96.6%) consumption, although we can see more lenient attitudes towards marihuana consumption.

*Opinions about repressive drug policy (in percentage of the respondents)*

|                               | “PEOPLE SHOULD BE PERMITTED TO<br>TAKE HASHISH OR MARIHUANA” | “PEOPLE SHOULD BE PERMITTED<br>TO TAKE HEROIN” |
|-------------------------------|--|--|
| FULLY AGREE                   | 1.8  | 0.7  |
| LARGELY AGREE                 | 1.8  | 0.4  |
| NEITHER AGREE NOR<br>DISAGREE | 10.5   | 2.4  |
| LARGELY DISAGREE              | 9.5  | 6.8  |
| FULLY DISAGREE                | 76.4   | 89.8   |

## **CONCLUSIONS**

Our research results show that 6.4% of the Hungarian population aged between 18-65 have already used an illicit drug during his / her life. This means that three fifths of the people who ever used drugs, did not use any drugs in the previous year. Two fifths of them, however, use drugs currently, and a tiny fraction of them are the ones who first used drug in the last one year. In conclusion, 36.5% of those who ever used drugs can be considered as continuous users. They represent 2.3% of the population questioned during the research.

<sup>126</sup> Questioned according to the model questionnaire of EMCDDA (1999) (See in appendix)

Survey establishes that the drug use indicators of the normal population in Hungary are relatively low compared to international results. We experienced considerable differences in the risk factors of different social groups. The basic social-demographic variables show a characteristic pattern. In those groups with higher risk factors the chance to quit consumption is less. The survey highlights that beside relatively low level of consumption marihuana use does not represent an individual consumption type as it does in other countries.

The Hungarian normal population considers drug consumption to be dangerous or very dangerous (with high frequency and low stand. deviation). Consequently, the overwhelming majority disapproves drug use. The attitudes towards drug policy in connection with marihuana and heroin consumption also vary at a very low rate. A large social consensus can be observed as to restrictive drug policy in the case of both substances. The major part of the society perceives a drug addict more as a patient.

Mainly current drug users and quitters have more lenient opinion about the mentioned attitude questions.