

ALBERT-LŐRINCZ ENIKŐ et alii

FELTÁRÓ-BEAVATKOZÓ KUTATÁS A SERDÜLŐK DOHÁNYZÁSÁRÓL

Négy egyetem oktatói három erdélyi megyében

1. A kutatás keretei, tartalma, struktúrája, funkciói

■ A négy felsőoktatási intézmény: a kolozsvári Babeş-Bolyai Tudományegyetem, a marosvásárhelyi Sapientia – EMTE, a nagyváradai Partiumi Keresztény Egyetem és a marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem. A három megye: Hargita, Kovászna és Maros. A kezdeményező a Davidson College (USA), melynek partnere a Wake Forest School of Medicine (USA), a finanszírozó a Fogarty Alapítvány (USA). A kutatás koordinátora a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem. A feltárás és a beavatkozás öt évet ölel fel, négy szakaszban.

Bár sok apróbb vizsgálat született a serdülők egészség-magatartása felmérésének igényével, átfogó jellegű – és főleg Erdélyre fókuszáló – reprezentatív mintát használó kutatással nem rendelkezünk. Miközben egyre többet lehetett hallani a megelőzés szükségességéről – voltak is szórványos próbálkozások –, a drogproblémák terén nem volt javulás, csak trendváltás: új fajták jöttek divatba.

Szükségesnek tartottuk, hogy megismerjük a serdülők dohányzási szokásait, másrészt azt, hogy a helyi adottságokra épülő megelőzési programot dolgozzunk ki, továbbá hogy ezt ki is próbáljuk, majd felmérjük a hatékonyságát.

A kutatást az egyetem etikai bizottsága hagyta jóvá. A kutatásvezetők vizsgaeredményeik alapján megszerezték a NIH (National Institutes of Health) engedélyét, hogy vizsgálati személyek bevonásával dolgozhassanak. A tanfelügyelőségek, az iskolák és a szülők beleegyezésüket adták, és a helyi tanácsok, valamint a megyei polgármesteri hivatalok támogatták munkánkat.

Szemléletünk szerint a dohányzás adaptációs problémát jelent. Mesterséges úton törekszik a lelki egyensúly és a pozitív életérzés megteremtésére. Gyakran a serdülőkori kockázati magatartás egyik összetevője, de az identitáskeresés eszközevé is válhat. A függőség kialakulása identitás-válságot jelezhet.

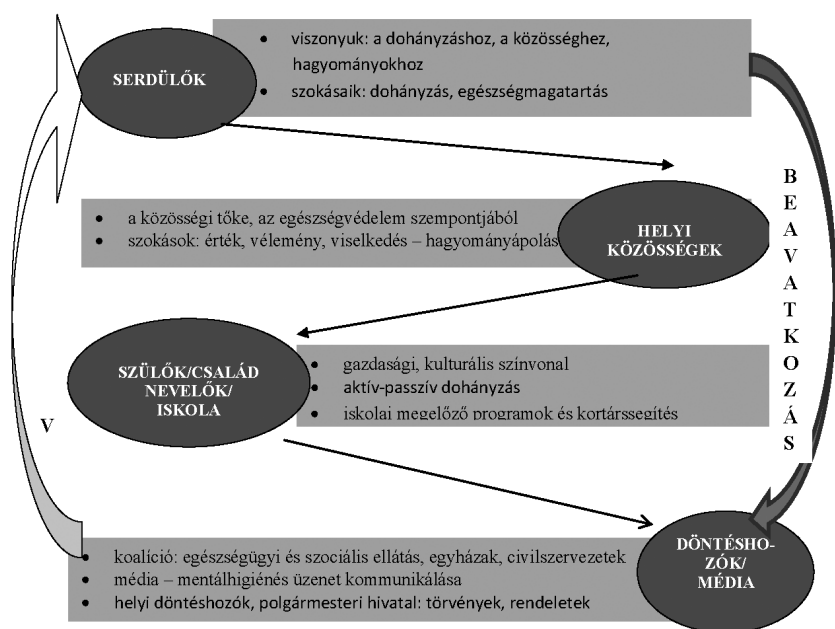
Maga a dohány a pszichoaktív szerek kategóriájába sorolható, mert megváltoztatja a gondolkodást, a hangulatot, az érzelmeket, sőt a magatartást is. Ezért a dohányzás megelőzése társadalmi és közösségi feladatot jelent. Át kell hatnia az egyén családi és a közösségi életét is. Mínt hogy a közösségek identitásadó szerepe az utóbbi időben háttérbe szorult, úgy gondoltuk, hogy ennek fókuszba állításával hozhat újat ez a kutatás.

Véleményünk szerint a megelőzésben szükség van az etnopszichológiai (Devereux 1978) megközelítési módra – a problémás viselkedést és lehetséges okait, majd a kezelést a kliens saját kulturális hagyományainak megfelelően kell végezni. Az elmúlt években használt preventív programok főleg amerikai modellek adaptációi voltak. Amikor ezek kiegészítésére vállalkoztunk, az adott közösségre jellemző hagyományra, mentalitásra, tudásra, szokásrendre, kulturális modellekre, jelentésrendszerekre alapoztunk. Ezzel párhuzamosan arra törekedtünk, hogy megerősítsük a személy természetes kapcsolati hálóját. A hatékonyság érdekében ártéltelmeztük a megelőzés korábban alkalma-

Részlet egy hosszabb tanulmányból. Az Albert-Lőrincz Enikő professzor (BBTE, Kolozsvár) vezette kutatócsoport tagjai: Albert-Lőrincz Márton egyetemi docens (Sapientia – EMTE, Marosvásárhely), Gáspárik Ildikó PhD, adjunktus (Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem), Barna Gergely drd., egyetemi adjunktus (BBTE), Bernáth Krisztina PhD (Partiumi Keresztény Egyetem, Nagyvárad), Dániel Botond PhD (BBTE), Szabó Béla egyetemi docens (BBTE).

zott módozatait. Előterbe állítottuk közösségre szabottságot; a személyiség kibontakoztatását; az akadályok leküzdését, valamint a külső-belső lehetőségek megteremtését; az önmagára találás képességének kifejlesztését; a pozitív értékek és az egészség iránti elköteleződés elősegítését stb. (Albert-Lőrincz 2012). Ebben az értelemben a megelőzés a személyiség egészére hat, elősegítve a fejlődést, a kibontakozást.

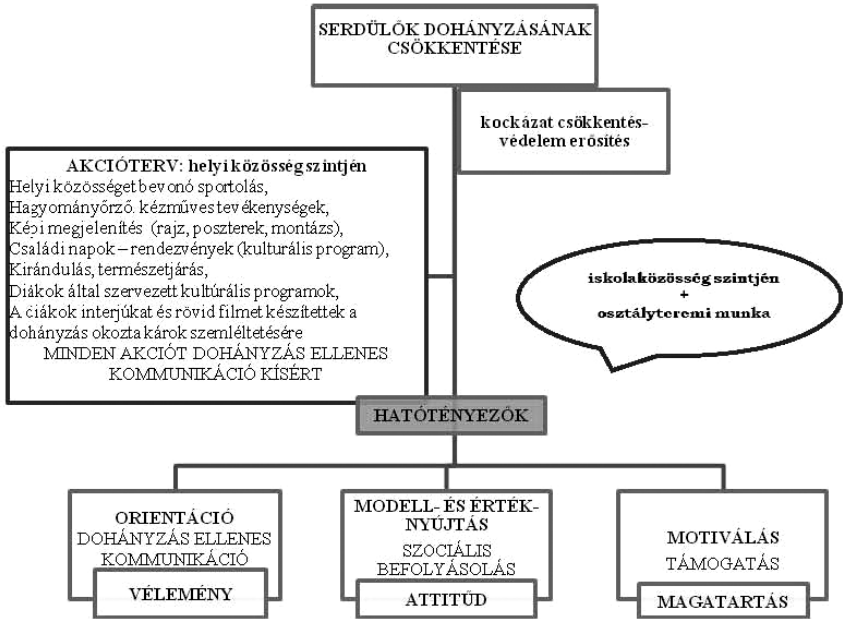
A fenti gondolatok szellemében készítettük el a kutatás konceptuális modelljét. A vizsgálatok – és a beavatkozás – kiterjedtek a serdülőkre, azok családjára, a helyi közösségekre, az iskolákra és a döntéshozókra egyaránt. Számunkra a megelőzés központi célja a lelki egészség megőrzése és fejlesztése. Ilyen értelemben az a fontos, hogy egy adott népességben belül mérséklődjék a deviáns viselkedések aránya, javuljon az életminőség, amibe beletartozik a dohányzással szembeni elutasító magatartás is. Az egyén egészsége és életminősége nagymértékben függ annak a közösségnek sajátosságaitól és működőképességétől, amelynek tagja. Ezért választottuk módszerként a közösségen keresztüli beavatkozást. A közösségfejlesztést is eredményező közösségi akciókon keresztül akartuk fejleszteni a magatartás-kontrollt és az egészségérték interiorizálást, aminek eredményeképpen csökkenhet a dohányzási ráta.



1. ábra. A beavatkozó jellegű kutatás konceptuális modellje (Forrás: szerzők)

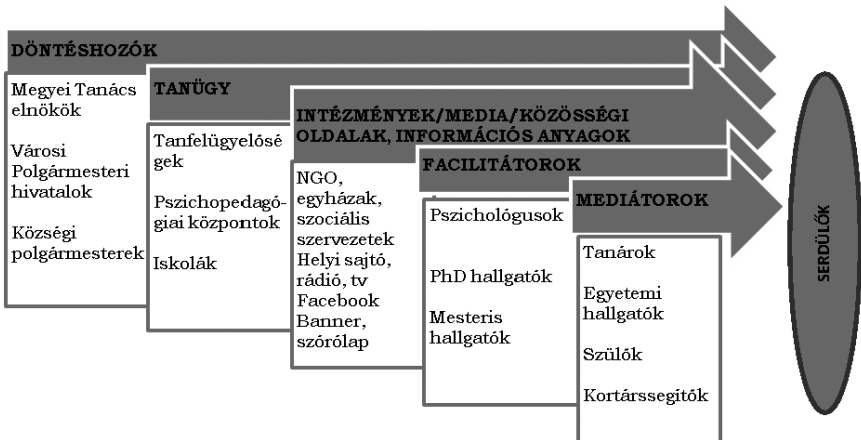
A *beavatkozás* alap gondolata: a közösség szociális hatásokat, értékeket közvetítő közeg. Tagjait a közös célok, törekvések, érdekek kapcsolják össze, és kölcsönösen függnek egymástól, érzelmi befolyásolják egymást. A tagok differenciált hatásokat fejtenek ki egymásra, magatartásukkal érzelmi visszhangot váltanak ki egymásban, véleményük és viselkedésük hasonul egymáshoz. Annak ellenére, hogy tagjai nincsenek szemtől szembeni viszonyban, kialakul a szerepek, normák, értékek, hagyományok rendszere. A szakirodalomból (Barreto és mtsai 2011; Dupuy 2003) tudjuk, hogy a közösség részéről védőfaktorok számíthatnak, ha a gyermekekkel és a fiatalokkal szemben az életkori sajátosságoknak megfelelő követelményeket támasztanak; a felnőtt mint segítő van jelen a gyermekek mellett, pozitív szerepmoделleket mutatva fel; megtörténik a gyerekek bevonása a szabályok kidolgozásába, felelősséggel járó szerepeket adnak nekik; a feladatok megoldásában kooperációs technikákat alkalmaznak; biztosítják a jó közérzetet, a közös élményeket. Beavatkozásunk során ilyen típusú tevékenységekre épülő akciókat szerveztünk. Az egészségvédelmet természetes módon, a hétköznapi

részeként igyekeztünk meghonosítani a közösségek életében. Felhasználtuk a helyi közösségek egészségvédő hagyományait, figyelmet fordítottunk a közösség kontrollszerepére (például a drogellenes kommunikáció erősítése terén). Ezek a tevékenységek hozzájárultak a felelősségvállalás gyakorlásához, erősítették az odatartozás, a hasznosság-érzést valamint az identitást. A beavatkozás rendszerét a 2. ábra szemlélteti.



2. ábra. A beavatkozás folyamata (Forrás a szerzők)

A beavatkozás megkezdése előtt engedélyt kértünk a három megye tanfelügyelőségétől, az iskoláktól és a vizsgálatba bevont serdülők szüleitől. A munkát kutatócsoportunk irányította, és 78 önkéntes (tanár, pszichológus, szociális munkás) valósította meg.



3. ábra. A beavatkozás folyamata (Forrás a szerzők)

Az adatfelvétel önkitöltős kérdőívvel készült. A három erdélyi megyére reprezentatív minta 1313 válaszadóból (26 település, 36 iskola, 72 osztály) állt. Az adatbázist 1200-as esetszámra súlyoztuk, figyelembe véve a diákok megoszlását a rétegtképző változók szerint. Az eredmények 95 százalékos valószínűséggel, $\pm 2,9$ százalékos hibahattárral érvényesek. A mintavétel típusa: véletlenszerű, rétegzett, többlépcsős minta. Rétegtképző változók: megye, település méret, tanítás nyelve, osztály/évfolyam.

A felmérésben használt kérdőív (61 kérdést 210 változó) a nemzetközi dohányzáskutatásokban használt standard kérdések átemelésével, illetve a kutatói csoport által kidolgozott kiegészítő kérdések beiktatásával készült – a célpopuláció etnikai megoszlásának megfelelően – magyar és román nyelven.

Mivel a dohányzási ráta Hargita és Kovászna megyében magasabb volt, mint Maros megyében, és mivel a két megye mérete nagyjából azonos Maros megyével, úgy döntöttünk, hogy a beavatkozásokat Hargita és Kovászna megyében végezzük. Maros megyét kontrollcsoportként kezeltük.

2. Szemelvények a kutatási adatokból

2.1. A serdülőkori dohányzás gyakorisága

■ A megkérdezett, 14–15 éves, VII–VIII. osztályos diákok 48 százaléka próbálta ki a dohányzást legalább egyszer. Felülreprezentáltak voltak Hargita megyében, a nagyobb városokban, a felső tagozatosok között, illetve a magyar nyelven tanulók körében. A fiúk és a leányok hasonló arányban próbálták ki a dohányzást.

1. táblázat. A dohányzást kipróbálók háttérváltozók szerint.

		N	Igen	Nem
Megye	Maros	600	46,4%	53,6%
	Hargita	367	54,4%	45,6%
	Kovászna	233	41,6%	58,4%
Település mérete	5 ezer lakos alatt	439	48,4%	51,6%
	5–30 ezer lakos között	408	42,6%	57,4%
	30 ezer lakos felett	353	53,6%	46,4%
Osztály	VII. osztály	618	45,4%	54,6%
	VIII. osztály	582	50,7%	49,3%
Tanítási nyelv	Román	519	39,4%	60,6%
	Magyar	681	54,5%	45,5%
Nem	Fiú	594	49,0%	51,0%
	Leány	606	46,9%	53,1%
Teljes minta		1200	47,9%	52,1%

A dohányterméket kipróbálásának átlagos életkora 11,7 év. A megkérdezettek 13 százalékát tekinthetjük aktív dohányosnak, ők választották azt, hogy az elmúlt 30 napban legalább egyszer rágyújtottak.

Kérdőívünkben arra is rákérdeztünk, hogy abban a periódusban, amikor a leginkább dohányzott, milyen gyakran gyújtott rá, és mennyit dohányzott. Kiderült, hogy a válaszadó fiatalok 52 százaléka soha sem dohányzott, 31 százalékuk egyszer kipróbálta a dohányzás valamilyen formáját, 11 százalékuk alkalmanként dohányzott (kevesebb, mint egy cigarettát naponta), illetve 6 százalékuk naponta több szálát szív el.

2. táblázat. Dohányzás gyakorisága háttérváltozók szerint

		N	Soha nem dohányzott	Egyszer próbálta ki	Alkalmanként	Rendszeresen
Megye	Maros	600	53,6%	29,4%	10,8%	6,3%
	Hargita	367	45,6%	33,4%	14,5%	6,5%
	Kovászna	233	58,4%	30,5%	7,1%	4,0%
Település mérete	5 ezer lakos alatt	439	51,6%	30,2%	10,8%	7,3%
	5-30 ezer lakos között	408	57,4%	27,9%	10,6%	4,1%
	30 ezer lakos felett	353	46,4%	35,0%	12,5%	6,1%
Osztály	VII. osztály	618	54,6%	29,4%	10,6%	5,3%
	VIII. osztály	582	49,3%	32,3%	11,9%	6,5%
Tanítási nyelv	Román	519	60,6%	25,5%	9,7%	4,2%
	Magyar	681	45,5%	34,9%	12,4%	7,2%
Nem	Fiú	594	51,0%	30,3%	11,3%	7,5%
	Leány	606	53,1%	31,4%	11,1%	4,4%
Teljes minta		1200	52,1%	30,8%	11,2%	5,9%

2.2. A környezet hatása a serdülőkori dohányzás alakulására

2.2.1. Társas környezet

■ **Családtagok dohányzása.** A családban tetten érhető dohányzási szokásokra vonatkozóan a szülők nikotinfogyasztással kapcsolatos magatartását tekintettük mérvadónak. Az esetek számottevő részében hiányzó válaszokat kaptunk: 85 esetben az anya (7%), illetve 142 esetben pedig az apa esetében (12%) nem derült ki a dohányzáshoz való viszony. Ennek részben a válaszmegtagadás, másrészt a valós helyzet áll a háttérben, ugyanis arra kértük a tanulókat, hogy csak azokat sorolják fel háztartástagként, akikkel az elmúlt három hónapban folyamatosan együtt élnek. Mindkét szülő dohányzik: 15,1%, egyik szülő sem dohányzik: 47,1%. A passzív dohányzás igen magas, a megkérdezetteknek csak a 43,5 százaléka ítélte dohányfüstmentesnek az otthonát.

Osztálytársak dohányzása. Az adatfelvétel során arra kértünk minden tanulót: próbálja megbecsülni, hogy osztálytársai közül hányan dohányoznak. Az egyes válaszokat osztályonként átlagoltuk, és az osztálylétszám alapján számoltuk ki a feltehetően dohányzó társak arányát. Az így kapott átlag – a teljes minta szintjén – 18,7 százalék, ami kicsivel magasabb, mint a lekérdezettek esetében megállapított 17,1 százalékos dohányzási arány.

Barátok dohányzása. A válaszadókat arra kértük, jelezzék, hogy a négy legjobb, hozzájuk legközelebb álló barátok közül hányan próbálták ki a dohányzást, illetve közülük hányan szívnak el legalább egy szál cigarettát hetente. A megkérdezettek 70 százalékának szűk baráti körében van legalább egy személy, aki kipróbálta a dohányzást, illetve 41 százalék esetében legalább az egyik barát aktív dohányos.

Dohányzás a lakókörnyezetben. A válaszadók egy 0–10-es skálán becsülték meg, hogy a lakókörnyezetükben, szomszédságukban tíz felnőtt ember közül hány dohányzik rendszeresen. A tanulók beszámolója szerint a környezetükben megfigyelt tíz felnőtt közül átlagosan 4,9 rendszeres dohányzó.

A 3. táblázat az társas környezet és a serdülők dohányzási rátája közötti összefüggést mutatja be.

3. táblázat. Dohányzás gyakorisága a környezeti minták alapján (%)

		<i>Soha nem dohányzott</i>	<i>Egyszer próbálta ki</i>	<i>Alkalmanként dohányzó</i>	<i>Rendszeresen dohányzó</i>	<i>Dohányzó</i>	<i>Korreláció</i>
<i>Családon belüli dohányzás</i>	Nagyon magas arány	39,4	38,0	13,3	9,3	22,7	$r_s = -0,15$ $p = 0,000$
	Magas arány	48,2	35,2	11,4	5,1	16,5	
	Alacsony arány	46,5	33,7	12,0	7,8	19,8	
	Nagyon alacsony arány	60,1	26,2	10,0	3,7	13,7	
<i>Osztálytársak dohányzása</i>	Nagyon magas arány	34,0	31,6	21,2	13,2	34,4	$r_s = -0,28$ $p = 0,000^*$
	Magas arány	51,6	30,1	12,0	6,3	18,3	
	Alacsony arány	59,5	32,5	6,5	1,5	8,0	
	Nagyon alacsony arány	64,4	29,5	4,1	2,0	6,1	
<i>Barátok és a dohányzás</i>	Nagyon magas arány	26,2	31,0	25,0	17,7	42,7	$r_s = -0,46$ $p = 0,000$
	Magas arány	39,3	41,0	13,9	5,7	19,7	
	Alacsony arány	51,9	40,0	7,2	0,9	8,1	
	Nagyon alacsony arány	81,0	15,7	2,3	1,0	3,3	
<i>Dohányzás a közösségben</i>	Nagyon magas arány	44,2	30,4	17,1	8,3	25,5	$r_s = -0,12$ $p = 0,000^*$
	Magas arány	53,0	31,3	11,8	4,0	15,7	
	Alacsony arány	52,6	33,9	7,8	5,8	13,6	
	Nagyon alacsony arány	60,2	27,7	7,4	4,6	12,1	
<i>Teljes minta</i>		51,9	31,0	11,2	5,9	17,1	

Megállapítható, hogy szignifikáns összefüggés van a környezet dohányzási szokásai és a serdülők dohányzási magatartása között.

2.2.2. A fizikai környezet hatása

■ Annak függvényében, hogy a serdülő milyennek találja lakókörnyezete gazdasági helyzetét a szomszédos környékhez képest, sajátosan alakul a dohányzáshoz való viszony. Azok közül, akik soha nem dohányoztak, 25,4% gondolja úgy, hogy sokkal jobb környezetben él, mint a környék. A rendszeresen dohányzóknak 20,7 százaléka van ugyanezen a véleményen.

Arra a kérdésre, hogy el szeretné-e hagyni a lakókörnyezetét, azok közül, akik soha nem dohányoztak, 58,0% válaszolta, hogy egyáltalán nem, míg a rendszeres dohányzók közül lényegesen kevesebben vannak (41,2%) ezen a véleményen.

Az iskolai teljesítmény nem független a család társadalmi státusától, és az iskola színvonala nem független a település méretétől, gazdasági fejlettségétől. A regressziós modell azt mutatja, hogy az iskolához köthető teljesítmények nagyobb befolyásoló erővel bírnak a dohányzási szokások kialakulásában. Ezekhez képest mind a család anyagi helyzete, mind pedig a település gazdasági fejlettsége kisebb, illetve fordított hatású. Azaz a relatívan alacsonyabb társadalmi státusú szülők gyerekei, illetve a gazdaságilag gyengébben fejlett településeken élők kisebb eséllyel válnak dohányosokká, mint a jobb sorsú, jobb körülmények között nevelkedő társaik. Úgy is fogalmazhatunk, hogy egy kisebb településen élő, gyengébb anyagi körülményekkel rendelkező serdülő esetében, amennyiben egy jó színvonalú iskolában jó teljesítményekkel rendelkeznek, jelentősen kisebb a dohányzás kialakulásának kockázata, mint a jobb módú társai körében, akik azonban gyengébb iskolai eredményekkel rendelkeznek, vagy éppen alacsonyabb presztízsű tanintézményekbe járnak.

A fenti változók és a serdülőkori dohányzás közötti összefüggést a 4. táblázat szemlélteti.

3. A beavatkozás ismertetése

■ A beavatkozás során olyan közösségi tevékenységeket szerveztünk, amelyek alkalmat adtak a serdülőknek a közösségi odatartozás, az együttműködés megtapasztalására. Szándékunk szerint – ezeken az akciókon keresztül – értékeket adtunk át a serdülőknek, kielégítettük társas igényüket, biztosítva számukra a fizikai és lelki biztonságot. Alkalmuk volt a serdülőknek megélni, hogy a közösség képes kontrollt gyakorolni, megköveteli az értékek, normák betartását, de ugyanakkor lehetőséget ad az erők egyesítésére, az együttműködésre, s így hozzájárul az értékérvényesítés megerősödéséhez. Az értékérvényesítés egyaránt vonatkozik a saját én értékének, valamint az élet értékének megélnésére. A szakirodalom és saját tapasztalatunk alapján úgy gondoljuk, hogy éppen ezek azok az élmények, amelyekre a serdülők vágyanak, és biztosíthatják számukra az egészséges fejlődést, mert hozzájárulnak az életérzés javulásához és a perspektívaérvényesítés megerősödéséhez. A beavatkozások lényege tehát az egészségkultúra – amibe beletartozik az informáltság – fejlesztése, valamint azoknak a protektív tényezőknek a megerősítése volt, amelyek hatással lehetnek a serdülők életére. Minden általunk szervezett tevékenység (sport, kulturális, hagyományőrző) során arra figyeltünk, hogy beszélgetéseket kezdeményezzünk az egészségmagatartás fontosságáról. A beszélgetések során igyekeztünk elősegíteni az intergenerációs információ cserét. Hangsúlyt fektettünk arra, hogy a felnőttek részéről hiteles dohányzásellenes kommunikáció történjen.

A döntéshozókat arra ösztönöztük, hogy füstmentes övezeteket hozzanak létre; hogy a rendeletek betartatásán keresztül járuljanak hozzá a dohánytermékekhez való hozzáfutás (kínálat) csökkentéséhez. Elértük, hogy jobban figyeljenek egymásra a helyi szereplők: polgármesteri hivatalok szociális osztályának munkatársai, tanárok, helyi szervezetek képviselői, valamint a média. A közösségi akciók során a felnőtteknek és a serdülőknek egyaránt, alkalmuk volt megtapasztalni, hogy közös erővel elérhető a kitűzött célok.

A visszajelzésekben kiderült, hogy mind a felnőttek, mind a diákok szívesen vettek részt a tevékenységekben, és a kapcsolat megerősödött a generációk között.

A pedagógusok és a diákok beszámolóiból egyaránt kitűnik, hogy olyan közösségi akciókat szerveztünk, amelyek lehetővé tették a serdülők bekapcsolódását a közösségbe, lehetőséget adtak számukra az együttműködésre, a hasznosság és hatékonyság megélnésére, az identitás és autonómia megerősödésére, a generációk közötti kommunikációra, önmaguk kifejezésére. A serdülők fontosnak tartották, hogy megélték a valahova tartozás érzését, az együttműködés örömét, valamint azt, hogy figyelnek rájuk, és meghallgatják őket a felnőttek. A diákok megerősödtek abban, hogy képesek feladatokat ellátni (versenyek és színelőadások megszervezése), és tudnak hatékonyan lenni, aminek következtében javult az énképük és az önbizalmuk.

Sikernek örvendtek a művészi tevékenységek (pl. dohányzásellenes pantomimjeleketek, kézműves foglalkozások, instalációk), a rajz és rövidfilm készítő versenyek, dohányzás témakörben készült interjúk az utca emberével. Fontos volt a diákok számára, hogy a tanáraikkal közösen dolgozhatták ki a saját iskolájukra vonatkozó dohányzásmegelőzési tervet, hogy elfogadták az ők ötleteiket, megoldásjavasolataikat. Kidol-

4. táblázat. Regressziós modell – alapváltozók és dohányzási minták hatása a serdülők dohányzási szokásaira

Változók ($r^2 = 0,384$)		Egyszer próbálta ki (N = 360)		Dohányzó (N = 199)	
		Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
Korcsoport	13 év	1,027	0,909	1,286	0,417
	14 év	0,798	0,319	1,031	0,916
	15 év (ref.)				
Nem	Fiú	1,192	0,250	1,498	0,053
	Lány (ref.)				
Nemzetiség	Magyar	1,680	0,003	1,967	0,006
	Roma	0,355	0,013	0,852	0,722
	Román (ref.)				
Család anyagi helyzete	Nagyon alacsony	0,642	0,060	0,894	0,706
	Inkább alacsony	0,792	0,265	0,665	0,162
	Inkább magas	1,094	0,667	0,728	0,281
	Nagyon magas (ref.)				
Település fejlettsége (objektív)	Nagyon alacsony	0,588	0,054	0,411	0,020
	Inkább alacsony	0,465	0,010	0,287	0,001
	Inkább magas	0,464	0,003	0,323	0,001
	Nagyon magas (ref.)				
Lakókörnyezet fejlettsége (szubjektív)	Nagyon alacsony	1,558	0,046	1,586	0,127
	Inkább alacsony	1,699	0,016	2,486	0,002
	Inkább magas	1,302	0,224	1,242	0,469
	Nagyon magas (ref.)				
Iskola színvonala	Nagyon alacsony	1,702	0,057	2,182	0,043
	Inkább alacsony	1,051	0,849	1,463	0,319
	Inkább magas	1,135	0,575	1,814	0,059
	Nagyon magas (ref.)				
Iskolai teljesítmény	Nagyon alacsony	1,723	0,027	2,132	0,019
	Inkább alacsony	1,539	0,033	2,108	0,009
	Inkább magas	1,598	0,021	1,200	0,554
	Nagyon magas (ref.)				

gozhatták a betartásra vonatkozó szabályzatot és a megszegés következményeit, ami tanárra, diákra egyformán volt érvényes. Rengeteg fénykép készült, ami a jó hangulatról és arról árulkodik, hogy mind a felnőttek, mind a diákok magukénak érezték a programokat és felelősséget vállaltak érte.

A beszámolók alapján úgy tűnik, hogy a közösségi programok nagyobb hatással voltak a serdülőkre, mint az osztálytermi foglalkozások. A közösségi akciókat követően gyakrabban hangzott el, hogy nem akarnak dohányozni, sőt többen iskolapszichológustól kértek segítséget, hogy leszokjanak.

A programok hasznosságát – a számok tükrében – a posztteszt adatai fogják eldönteni. Ezek az adatok feldolgozás alatt vannak.

4. A dohányzásellenes törvény utáni helyzet néhány jellemzője

■ 2016 márciusában életbe lépett a 15/2016 számú dohányzásellenes törvény, amely megtiltja a dohányzást a közterületeken és a zárt helyiségekben. (Olyan nagy volt az ellenállás és a nyomás a vendéglátók részéről, hogy azóta már enyhítéseket léptettek életbe.)

A törvény rövid távú hatását mi még júniusban vizsgáltuk, amikor az eredeti formában volt érvényes. Azt akartuk megtudni, hogy hogyan vélekednek róla a serdülők, illetve hogy a korlátozások miatt változtak-e dohányzási szokásaik.

Annak ellenére, hogy a diákok döntő többsége (88%) hallott a dohányzás-ellenes törvényről, csak 50,3 százalékuk családjában beszélték meg a törvény hozta változásokat. 46,2% mondta azt, hogy az iskolában is ismertették a törvényt.

A dohányzók közül 34,9% mondta azt, hogy kevesebbet dohányzik a törvény után, 13,4 %-ot foglalkoztat, hogy lemondjon, és 51,8% nem válaszolt erre a kérdésre. A napi átlag cigarettafogyasztás csökkent, 5,7 szál volt a törvény életbelépése előtt, utána 3,51 szál.

A diákok 15 %-a gondolja úgy, hogy a törvény alkalmazásának következtében csökkeni fog a dohányzási ráta, 38,1% is jóban reménykedik, a többiek határozatlanok ebből a szempontból.

Érdekes megfigyelni, hogy hogyan változott az általuk kipróbált dohánytermékek aránya: míg az első felmérés (2014. április) adatai szerint a serdülők 33%-a próbálta ki a hagyományos cigarettát, most ez az arány 22,6%. Az elektromos cigarettát kipróbálók részaránya viszont 18,3%-ról 33,4%-ra emelkedett. Akik házi gyártmányú cigarettát szívnak, azok aránya 5%-ról 9%-ra nőtt. A vízpipát kipróbálók aránya 16% helyett most 21,7%.

Bevallásuk szerint 26,4%-ot befolyásolt a törvény, 49%-ot valószínűleg igen, 3,4%-ot valószínűleg nem, és 21,3% egyáltalán nem befolyásolt a törvény dohányzási szokásait illetően. Arra a kérdésre, hogy tiltott helyeken szoktál-e dohányozni, 3,7% válaszolt igennel, 23,2% nemmel, 73,1% mondta, hogy egyáltalán nem dohányzik. Szignifikáns különbség van a dohányzó és nem dohányzó diákok között abban is, hogy mit gondolnak: a törvény hozzájárult-e a rejtőzködéshez, többen dohányoznak-e titokban. A dohányzó diákok nagyobb arányban adtak határozottan igen választ, mint a nem dohányzó társaik, akik inkább „nem tudom”-mal válaszoltak.

Azt is megkérdeztük a serdülőktől, hogy mit tapasztaltak, van-e változás a szülők dohányzását illetően.

5. táblázat Hogy ítéled meg, a törvény hatályba lépése után változtak-e szüleid dohányzási szokásai?

		édesapa v.a. 91,9 %		édesanya v.a. 90,1 %	
1	igen, otthon egyáltalán nem dohányzik	46	7,1 %	34	5,5 %
2	otthon többet dohányzik	78	12,2	63	10,0 %
3	lemondott, vagy le akar mondani a dohányzásról	73	11,5	53	8,5 %
4	nem változott semmi	103	16,1	78	12,5 %
5	eddig sem dohányzott	338	53,0	397	63,5 %

A válaszok alapján az körvonalazódik, hogy az eltelt 2 hónap alatt még nem látható, hogyan fog alakulni a helyzet, sokan mondták azt, hogy többet dohányoznak otthon, ami remélhetőleg csak az átmenti állapotra jellemző, ugyanis a passzív dohányzás eddig is magas volt Erdélyben (kutatási adataink szerint 46,8%).

A nem dohányzó diákok esetén az édesanyák 34,9 százaléka dohányzott a törvény bevezetése előtt, míg a dohányzó diákok esetén 48,6 százaléka.

Az édesanyák esetén is hasonló helyzetet találunk, a dohányzó diákok nagyobb arányban válaszolták azt, hogy nem változott az édesanyjuk dohányzási szokása, és alacsonyabb arányban azt, hogy lemondott, vagy le akar mondani a dohányzásról. Viszont kiegyensúlyozottabb az a válasz, hogy otthon többet dohányzik (Chi négyzet = 8,833; $p = 0,032$).

Összegzésként megállapítható, hogy a serdülők részéről körvonalazódik egy pozitív viszonyulásmód a dohányzást tiltó törvényhez, de még ellentmondásos a helyzet, a magatartás szintjén nem kristályosodott ki a várt eredmény. Ehhez arra volna szükség, hogy az iskolák nagyobb hangsúlyt fektessenek arra, hogy a diákok megértsék a korlátozó intézkedések lényegét, és azt, hogy milyen veszélyeket jelent a dohányfüst a szervezetre.

■ IRODALOM

Albert-Lőrincz Enikő: *A gyermekek társadalmi beilleszkedési nehézségeinek háttértényezői és a közösségi megelőzés megtervezése*. Erdélyi Társadalom, 2011. 1. 23–39.

Barreto, S. M., Giatti, L., Casado, L., De Moura, L., Crespo, C., Malta, D.: *Contextual factors associated with smoking among Brazilian adolescents*. Epidemiol Community Health, Published Online First 6 April 2011, <http://jech.bmj.com/content/early/2011/04/05/jech.2010.122549.full.pdf+html>, (letöltve 17. 2016 március).

Botescu, A.: *Evaluarea riscurilor asociate consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive în rândul copiilor și tinerilor din România*. Raport de cercetare ANA, UNICEF 2011.

Carson, K.V., Brinn, M. P., Labiszewski N.A., Esteman A. J., Chang A. B., Smith, B. J.: *Community interventions for preventing smoking in young people published in The Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*. Issue 6, Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

EB 322 Eurobarométer, http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf

Devereux, G.: *Ethnopsychanalysis: psychoanalysis and anthropology as complementary frames of reference*. Berkeley : University of California Press, 1978; Dupuy St. (eds.): *Étude du capital social de la communauté de Val-d'Or au regard des problématiques jeunesse* Réd. Centre de documentation Régie régionale de la santé et des services sociaux de 'Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda (Québec) 2003.

Global Youth Tobacco Survey – Romania 2009, Data base attainability (29.06.2015).

<http://nccd.cdc.gov/GTSSData/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?DatasetID=2087>

www.cochrane.org/.../TOBACCO_can-community-interventions- letöltve febr. 2015.

Kawachi, I.: *Social Cohesion and Health*. In: Tarlov A. et Peter R. (ed.): *The Society and Population Health Reader*. Volume 2.: *A State and Community Perspective*, The New Press. New-York, 57–74.

Legea antifumat, <http://legeaz.net/monitorul-oficial-72-2016/legea-15-2016-antifumat>).

SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER ROMÁNIAI SZENVEDÉLYBETEGEK SZÁMÁRA

■ Kire számíthatnak a szerfüggőségtől szenvedők, családtagjaik, közösségeik? Milyen szociális szolgáltatások állnak a rendelkezésükre? Honnan kaphatnak segítséget? Tanulmányunkban a szociális háló szenvedélybetegek ellátására, családjuk támogatására, a szerfüggőség megelőzésére szakosodott intézményeit, szervezeteit vizsgáljuk. Képet próbálunk mutatni az ellátórendszer helyzetéről. Előbb röviden bemutatjuk a romániai szociális ellátórendszert, majd két, közelmúltban megvalósított kutatás eredményeit ismertetjük, végül pedig röviden bemutatjuk azokat az erdélyi magyar nonprofit szervezeteket, amelyek függőségben szenvedőknek és hozzátartozóiknak biztosítanak