

A kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségének indikátorai

Prolóógus

A társadalmi kirekesztettség mérésének módszertani és szakmapolitikai kérdései a '90-es évek óta egyre növekvő mértékben foglalkoztatják az európai kormányhivatalokat, intézményeket és társadalomkutatókat. Bár a társadalmi kirekesztettséget a legtöbb szakértő, szakmapolitikai elemző vagy kormányzati stratégiai terv még ma is elsősorban a jövedelmi viszonyokkal összefüggő kontextusban értelmezi,¹ megjelentek azok a modellek is, amelyek a társadalmi kirekesztettséget elsősorban a társadalmi minőség vagy az életminőség dimenziójában tudják inkább elhelyezni. Az olyan speciális – nem is kis létszámú – célcsoport, mint a kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettsége vizsgálatának sikere is elsősorban az alkalmazott indikátorok komplexitásán és a megközelítési módokon múlik.

Kutatásunk célja kettős volt. Egyrészt célunk volt, hogy az EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) és a Nemzeti Drog Fókuszpont számára valid, az EU módszertani ajánlásait is figyelembe vevő elemzést készítsen a kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségéről Magyarországon. Másrészt kutatásunk erősen módszertani kísérlet is volt arra, hogy a kábítószer-fogyasztók kirekesztettségének méréséhez adekvát indikátorokat rendeljünk, melyek orinetációs alapot is jelenthetnek a későbbiek során.²

A kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségének mérésére szolgáló EU-konform indikátorok meghatározásához a jövedelemalapú indikátorok mellett számos más dimenzió figyelembevételre is szükséges volt. Az EMCDDA

által modellezett társadalmi kirekesztési hatásmechanizmusban a munkanélküliség és az alacsony iskolázottság mellett a fogyatékoság, a bevándorló státus, a bűnelkövetővé vagy áldozattá válás, az adósság, a hajléktalanság, a prostitúció, valamint az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi dimenziói is megjelennek mint a társadalmi kirekesztettség potenciális indikátorai. Ezek alapján az abúzosos vagy dependens kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettsége is differenciáltabb képet mutathat.

A társadalmi kirekesztés és befogadás indikátorainak szociológiai jellegű kutatásai (mindezekelőtt (Berman–Phillips, 2000; O'Hara, 2006; Burchardt et al., 2002) azt mutatják, hogy a társadalmi kirekesztés problematikája a társadalmi minőség (Social Quality) fogalmi rendszerének keretein belül értelmezhető, s egyre inkább úgy tűnik, hogy a társadalmi minőségeknek a koncepciója az, ami az elméleti keretet adja a jövőben a hasonló vizsgálatoknál. Ha a társadalmi kirekesztés dimenzióit nem a társadalmi minőség, hanem az életminőség (Quality of Life) kontextusában értelmezzük, komolyan felértékelődnek a szubjektív indikátorok is (Diener–Suh, 1997), mint például a pozitív vagy negatív önkép, a szabálykövető attitűd vagy éppen a kábítószer-probléma kezelésével, megoldásával kapcsolatos egyéni vélemények, nézetek.

A társadalmi kirekesztő mechanizmusokat támogató és preventív helyzetek tanulmányozása kevésbé a kirekesztettség szintjének konkrét méréséhez, sokkal inkább a vonatkozó szakmapolitikai döntések hatékonyságának elemzéséhez használhatók fel, mindazonáltal tanulmányunk szempontjából sem tekinthető

marginális szempontnak. Ezek alapján a társadalmi kirekesztettség operacionalizálható individuális és közösségi faktorok mentén (McCrystal et al., 2001), mely felosztást mi is igyekeztünk követni.

Ha a társadalmi kirekesztettség fentebb részletezett komplexebb modellje alapján kívánjuk mérni a kábítószer-fogyasztó fiatalok kirekesztettségét, akkor egyértelmű, hogy ezt a jelenlegi statisztikai adatok alapján nem lehet megtenni, szükséges primer adatfelvételt készíteni.

Azt is könnyű belátni, hogy a társadalmi kirekesztettség mérése bármely célcsoportban (jelen esetben a kábítószer-fogyasztó fiatalok körében) csak a többségi társadalomhoz való relatív viszonyrendszer alapján nyer értelmet, vagyis a szerhasználók helyzete minden egyes dimenzióban csupán a nem szerhasználókhöz viszonyítottan szolgál információval, önmagában nem igazán.

Kutatási programunkban tehát arra is kerestük a választ, hogy milyen meglévő nagymintás adatbázisok vannak, melyek indikátorai kontrollcsoportként a vonatkozási keretet kijelölik. Ez korántsem egyszerű feladat, hiszen olyan nagymintás általános adatfelvételt kellett találni, melynek kérdéseiből előállíthatók a kívánt komplex indikátorok, és melynek megoszlását ezek után a célzott dependens és abúzosos szerfogyasztó populációban is le lehet mérni.

Több ilyen nagymintás kérdőíves adatfelvétel is van, amely szóba jöhet, természetesen a legjobb, ha olyan vonatkozási pontokat lehet találni, amelyek EU-, ENSZ- vagy OECD-harmonizáltak, magyarul a kutatási eredményeinket más országok azonos populációjával is össze lehet vetni.

Az eredeti kutatási koncepció szerint a laekeni indikátorok egyik forrása, az ún. SILK (a KSH gyakorlatában a VÉKA – Változó Életkörülmények Adatfelvétel) lett volna a kiszemelt kontroll-adatbázis. Csakhogy ez az adatfelvétel a jövedelemegyenlőtlenség és a jövedelmi szegénység mérőszámainak előállítását szolgálja elsősorban, s míg a mi mérési koncepciónk a relatív, a nem jövedelmi elemek hangsúlyozása

irányába mozdult el, addig egy alapvetően jövedelem-alapú háztartási adatfelvétel nem igen lehet jó alap. Az ESS (European Social Survey) és a DPA (Demográfiai Panel Adatfelvétel) változó készlete már jobban közelít a kutatási célunkhoz, ám ezekből az egészségre, a viktimizációra, a szexuális kiszolgáltatottságra vonatkozó valid indikátorok nem nyerhetők, s előbbinél a korosztályi szintű elemzéshez szükséges alminták sem állíthatók elő. A társadalmi kirekesztettség nem jövedelem-alapú mérésének komplex indikátoraihoz leginkább az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) itemsora tűnik használhatónak.

A kutatás célcsoportja és dimenziói

Célzott kérdőíves és interjú adatfelvételünk empirikus eredményeinek kontrollcsoportjaként azt a populációt választottuk az elérhető adatbázisok alapján, amelyik legközelebb van az ifjúsági korosztályhoz, és ez az ESPAD 2007 által lefedett 8–10 évfolyamos korosztály volt, melynek életkori szórása 15–22 év. Kényszerű megoldás volt ugyan, de a fent részletezett okok miatt sem a VÉKA, sem pedig a DPA nem volt megfelelő, a fiatal felnőttekre vonatkozóan kontrolladat sajnos nincs elérhető valid adatbázisban, a legjobb választás mindenképpen az ESPAD. Ennek megfelelően az összehasonlíthatóság miatt a kutatás elméleti mintavételi kerete (15–35 éves, kábítószer-fogyasztó fiatalok) és a kontrollcsoport közötti összevetés felvetett némi módszertani aggályokat. Ennek megfelelően a nem szerfogyasztó csoporttal történő valid összevetés érdekében kutatásunk során a valós mintavételi célcsoportot az ESPAD által elért 15–22 éves korosztályhoz igazítottuk, felvállalva azt, hogy így nem a teljes kábítószer-fogyasztó fiatal populáció társadalmi kirekesztéséről szóló indikátorokat mérjük, csak a jelzett korosztályét, viszont van összehasonlítható nem szerfogyasztó, ún. kontrollminta. Az összevetésnek még egy módszertani korlátja van, ez pedig az, hogy a kontroll- és a szerfogyasztó-adat-

bázis alapját képező survey adatfelvétel között majdnem egy év eltérés van. Ezt a problémát csak úgy lehet feloldani a jövőben, ha nagymintás felnőtt populációs kutatások indulnak, vagy ha meglévő nagymintás felnőtt lakossági survey adatfelvételek kiegészülnek a problémás szerhasználtra vonatkozó kérdésekkel is.

Az általunk vizsgált célcsoport és a kontroll adatbázis adatainak és a képzett társadalmi-kirekesztettség-indikátorok statisztikai összevetésének volt egy fontos módszertani feltétele. Mégpedig az, hogy a társadalmi kirekesztettség indikátorait adó kérdések, kérdéscsoportok, azonosak legyenek. Ennek érdekében a kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségét mérő kérdőíves adatfelvételünk kérdőíve három blokkból állt: egy önálló demográfiai blokkból, egy kiegészítő kérdésblokkból és egy rövidített ESPAD-dal megegyező kérdéscsoportból. Az indikátorok többségét ez utóbbi kérdéscsoport segítségével állítottuk elő mind a szerfogyasztók körében készített 2008-as adatfelvételre, mind pedig a kontroll-adatbázisra (2007-ben felvett nagymintás ifjúságkutatás) vonatkozóan.

Kutatásunk első fázisában kábítószer-fogyasztó fiatalokkal készítettünk mélyinterjúkat

a szerfogyasztók társadalmi megítéléséről, szociális kirekesztettségéről annak érdekében, hogy feltárjuk, milyen további indikátorokat érdemes felvenni a kérdőíves kutatás során. Az interjúk tapasztalatai alapján a legfontosabb indikátoraink a makroszint helyett a kirekesztésnek elsősorban mikroszintjét célozták. A mélyinterjúk nyomán alakult ki a kutatási tervben az is, hogy az egyén életminőség felőli megközelítését alapul véve határozzuk meg a végleges indikátorokat, ahol lehetett, szubjektív és objektív dimenziót egyaránt megjelenítve. (1. táblázat)

Kutatási módszer és mintavételi koncepció

A kutatás során komplex módszertannal dolgoztunk – mely kvalitatív és kvantitatív elemeket egyaránt tartalmazott –, hogy a lehető legpontosabban tárjuk fel a kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségét, illetve annak összetevőit a többségi társadalomhoz viszonyítva. A kutatás során kábítószer-fogyasztónak azt minősítjük, aki az elmúlt félévben legalább havi rendszerességgel fogyasztott kábítószer,

1. táblázat. A kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségével kapcsolatos elemzés mikroszintű indikátorai és alkalmazott dimenziói

Indikátor	Objektív dimenzió	Szubjektív dimenzió
1. Normaszegő magatartás	X	X
2. Erőszak/kriminalitás	X	X
3. Szexuális kiszolgáltatottság	X	
4. Alulképzettség	X	
5. Munkahelyi, iskolai kudarcok	X	
6. Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférhetőség	X	
7. Családi kapcsolatok	X	X
8. Baráti kapcsolatok	X	X
9. Egészségi állapot	X	X
10. Anyagi helyzet, anyagi problémák	X	X
11. Pozitív/negatív önkép		X
12. Háztartásszerkezet	X	
13. Kábítószer-probléma percepciója	X	

vagy kábítószer-probléma miatt addiktológiai ellátásban nyilvántartott beteg. A kutatás alsó korhatára 15 év volt, a felső korhatárt 35 évben határoztuk meg. A kutatás során két almintán dolgoztunk, a dependens szerhasználók almintáján és az abúzusos szerhasználók almintáján. A kutatásban azt minősítettük dependens szerhasználónak, aki valamely magyarországi addiktológiai vagy pszichiátriai gondozóban, pszichiátriai vagy addiktológiai osztályon, drogambulancán, valamely kórház mentálhigiénés intézetében, gyermekneurológiai és pszichiátriai szakrendelésen, gyermek- és ifjúsági mentálhigiénés centrumban, gyermek- és ifjúsági ideggyógyászati intézetben 2007 vagy 2008 folyamán kezelésben megjelent kábítószer-fogyasztó.³ Dependens szerhasználónak tekintettük azokat is, akik még nem jelentek meg kezelésben semmilyen intézménynél, de a crack, a kokain vagy a heroin kábítószert élete során kettőnél többször kipróbálta. A kutatás során abúzusos szerhasználónak tekintettünk mindenkit, aki a crack, a kokain vagy a heroin kivételével bármilyen kábítószert élete során ötnél többször kipróbált⁴.

Ennek megfelelően a szerhasználók társadalmi kirekesztettségét tágabb kontextusba helyező ESPAD-kontrollcsoport esetében a statisztikai számításokat azon fiatalokra végeztük el, akik bármely kábítószert maximum öt alkalommal próbálták ki.

A kutatás gerincét egy kérdőíves adatfelvétel (survey) képezte, melynek során két almintában mindösszesen 614 fő került megkérdezésre. A kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségét az egyes dimenziókban a fentiekben meghatározott indikátorok alapján e minta alapján becsüljük. A minta a fent leírt két almintából áll, a dependens és az abúzusos szerhasználók almintájából. A kutatás tervezése során a két almintát nagyságát egyenlő méretűnek terveztük, ám a mintavétel sajátosságai és a két, létszámában lényegesen eltérő célcsoport miatt az elért minta (sampled population) a dependens szerhasználók körében 223 fő volt, az abúzusos szerhasználók körében pedig 391 fő.

Miután pontosan nem ismert, hogy a kábítószer-fogyasztó populációban mekkora a latencia, milyen a teljes populációban az abúzusos és a dependens szerhasználók aránya (vagyis nem tudjuk megmondani, hogy két almintát egymáshoz viszonyított populációs paramétere milyen), módszertanilag hiba lenne, ha a két almintát egy adatbázisban, összevontan elemeznénk. Az összesített adatbázis csak mátrix-súlyozás után lenne alkalmas statisztikailag megalapozott következtetések levonására általában a kábítószer-fogyasztókra nézve, ám mivel nem tudjuk az alpmegoszlást, súlyozni sem lehet. Egyetlen megoldás maradt, az elemzés során a két almintát végig külön kezeltük. Ez esetben azonban figyelembe kell venni, hogy a mintavételi hiba az abúzusos szerhasználók és a dependens szerhasználók, valamint a kontroll-adatbázis eltérő elemszáma miatt eltérő.

A két külön almintára azért volt szükség, mert a kábítószer-fogyasztók populációján belül a gondozás alatt állók (betegek, függő szerfogyasztók) aránya nagyon alacsony, így még egy nagyobb általános mintában is igen kis esetszámban vettek volna részt, ami viszont ellehetetlenítette volna a statisztikai becslést rájuk nézve, miközben joggal feltételezhető, hogy a társadalmi kirekesztettség természete és intenzitása merőben más a dependens és a nem dependens kábítószer-fogyasztóknál.

A két almintát esetében alkalmazott mintavételi koncepció igazodott az érintettek intézményi ellátási formáihoz és elérhetőségéhez. Ezek alapján a dependens almintát mintavételi pontjait az addiktológiai gondozók statisztikai adatai alapján határoztuk meg. Az eredeti tervek szerint a kérdőívet a gondozókkal együttműködve anonim módon, területileg és szerenkénti rétegezés alapján kvótás mintavételi eljárással választottuk volna ki, ún. önkiválasztó mintával. (Ez praktikusán azt jelenti, hogy a meghatározott rétegekbe a mintába kerülő tagokat a gondozón keresztül érjük el, figyelembe véve, hogy a gondozó csak közvetítheti a kérésünket a kliensek felé, és a kutatásba való részvételtől minden kliens maga dönthet). A valóságban

azonban a gondozók túlnyomó többsége nem mutatott együttműködési készséget a kutatás során, elsősorban a kötelező TDI-adatszolgáltatásra hivatkozva.⁵

A nem dependens szerhasználók alminta esetében a célcsoport elérését eleve máshogy terveztük, figyelembe véve, hogy a nem függő kábítószer-fogyasztók csak bizonyos esetekben kerülnek kapcsolatba a rájuk szakosodott ellátó-rendszerrel (pl. szenvedélybetegek közösségi ellátása, elterelés, más alacsonyküszöbű szolgáltatás stb.).

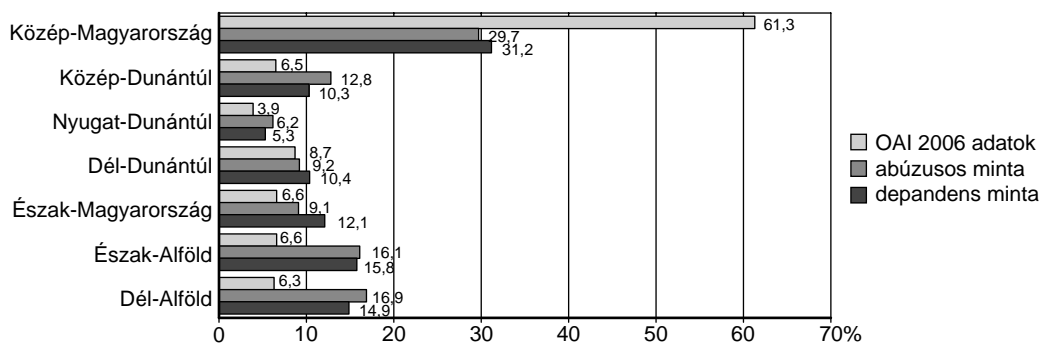
Mindkét alminta esetében megyénként választottunk ki olyan településeket, ahol van valamilyen ellátóhely vagy civil szolgáltató, és az adott településen a település nagyságától függően 1–2–3–4 pontról indítottunk hólabda típusú adatfelvételt mind a két almintában. A sok mintavételi pont alkalmazása garantálta, hogy a különböző láncok ne kapcsolódhassanak össze. Ezzel a módszerrel el tudtunk érni rejtőzködő válaszadókat is, ám a mintavétel sajátosságai miatt az adatfelvétel a tervezetnél jóval hosszabb időt vett igénybe (4 hónap), és a kutatás során elkészült elemzési adatbázis – mivel nem valószínűségi mintavétel alapján jött létre – általánosíthatósága korlátozott. Mindezzel együtt a két kábítószer-fogyasztó alminta alapján a kábítószer-fogyasztó fiatalok egymáshoz és a nem fogyasztókhoz viszonyított társadalmi kirekesztettségét lehet mérni, az adatbázis elemzésre tökéletesen alkalmas volt.

Komparatív statisztikai elemzésünk bemenei adatait primer kutatásunk output eredményei és az ESPAD 2007-es adatfelvételének adatállománya adják. Ezen statisztikai makroelemzés célja az általunk vizsgált kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségének pozicionálása a kontrollcsoport egészéhez képest, annak meghatározása, hogy az alkalmazott indikátorrendszer mentén miben tér el a kábítószer-fogyasztók társadalmi-gazdasági helyzete, jövedelmi és életkörülménye, szubjektív egészségi állapota, önképe, szexuális kiszolgáltatottsága, családi és baráti kapcsolatai a kontrollként meghatározott 15–22 éves fiatalokhoz képest.

Alkalmazott indikátorok

A kutatás során mindösszesen 13 indikátor alapján vizsgáltuk a kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségét. Az alkalmazott indikátorok közel felénél szubjektív és objektív dimenziók mentén is vizsgáltuk a kérdéskört, hat olyan indikátorunk volt, amelynél csak objektív dimenzió került rögzítésre, s egy indikátor (önkép) esetében csak a szubjektív dimenzió volt értelmezhető. Indikátoraink individuális, családi és helyi közösségi szinten kerültek csoportosításra. (2. táblázat) A 13 indikátort a kutatás során összesen 90 kérdés (item) alapján állítottuk össze. A kérdések döntő többsége skála jellegű besorolást igényelt a

1. ábra. Nyilvántartott betegek és a két minta megoszlása régiónként



Forrás: Országos Addiktológiai Intézet 2006, Echo Survey 2008

válaszadóktól, különösen a szubjektív dimenzióban, de a standardizálhatóság miatt törekedtünk a hasonló skála-tartományok alkalmazására az objektív dimenziókban is.⁶

A kirekesztettség konkrét indikátorait úgy állítottuk elő, hogy az egyes dimenzióba tartozó változókat (önálló itemek) főkomponens-elemzéssel redukáltuk egy-egy főkomponensbe. A főkomponens-elemzés során törekedtünk arra, hogy az adott faktor a lehető legtöbb információt őrizzen meg a kirekesztettség adott indiká-

torát leíró változókészletből. Az egy-egy főkomponens-elemzésbe bevont változók száma 3 és 13 között alakult az összetevők számának fényében. Az eredeti változókészletből a legtöbb információt megőrző főkomponens esetében 77% a magyarázott variancia, a leggyengébb esetében 31% volt.⁷ A főkomponens-elemzésekbe bevont változók esetében a kommunalitás értéke minden esetben meghaladta 0,35-öt, döntő többségüknél 0,7-nél is nagyobb volt az érték.⁸

2. táblázat. Alkalmazott indikátorok

Indikátor	Kérdések száma			Alkotott főkomponensek	
	Objektív dimenzióban	Szubjektív dimenzióban	Összesen	Főkomponensek neve	Teljes magyarázott variancia %
<i>Individuális faktor</i>	17	20	37		
Szexuális kiszolgáltatottság	4	0	4	Szexuális kiszolgáltatottság	58%
Alulképzettség	3	0	3	Képzetségi szint	59%
Munkahelyi, iskolai kudarcok	3	0	3	Munkahelyi, iskolai kudarcok	49%
Egészségi állapot	5	4	9	Egészségi problémák	31%
Pozitív/negatív önkép	0	10	10	Pozitív önkép Negatív önkép	57% 48%
Normaszegő magatartás	2	6	8	Normaszegő magatartás	32%
<i>Családi faktor</i>	20	3	23		
Háztartásszerkezet	11	0	11	Háztartásszerkezet	71%
Családi kapcsolatok	6	2	8	Családi összetartozás hiánya	38%
Anyagi helyzet, anyagi problémák	3	1	4	Anyagi problémák	52%
<i>Helyi közösségi faktor</i>	14	16	30		
Erőszak/kriminalitás	6	1	7	Erőszakosság	61%
Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférhetőség	3	0	3	Egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés	77%
Baráti kapcsolatok	5	2	7	Baráti kapcsolatok hiánya	45%
Kábítószer-probléma percepciója	0	13	13	Toleráns attitűd Intoleráns attitűd	43% 48%
Mindösszesen	51	39	90	15	

Az egyes főkomponensek értékei önmagukban nem mondanak semmit, lévén hogy minden egyes főkomponens esetében az eljárásnak köszönhetően standard változó fejezi a kirekesztettség-mértéket, vagyis minden egyes változó nulla átlagú, és egységnyi szórású. Az egyes szerfogyasztó csoportok (abúzusos és dependens szerhasználók) egymáshoz, valamint a kontrollcsoportoz viszonyított kirekesztettségének mértékét az egymáshoz viszonyított főkomponens szókrok átlagai mutatják.⁹

A kirekesztettség individuális indikátorai közül a szexuális kiszolgáltatottság tekintetében az itemek elsősorban azt vizsgálták, hogy a fiatalok alkohol-, illetve droghasználat alatt vagy miatt az elmúlt egy éven belül védekezés nélkül teremtettek-e szexuális kapcsolatot, illetve volt-e olyan szexuális kapcsolatuk, amit később megbántak. Az indikátor pozitív előjelű, vagyis minél nagyobb az érték, annál nagyobb a kockázat, illetve a kiszolgáltatottság.

A képzettség alapvetően három változó információtartalmából áll össze, a válaszadó iskolai végzettségétől, valamint a két szülő képzettségéből. Az indikátor e tekintetben azt mutatja, hogy ki mennyire képzett a referenciacsoporthoz viszonyítva a hagyományos iskolai végzettségi kategóriák alkalmazásával.

A munkahelyi és iskolai kudarcokat alapvetően objektív dimenziók segítségével mértük, a tanulóknál ez a tanulmányi eredményt, a már nem tanulóknál pedig az utolsó munkahelyén elért sikereket jelentette, de a főkomponens kialakítása során figyelembe vettünk olyan változókat is, amelyek az alkohol- vagy droghasználat miatti teljesítményváltozásra hívták fel a figyelmet. Az indikátor negatív skála, vagyis a munkahelyi és iskolai kudarcokat méri: minél nagyobb az érték, annál nagyobb a kudarcok miatti kirekesztődés veszélye.

A társadalmi kirekesztettség fontos indikátora az egészségi állapot. Kutatásunkban ennek szubjektív és objektív jellemzőit egyaránt igyekeztünk elemzésbe vonni. A végleges főkomponens tartalmazza a balesetek, sérülések, kórházi kezelések, krízisosztályokra kerülés eseményét

egy évre visszamenőleg, az öngyilkossági kísérleteket, a betegség miatti munkahelyi és iskolai hiányzásokat, valamint a saját egészségre vonatkozó véleményeket. A redukált indikátor kialakításában ezeken túlmenően az egy héten belüli alvászavar, étvágytalanság, koncentrációs zavar, lehangoltság, kedvetlenség megjelenését is figyelembe vettük. A főkomponens tehát az egészségi problémákat mutatja: minél inkább problémás válaszadóról van szó, a mutató értéke annál nagyobb.

Az önkép esetében az általános önelégedettség, a feleslegességérzést, a saját tulajdonságok megítélését, a büszkeségre való okokat, a hasznavehetetlenséggel való egyetértést, a saját értékekkel való elégedettséget mértük szubjektív itemek segítségével. A főkomponens-elemzés e tekintetben nem egy, hanem két elkülönült változót eredményezett, a kiinduló itemsorokat egy negatív és egy pozitív önkép faktorban azonosította. Mind a két indikátor esetében a nagyobb egyetértést fejezi a magasabb érték, annál negatívabb vagy annál pozitívabb az önképük.

A meglévő közösségi vagy társadalmi szabályok megszegése, illetve ezekről a szabályokról alkotott szubjektív vélemény, a munkahelyi és iskolai igazolatlan távollét változói adják a normaszegés-indikátort. Az indikátor szintén fordított: minél magasabb, annál inkább jellemző a normaszegő magatartás, illetve az e miatti kirekesztettség.

A családi dimenzióban a háztartásszerkezettel kapcsolatos indikátor a közös háztartásban együtt élők számát jelzi alapvetően, de tartalmazza a háztartás összetételére vonatkozó generációs sajátosságokat és a kapcsolódó családtagokon kívüli egyéb együtt élő személyeket is. Minél nagyobb az indikátor értéke, annál népesebb és sokszínűbb háztartásszerkezetet modellez.

A kirekesztettséggel összefüggésbe hozható családi kapcsolatokat döntően objektív kérdésekkel, kisebb részben szubjektív vélemények feltárásával mértük. A főkomponens tartalmazza a szülők és a család által felállított szabályokat, az arra vonatkozó információt, hogy a

szülők tudják-e hol, mikor és kivel tölti szabadidejét a válaszoló, kap-e érzelmi támogatást, gondoskodást, volt-e családi konfliktusa az elmúlt egy évben, illetve hogy általában mennyire elégedett a szülőkkel való kapcsolatával. Az indikátor negatív, alapvetően a családi kapcsolatok, a családi összetartozás hiányára utal, vagyis minél nagyobb az index értéke, annál inkább problémás a családi háttér, s annál kevésbé működik preventív vagy baj esetén támogató közegként.

Az anyagi helyzet dimenzióját az anyagi problémákkal mértük. Ebben a családon belüli anyagi helyzetet vettük elsődleges szempontnak, s a konkrét egzisztenciális helyzet (munka vagy tanulói jogviszony jövedelmei) mellett azt is tartalmazza, hogy a válaszadó családon belül kölcsönhöz juthat-e, vagy pénzt szokott-e ajándékba kapni. Az index negatív, vagyis minél nagyobb az értéke, annál inkább anyagi problémákkal terhelt a háztartás.

A helyi közösségi dimenzióban az első indikátor az erőszakos cselekedetekkel kapcsolatos. Az indikátor alapvetően retrospektív események, objektív változók alapján jött létre, részben az elmúlt egy évben elkövetett erőszakos cselekedetekre, részben a rendőrséggel való konfliktusokra fókuszálva. A főkomponens-elemzéssel előállított indikátor azt méri, hogy mennyire erőszakos a válaszadó életmódja.

A társadalmi kirekesztettség fontos közösségi mutatója az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférhetőség. Elemzésünkben a területi hátrányokból fakadó kirekesztettséget a lakóhely, a munkavégzés/tanulás települése és a tartózkodási helyen lévő kapcsolódó egészségügyi ellátó helyek (addiktológiai gondozó, pszichiátria, drogambulancia, félutas ház, terápiás otthon stb.) számosságát vettük alapul. Ez esetben pozitív indikátort alkalmaztunk, minél nagyobb az érték, annál nagyobb a hozzáférhetőség, annál kisebb a területi hátrányokból fakadó kirekesztettség mértéke.

Szintén közösségi dimenzió a baráti kapcsolatok feltérképezése, illetve annak hiánya, mely a társadalmi kirekesztettség vagy befogadás te-

kintetében kiemelten fontos aktor. A kirekesztettséggel összefüggésbe hozható baráti kapcsolatokat döntően objektív kérdésekkel, kisebb részben szubjektív vélemények feltárásával mértük. A főkomponens tartalmazza a barátokkal eltöltött szabadidős szakasokat, tevékenységek gyakoriságát, az arra vonatkozó információt, hogy kap-e érzelmi támogatást, megértést, volt-e baráti körrel konfliktusa az elmúlt egy évben, illetve hogy általában mennyire elégedett a barátokkal való kapcsolattal. Az indikátor negatív, alapvetően a baráti kapcsolatok, a baráti összetartozás hiányára utal, vagyis minél nagyobb az index értéke, a baráti kör annál kevésbé működik támogató közegként.

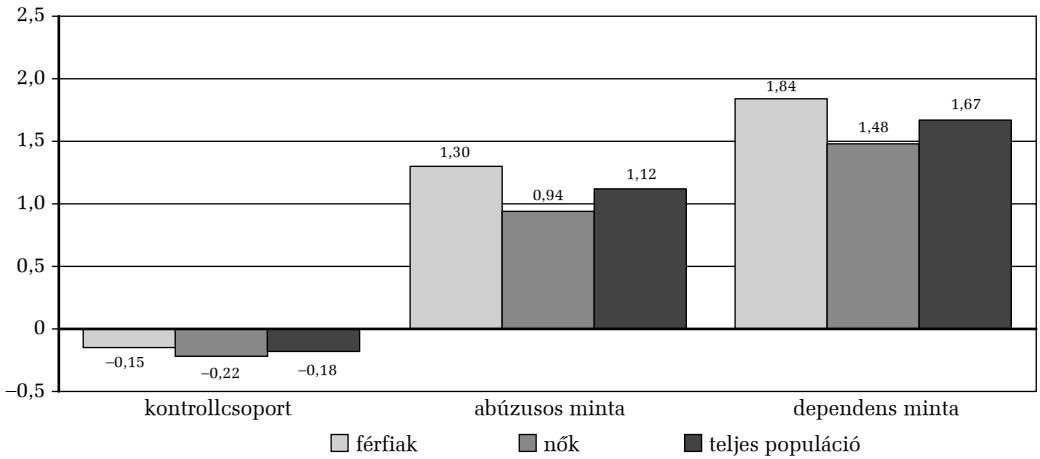
Végezetül a kábítószer-probléma percepciójával, társadalmi megítélésével, kezelésével kapcsolatos véleményeket táruk fel. E dimenzióban arra a kérdésre kerestük a választ, hogy mit gondolnak a kábítószer-fogyasztás társadalmi káráról, a drogozás veszélyéről, a büntethetőségről, a kemény és a könnyű drogok kipróbálásáról, a drog nemzedéki kérdéseiről. A főkomponens-elemzés ezek alapján (hasonlóan az önkép szubjektív itemeihez) nem egy, hanem két elkülönült változót eredményezett, a kiinduló itemsorokat egy toleráns és egy intoleráns faktorban azonosította. Mind a két indikátor esetében a nagyobb egyetértést fejezi a magasabb érték, annál negatívabb vagy annál pozitívabb véleménnyel vannak a drog társadalmi problémáiról.

A társadalmi kirekesztettség komparatív elemzése

A családi faktor indikátorai

A kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettsége csak relatív módon, a nem kábítószer fogyasztó emberek társadalmi helyzetéhez viszonyítva határozható meg. A társadalmi kirekesztettség egyik leggyakrabban alkalmazott indikátora a szegénység. Jelen kutatásunkban ez elsősorban az anyagi problémák megjele-

2. ábra. Anyagi problémák indikátora (főkomponens-szókórok átlaga)



nésével került mérésre objektív és szubjektív dimenziók alkalmazásával. A vonatkozó főkomponens-elemzés almintákban és a kontroll csoporttal történő összehasonlításából kiderült, hogy mind az abúzosos, mind pedig a dependens szerhasználók esetében magasabb az anyagi problémákat jelző indikátor értéke, mint a kábítószer nem fogyasztó csoportban. (2. ábra) Az összevetésből az is kitűnik, hogy a dependens szerhasználók anyagi problémái nagyobbak, mint az abúzosos kábítószer-fogyasztóké. Ha megnézzük az adatokat nemek szerinti bontásban, akkor jól látható, hogy a nők mindkét almintában és a kontrollcsoportban is kevésbé küzdenek anyagi gondokkal, míg a férfiak körében magasabb az indikátor értéke.

Az anyagi problémák tekintetében a kontrollcsoport esetében az adatok pontosan leké-

pezik a települési egyenlőtlenségeket: indikátorunk a legkevésbé a fővárosban, leginkább a hátrányos helyzetű rurális térségekben mért pénzügyi gondokat. Ezzel szemben kábítószer fogyasztó csoportokban ez a fajta területi hátrány nem kimutatható, az anyagi problémák előfordulása mind az abúzosos, mind pedig a dependens szerhasználóknál független a település nagyságától és az országon belüli földrajzi elhelyezkedéstől. A magyarázó változók közül az iskolai végzettség a kontrollcsoportban közel 2%-os magyarázó erővel bír az anyagi főkomponens esetében, az abúzosos szerhasználóknál az anyagi problémák nagysága független az iskolai végzettségtől, míg a dependens kábítószer-fogyasztóknál az anyagi problémákból önmagában az iskolai végzettség 3%-ot magyaráz. (3. táblázat)

3. táblázat. Az anyagi problémák főkomponens magyarázó változói (egytas ANOVA)

	Abúzosos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	9.4	.018*	2.3	.012	10.3	.002*
Településtípus	0.1	.003	3.7	.006	4.3	.003*
Régió	3.2	.001	0.2	.001	5.1	.002*
Iskolai végzettség	0.4	.002	2.9	.029*	38.6	.016**

*p<.05 **p<.001

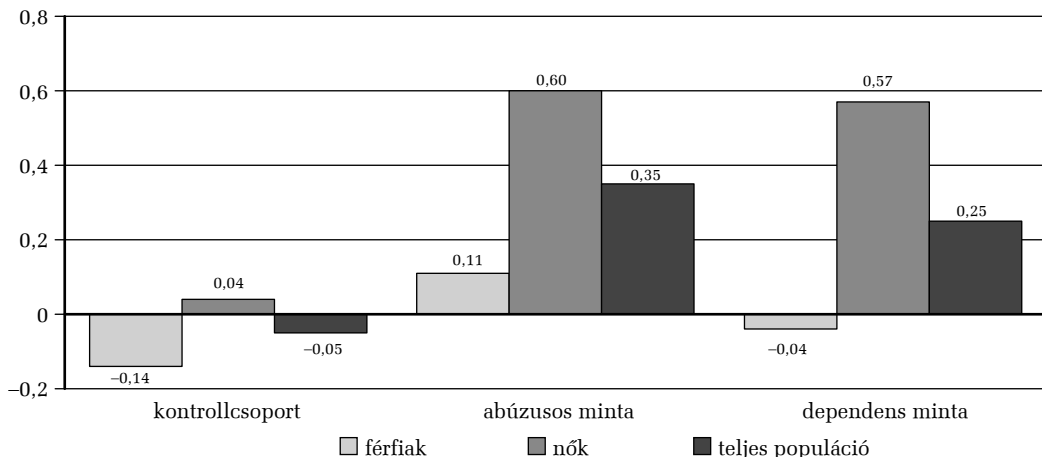
A társadalmi kirekesztettség másik fontos mutatói a családi kapcsolatok, melyek támogató közegként segíthetik mérsékelni a kábítószer-fogyasztás társadalmi és egyéni negatív hatásait, de a családi kapcsolatok hiánya, konfliktusossága esetében fokozhatják is a szerfogyasztás okozta problémákat. Jelen kutatásunkban ez utóbbira helyezve a hangsúlyt az indikátorunk a családi összetartozás hiányát mérte. A főkomponens-elemzés alapján statisztikailag igazolható, hogy mind az abúzosos, mind pedig a dependens kábítószer-fogyasztók körében nagyobb a családi összetartozás hiánya, mint a kontroll csoportban. Az összevetésből az is kitűnik, hogy a dependens szerhasználók tekintetében egy kicsit pozitívabb a kép, a családi összetartás erősebb, mint az abúzosos szerhasználók esetében. Ez részben érthető is, hiszen a dependens kábítószer-fogyasztók esetében a szerhasználatnak kihatása van a családi

életre, ám a szerrel való küzdelem többeknél a korábbi laza kapcsolatokat is szorosabbra fűzte, bár meg sem közelíti a kontrollcsoport értékét. A legnagyobb mértékű hiányosságokat a családi kapcsolatok tekintetében az abúzosos szerhasználóknál mutat a kirekesztettség indikátora.

Ha megnézzük az adatokat nemek szerinti bontásban, akkor jól látható, hogy a nőket mind a két almintában és a kontroll csoportban egyaránt jobban érintik a családi konfliktusok és problémák. Ennek oka elsődlegesen az indikátor szubjektív dimenzióinak összetevőiben keresendő. (3. ábra)

A családi összetartozás hiánya a kontrollcsoportban gyenge összefüggést mutatott a településsel, a régióval és az iskolai végzettséggel. Jellemzően Budapesten leginkább a családi összetartozás hiánya, iskolai végzettség tekintetében pedig a középfokú végzettségűeknél. A két kábítószer-fogyasztó mintában ezek a gyenge

3. ábra. A családi összetartozás hiányának indikátora (főkomponens-szókórok átlaga)



4. táblázat. A családi összetartozás hiánya főkomponens magyarázó változói (egyutas ANOVA)

	Abúzosos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	23.4	.046**	11.7	.067*	39.2	.008**
Településtípus	0.3	.002	1.4	.027	4.3	.003*
Régió	1.8	.007	1.0	.013	5.7	.002*
Iskolai végzettség	0.9	.003	0.3	.003	4.2	.002*

*p<.05 **p<.001

összefüggések már eltűnnek, ellenben a nem magyarázó ereje megmarad, sőt sokkal nagyobb, mint a kontroll csoportban. A kábítószerző neme az abúzosos szerhasználóknál 5, a dependens szerhasználóknál pedig közel 7%-ot magyaráz önmagában a családi összetartozás hiánya főkomponens-varianciájából. (4. táblázat)

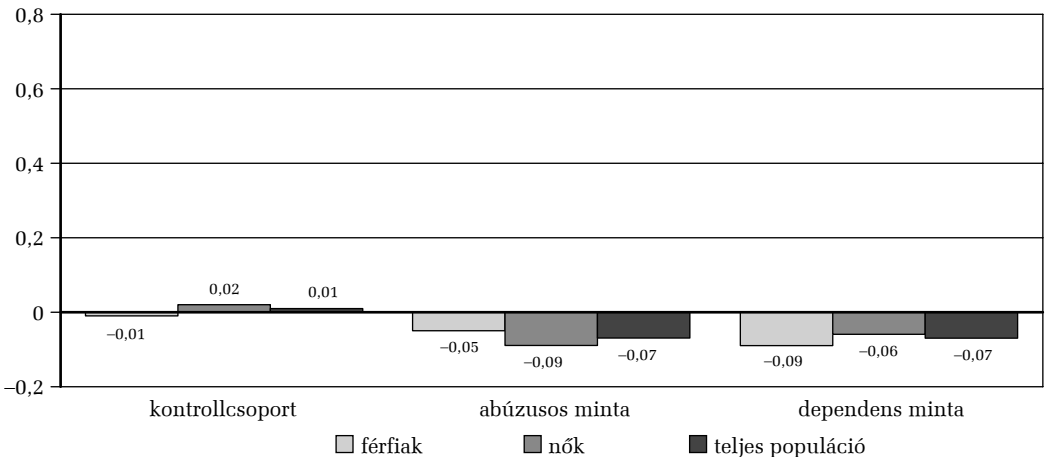
A társadalmi kirekesztettség családi dimenziói között a harmadik indikátorunk a háztartásszerkezet volt, mely általában összefüggésben van a háztartás nagyságával is. Kutatásunk során a háztartásszerkezet tekintetében főkomponens-elemzés alapján bár az kimutatható, hogy a háztartásszerkezet pozitív hatása valamivel alacsonyabb a szerhasználók körében, mint a kontrollcsoportban, az eltérés igen csekély. A részletesebb elemzés során az derült ki, hogy a kontrollcsoportban tapasztalható gyenge összefüggések közül (a nyugati régióban és a kisebb településeken, az alacsonyabban képzettek körében erősebb a pozitív

hatás, és heterogénebb a háztartás szerkezete is) csupán a településtípus esetében igazolódott vissza kábítószer-fogyasztók esetében is a mért összefüggés, 2–3%-os magyarázó erővel bír ezen indikátor esetében a településtípus mint háttérváltozó. (4. ábra, 5. táblázat)

Helyi közösségi faktor

A társadalmi kirekesztettség tágabb társadalmi kontextusát tekintve a helyi közösség az a dimenzió, melyben a befogadás, illetve a (re)integráció sikeresen meg tud valósulni. Első indikátorunk ezek közül az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőség. A kontrollcsoporthoz képest, mely a teljes vonatkozó referencia-populációt lefedi, a kábítószer-fogyasztók egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférhetősége jobb, mint az átlag. Ez nyilván azzal van összefüggés-

4. ábra. A háztartásszerkezet pozitív hatásainak indikátora (főkomponens-szókrok átlaga)



5. táblázat. A háztartásszerkezet pozitív hatása főkomponens magyarázó változói (egyutas ANOVA)

	Abúzosos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	0.0	.000	0.0	.000	0.1	.000
Településtípus	3.8	.019*	2.5	.034*	25.6	.014**
Régió	0.8	.003	1.0	.009	9.3	.003**
Iskolai végzettség	1.4	.005	0.9	.009	9.4	.004**

*p<.05 **p<.001

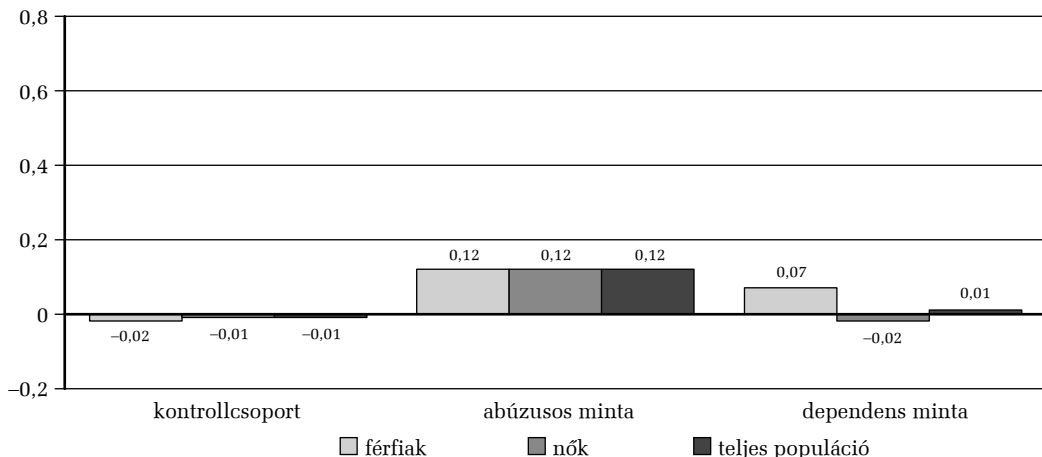
ben, hogy a kábítószer-fogyasztás inkább a városi populációk sajátossága, és ezeken a helyeken a városi funkciókhoz igazodó ellátóhelyek száma is magasabb, és heterogenitása is jobb. Összevetve az abúzusos és a dependens kábítószer-fogyasztók mintáját, azt lehet megállapítani, hogy a dependens szerhasználók számára a releváns egészségügyi szolgáltatások elérhetősége rosszabb, mint az abúzusos szerhasználóké, ám még mindig jobb, mint a kontrollcsoport átlaga. A dependens szerhasználók közül is elsősorban a nők kirekesztettsége nagyobb ezen indikátor mentén. (5. ábra)

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőséget alapvetően a lakóhely határozza meg Magyarországon. Míg Budapesten 1,81 az indikátor értéke a kontrollcsoportban, addig a vidéki nagyvárosokban csak 0,26, a kisebb településeken pedig -0,60. E tekintetben a nyugati és keleti régiók között nincs különbség. Az

iskolai végzettséggel is összefüggés mutatható ki: a magasabb iskolai végzettségű emberek esetében a hozzáférhetőség indikátora magasabb értéket mutat a kontrollcsoportban. Az abúzusos és a dependens szerhasználók esetében is jól kimutatható, hogy a községekben és kisebb városokban élők kirekesztettsége a releváns egészségügyi ellátásokból jóval nagyobb, mint a nagyvárosokban, különösen Budapesthez viszonyítva mérhető negatív rekord. (6. táblázat)

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőség magyarázó változói közül a dependens szerhasználóknál a településtípus 44, a régió 79%-ot magyaráz önmagában a főkomponens heterogenitásából, az abúzusos szerhasználóknál még nagyobb, 64–84%-ot. Ez egyáltalán nem meglepő, hiszen ezek a szolgáltatások igazodnak városi funkciókhoz. Némileg meglepő azonban, hogy az iskolai végzettségnek is van némi hatása az indikátor értékére, de csak az abúzusos ká-

5. ábra. Az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének indikátora (főkomponens-szókórok átlaga)



6. táblázat. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés főkomponens magyarázó változói (egyutas ANOVA)

	Abúzusos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	0.0	.000	0.4	.002	0.0	.000
Településtípus	346.7	.644**	57.9	.443**	3736.5	.679**
Régió	1454.8	.835**	407.6	.788**	11848.3	.817**
Iskolai végzettség	10.5	.035**	0.9	.008	71.7	.026**

*p<.05 **p<.001

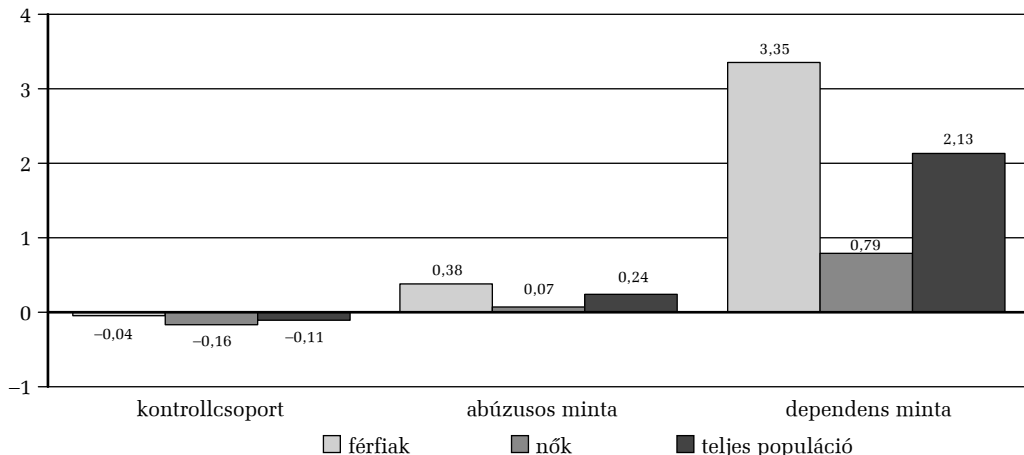
bítószer-fogyasztók esetében. Ennek az lehet az oka, hogy a dependens szerhasználók jellemzően olyan nagyobb településeken vannak jelen, ahol a szolgáltatások az iskolai végzettségtől függetlenül elérhetők, míg az abúzusos szerhasználat nem koncentrálódik ennyire a nagyvárosokba.

Megosztott a szakirodalom abban, hogy általában az erőszakosságot a helyi közösség vagy az individuális faktor között tartás-e számon. Mi az előbbihez soroltuk, lévén az erőszakos cselekedetek minősítése a közösségi normákhoz viszonyítottan jelentkezik, s ha szükség van rá, a közösség szankcionál.

Az erőszakosság és kriminalitás indikátorának értéke a kábítószer-fogyasztó csoportban a kontrollcsoporthoz képes sokkal magasabb pontszámokat eredményezett. Míg a kontrollcsoportban -0,11 az indikátor értéke, addig az abúzusos szerhasználóknál 0,24, a dependens almintában pedig már 2,13 az érték.

Ahogy az várható volt, a kriminalitásnak ez a fajta mutatója nem független a nemtől, a férfiak körében minden csoportban magasabb. Ugyanakkor az is jól látható, hogy dependens nők körében mennyivel magasabb a kirekesztettség, mint az abúzusos nők körében, vagyis a kábítószerfogyasztás és az erőszakosság közötti kapcsolat nyilvánvaló. A válaszadó nemének magyarázó ereje az abúzusos szerhasználóknál 2%, a dependens fogyasztók esetében ellenben már 9%. A régió szerinti megoszlással csak a kontrollcsoport esetében van szignifikáns összefüggés, Budapest átlagon felüli értékével ugrik ki, ám ez a két almintában már nem igazolható statisztikailag, a vidéki és a fővárosi kábítószerfogyasztók erőszakossága között nincs igazából különbség. Végezetül az iskolai végzettség befolyásoló erejéről kell még szólni. Mindhárom csoportban igaz az, hogy az alacsonyabban képzetek körében magasabb az erőszakosság indikátorának értéke. (6. ábra, 7. táblázat)

6. ábra. Az erőszakosság indikátora (főkomponens-szókrok átlaga)



7. táblázat. Az erőszakosság főkomponens magyarázó változói (egyutas ANOVA)

	Abúzusos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	13.4	.023**	21.2	.091**	82.5	.016**
Településtípus	0.5	.002	0.5	.007	1.58	.001
Régió	0.9	.003	0,3	.003	3.92	.002*
Iskolai végzettség	5.6	.019*	3.7	.033*	40.5	.015**

*p<.05 **p<.001

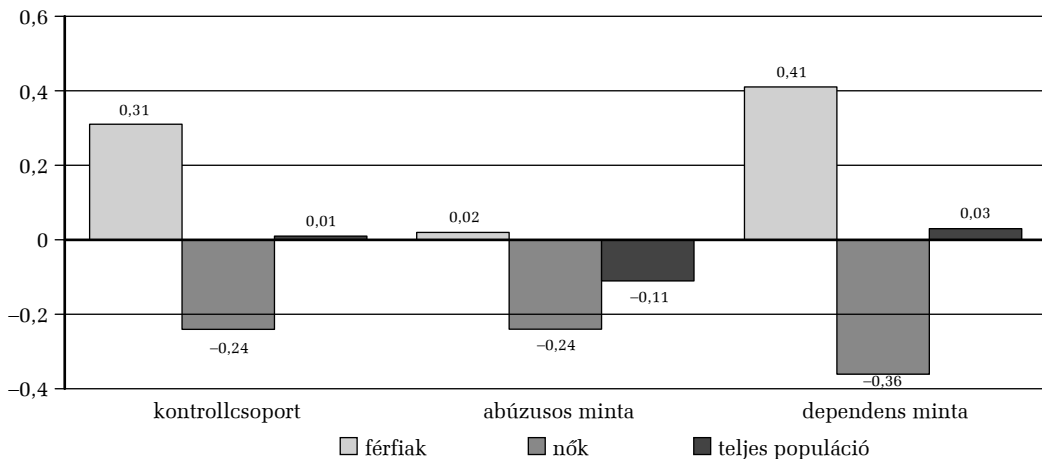
A társadalmi kirekesztettség helyi közösségi indikátorának tekintettük kutatásunk során a baráti kapcsolatokat, illetve azok hiányát, konfliktusosságát. A baráti kapcsolatok hiánya vagy konfliktusossága jellemzően a dependens szerfogyasztók sajátossága, e tekintetben az abúzusos kábítószer-használók még a kontrollcsoporthoz képest is jobb helyzetben vannak. Ez valószínűleg összefügg az abúzusos és dependens szerhasználat szociális kontextusa közötti különbséggel – míg előbbi jellemzően társas cselekedet, utóbbi inkább individuális. Érdekes, hogy ha a nemek közötti eltérést is vizsgáljuk, ez már nem állja meg helyét, a dependens nőknél mérhető a legalacsonyabb indikátor-pontszám. A nem hatása az indikátorra statisztikailag erős összefüggést mutat a dependens mintában, majdnem 14%-ot magyaráz a kapcsolatok hiányából, míg a kontroll csoportban 8%-ot, a másik szerhasználói körben pedig csupán 2%-ot. A

legintenzívebb baráti kapcsolatokkal az abúzusos szerhasználók bírnak, a kapcsolatok hiányát jelző indikátor körükben a legalacsonyabb, s ez független a településtől, régiótól és iskolai végzettségtől egyaránt. (7. ábra)

A baráti kapcsolatok hiánya a kontrollcsoportban gyenge összefüggést mutatott a településsel, a régióval és az iskolai végzettséggel is csakúgy, mint a családi kapcsolatok esetében, ugyanakkor ezt a mintázatot a szerfogyasztás eliminálja. (8. táblázat)

A társadalmi kirekesztettség helyi közösségi dimenziói között a negyedik indikátorunk a kábítószer-probléma szubjektív percepciója. A főkomponens-elemzés során e dimenzióban egy toleráns, elfogadóbb attitűdöt azonosítottunk be, mely elfogadja a kábítószeresek használatát, azt a mai fiatalok elterjedt rekreációs és/vagy problémamegoldó eszközének tekinti, mely szervesült a hazai társadalmi viszonyokban és érintkezé-

7. ábra. A baráti kapcsolatok hiányának indikátora (főkomponens-szókórok átlaga)



8. táblázat. A baráti kapcsolatok hiánya főkomponens magyarázó változói (egyutas ANOVA)

	Abúzusos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	8.8	.016*	30.4	.138**	419.1	.077**
Településtípus	1.4	.008	0.5	.008	4.2	.003*
Régió	2.2	.008	0.2	.003	4.9	.002*
Iskolai végzettség	0.7	.003	1.4	.015	33.3	.013**

*p<.05 **p<.001

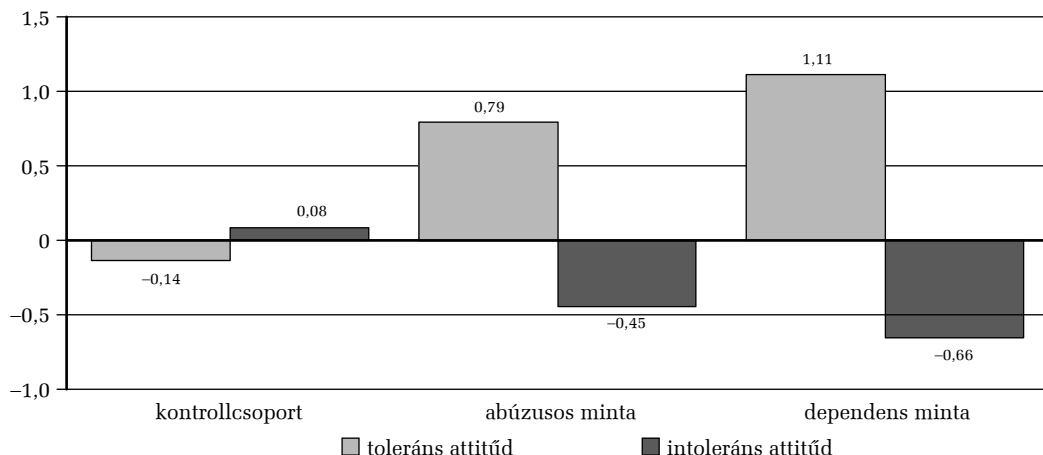
si módokban egyaránt. A másik, intoleráns, elutasítóbb attitűd szerint a kábítószer-fogyasztás magánügy, a kemény drogokat élesen elutasítja, és ha valaki bajba kerül, azt önhibának tartja, melynek kezelésében nem igazán van helye közösségi gondoskodásnak. (8. ábra)

A kontrollcsoportban mért toleráns attitűd értéke negatív, ugyanakkor az abúzos szerhasználók körében 0,79, a dependens szerhasználóknál pedig már 1,11, vagyis látható, hogy – egyáltalán nem meglepő módon – az érintettség növekedésével a tolerancia is nő. Ezzel párhuzamosan érthetően az intoleráns attitűd indikátor-értékei

fordított tendenciát mutatnak, a legkevésbé intoleránsak a dependens minta tagjai.

A magyarázó változókat vizsgálva megállapítható, hogy a kontrollcsoportban a tolerancia főkomponens értékét a településtípus, a régió és az iskolai végzettség egyaránt befolyásolja, míg az intoleráns főkomponens értékét ezeken túl a válaszadó neme is módosítja. Ezzel szemben a kábítószerfogyasztók probléma-percepciójának attitűdjeit ezek a hagyományos háttérváltozók nemigen befolyásolják, egyedül az iskolai végzettség esetében mutatható ki, hogy a magasabb iskolai végzettségűek intoleránsabbak. (9. táblázat)

8. ábra. A kábítószerprobléma-percepció indikátorai (főkomponens-szókrok átlaga)



9. táblázat. A kábítószerprobléma-percepció főkomponenseinek magyarázó változói (egyutas ANOVA)

Toleráns attitűd esetében	Abúzosos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	0.0	.000	0.2	.003	1.0	.000
Településtípus	0.3	.003	0.5	.018	8.2	.011**
Régió	1.1	.008	0.5	.014	15.0	.014**
Iskolai végzettség	3.9	.028*	0.2	.000	24.5	.022**
Intoleráns attitűd esetében	Abúzosos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontroll csoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	3.5	.013	0.0	.000	20.2	.009**
Településtípus	0.6	.007	0.6	.024	15.9	.022**
Régió	3.5	.025*	0.4	.010	3.3	.003*
Iskolai végzettség	2.9	.021*	2.5	.057	135.4	.111**

*p<.05 **p<.001

Individuális faktor

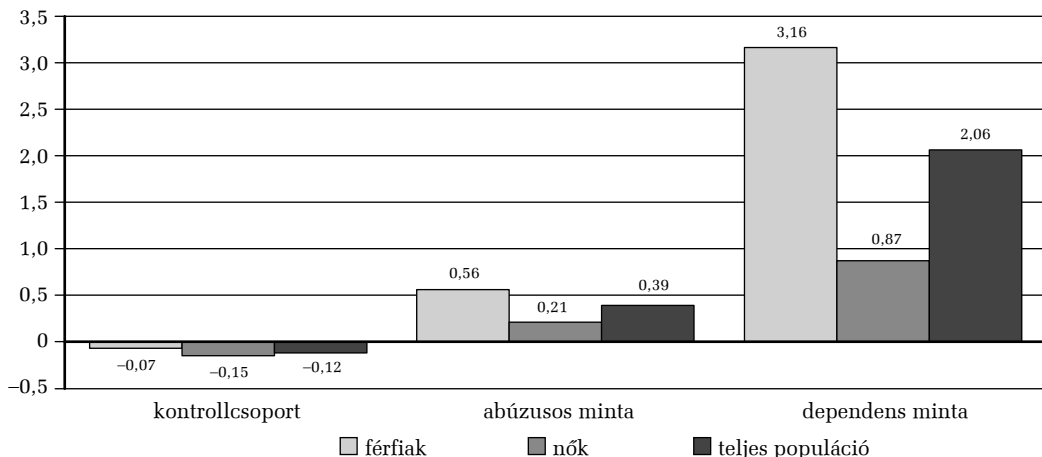
A társadalmi kirekesztettség indikátorainak harmadik fő csoportja az ún. individuális indikátorok. Ezek közül az első a szexuális kiszolgáltatottság. A szexuális kiszolgáltatottságot mérő kérdések kutatásunkban alapvetően azt célozták, hogy mennyire teremtenek meg gondolatlanul, védekezés nélkül szexuális kapcsolatot az emberek, illetve teremtettek-e már más módon meggondolatlan vagy kényszerkapcsolatot. A kiszolgáltatottság ilyen módon történt operacionalizálásával a kontrollcsoporthoz képest jelentős kiszolgáltatottságot mértünk a dependens mintában, s különösen a férfiak körében. Adataink alapján inkább ők azok, akik hajlamosabbak védekezés nélkül, meggondolatlan módon szexuális kapcsolatot létesíteni. Ennek oka lehet, hogy a nők inkább számolnak a kockázatokkal, a férfiak hajlamosak lebecsülni

azt, illetve csupán a nem kívánt terhességre redukálni, ami viszont őket közvetlenül nem igazán érinti. (9. ábra)

A háttérváltozók hatását vizsgálva a dependens mintában a válaszadó neme 10%-ot magyaráz a szexuális kiszolgáltatottságból, ezzel szemben az abúzusos mintában sokkal kisebb a hatása, csak 2%, a kontrollcsoportban pedig még kisebb, bár szignifikáns összefüggés itt is létezik. A település típusa és a területi elhelyezkedés független ettől, ellenben az iskolai végzettségnek van kimutatható hatása. Az abúzusos szerhasználóknál és a kontrollcsoportban is az iskolai végzettség növekedésével csökken a szexuális kiszolgáltatottság. (10. táblázat)

A képzettségi szint a szegénységhez hasonlóan szintén gyakran alkalmazott indikátora a kirekesztettségnek, illetve a társadalmi befogadásnak, elsősorban a kvalifikációs szint és a munkaerő-piaci pozíció közötti kapcsó-

9. ábra. A szexuális kiszolgáltatottság indikátora (főkomponens-szókórok átlaga)



10. táblázat. A szexuális kiszolgáltatottság főkomponens magyarázó változói (egyutas ANOVA)

	Abúzusos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	10.2	.018*	21.8	.096**	29.3	.006**
Településtípus	0.9	.005	0.5	.007	2.4	.001
Régió	0.3	.001	0.5	.005	0.2	.000
Iskolai végzettség	11.3	.038**	2.2	.021	31.6	.012**

*p<.05 **p<.001

latok miatt. Jelen kutatásunkban a válaszadó képzettségi szintjének meghatározásakor nemcsak az érintettek legmagasabb iskolai végzettségét vettük figyelembe, a főkomponens-elemzésbe beemeltük a szülők iskolai végzettségét is, s így az indikátor inkább már egyfajta sajátos kulturálistőke-indikátorként értelmezendő.

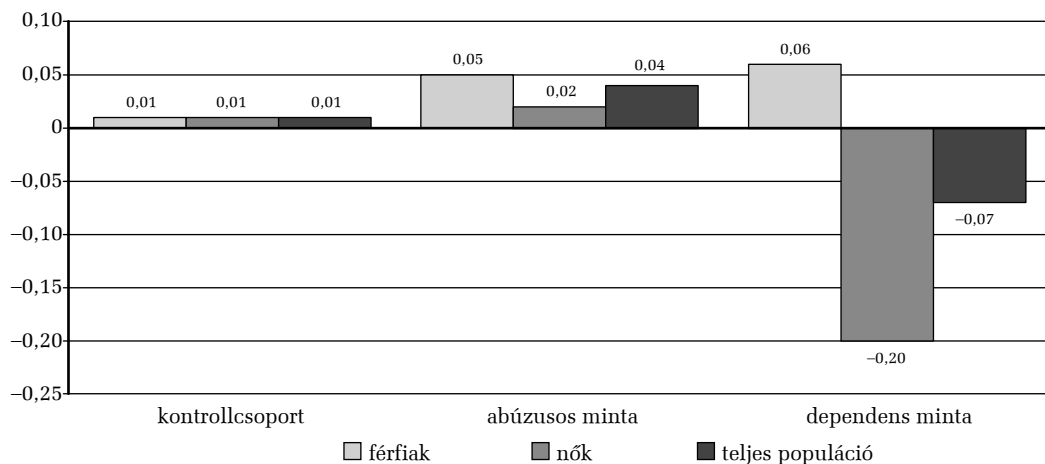
A kontrollcsoporthoz viszonyítva érdekes adatsor rajzolódik ki. Egyrészt jól látható, hogy mind a dependens, mind pedig az abúzos szerfogyasztó férfiak körében egy kicsit magasabb a képzettségi indikátor, vagyis e tekintetben kirekesztettségéről nem beszélhetünk. Ugyanakkor a dependens mintában, mind a férfiakhoz, mind pedig a kontrollcsoporthoz viszonyítottan szembetűnő a nők alacsony kvalifikációs szintje. (10. ábra)

A relatív képzettség főkomponensének értékét meghatározó változók közül a hagyományos

területi statisztikai mutatók esetében mérhető a legnagyobb magyarázott variancia, a településtípus és a régió mind a kontroll-, mind pedig a vizsgálati mintában hatással bír. A nem hatása csak a már említett dependens alminta estében bír magyarázó erővel. (11. táblázat)

A munkahelyi, illetve a tanulóknál az iskolai sikerek és kudarcok nem tartoznak a hagyományos társadalmi kirekesztés indikátorai közé, ám az individuális faktor alkotórészeként a kábítószerfogyasztók társadalmi kirekesztési mechanizmusai nem érthetők teljesen e dimenzió nélkül. A szerfogyasztás ugyanis a klinikai tapasztalatok alapján előbb-utóbb tanulmányi és munkahelyi kudarcokhoz vezet, mely felgyorsítja a drogos karrier, illetve a tartósan destruktív életvezetés kialakulását, ez pedig olyan hátrányos helyzetet eredményez, amely a munkaerőpiacról való kikerülést idézi elő, s a szerhasználók ezzel nemcsak relatív, hanem

10. ábra. A relatív képzettség indikátora (főkomponens-szókórok átlaga)



11. táblázat. A relatív képzettség főkomponens magyarázó változói (egyutas ANOVA)

	Abúzos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	0.2	.000	3.5	.016*	0.5	.000
Településtípus	17.6	.086**	2.3	.032*	173.3	.091**
Régió	19.9	.066**	4.8	.037*	102.9	.038**

*p<.05 **p<.001

objektív értelemben is kirekesztődnek a többségi társadalomból. (11. ábra)

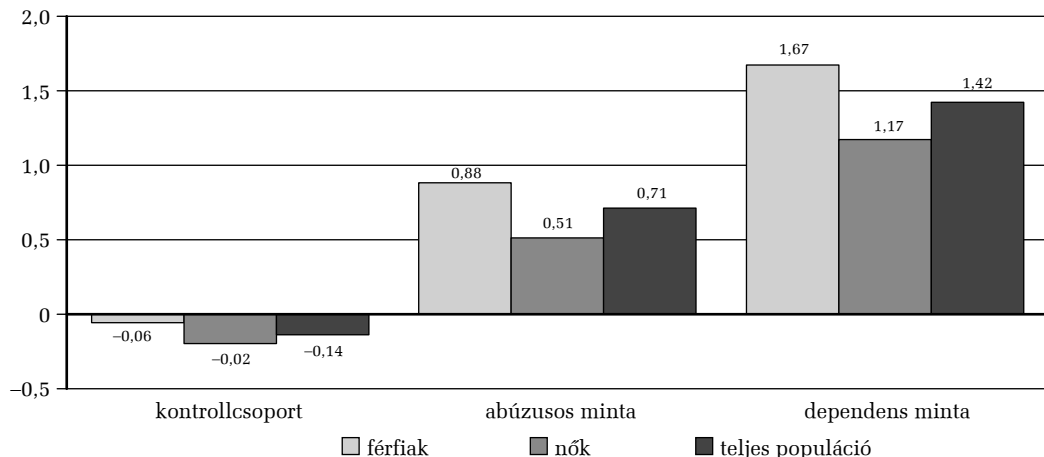
Az indikátor értéke a kontrollcsoportban $-0,14$, az abúzosos mintában $0,71$, a dependens mintában pedig már $1,42$, vagyis a munkahelyi és iskolai kudarcok szintje magasabb a szerfogyasztók körében, különösen a dependenseknél. Ez nem meglepő eredmény, ahogy az sem, hogy a nők körében alacsonyabb a munkahelyi és iskolai kudarcok indikátora, mint a férfiaknál. S bár a szerfogyasztó nőknél mért értékek magasabbak, mint a kontroll csoportban, a vizsgálati mintán belül is alacsonyabb mint a férfiaknál, vagyis a trendet a szerfogyasztás nem írja felül, csupán az értékeket növeli az iskolai és munkahelyi kudarcokat mérő indikátornál.

A nem mellett a településtípus és az iskolai végzettség is megjelenik a kontrollcsoport munkahelyi/iskolai kudarcával kapcsolatos háttérváltozók körében szignifikáns hatással, az

indikátor értéke jellemzően a kisebb településeken élők, illetve a keleti régiók alacsonyabban kvalifikált lakói körében magasabb. Ugyanez a területi összefüggés azonban a vizsgálati mintában statisztikailag nem igazolható. Az iskolai végzettség is csak az abúzosos szerhasználat esetében mutat összefüggést a kudarcokkal, a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező abúzosos szerhasználóknál még nem tapasztalható munkahelyi és iskolai kudarcok (alacsonyabb iskola végzettség esetében már igen), ellenben a dependens szerhasználóknál már a magasan kvalifikált rétegben is magas a kudarcokat jelző indikátor értéke. (12. táblázat)

Kutatásunkban az objektív és szubjektív mutatókból főkomponens-elemzéssel előállított egészségproblémák-indikátor várható tendenciái viszonylag jól prognosztizálhatók. Joggal feltételezhető, hogy az intenzívebb kábítószerfogyasztás magasabb egészségprobléma-indexet

11. ábra. Munkahelyi/iskolai kudarcok indikátor (főkomponens-szókrok átlaga)



12. táblázat. A munkahelyi/iskolai kudarcok főkomponens magyarázó változói (egyutas ANOVA)

	Abúzosos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	6.4	.012*	2.6	.012	56.6	.011**
Településtípus	1.3	.007	0.3	.006	21.8	.013**
Régió	0.1	.000	0.2	.002	3.7	.002*
Iskolai végzettség	9.6	.032**	0.2	.002	324.4	.116**

* $p < .05$ ** $p < .001$

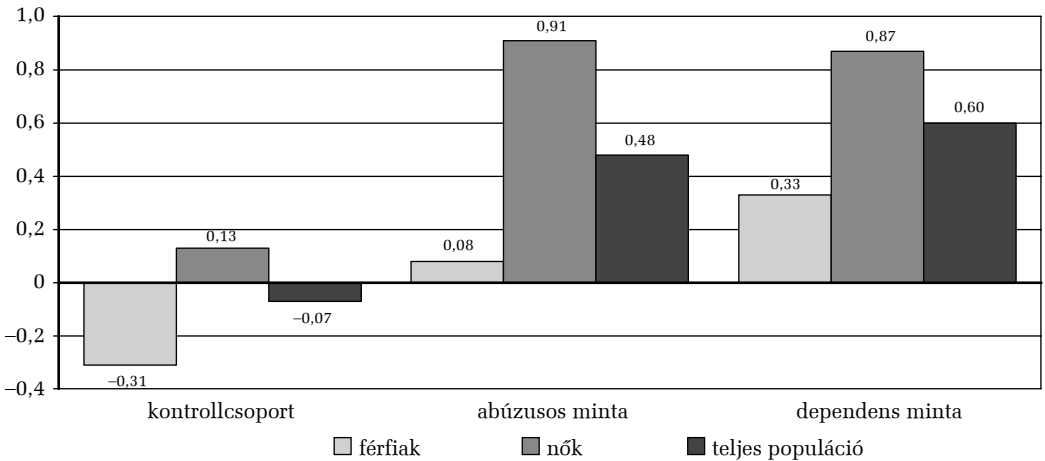
eredményez. Ha az általános tendenciákat nézzük, akkor ez így van, az egészségi problémákat jelző indikátor a várt trendet követi. Ha azonban az indikátort nemenként külön nézzük, akkor a férfiak esetében a szerfogyasztás intenzitásának növekedésével nő az egészségi probléma indikátorának indexértéke, a nők esetében azonban már abúzos szerhasználat esetében is kiugró az indikátor mutatója, nemcsak a dependens almintában mért érték. Mindhárom csoportban jellemzően a nők több egészségi problémával küzdenek, s a kábítószer-fogyasztás tovább szélesíti a nemek közötti különbséget is. A többi vizsgált háttérváltozótól a mintákban független a egészségi probléma indikátora. (12. ábra, 13. táblázat)

A normaszegés, az együttélési szabályok figyelmen kívül hagyása korántsem minden esetben kriminális jelenség, gyakran csak egy sajátos identitás közösségi megnyilvánulási for-

mája. Normális esetben a közösségi viselkedési szabályok, normák a jól leírt interiorizáció folyamatában bensővé válnak, az individuuum integráns részeként működnek. Az interiorizáció révén átvett norma összefonódik az egyén már meglévő értékeivel: a társas szerepre vonatkozó elvárások rendszerétől külön, egy személyes rendszer részévé válik. A kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségének vizsgálatakor a szabálykövetés, illetve a normaszegés dimenziója azért értékelődik fel, mert az ilyen normaszegő megnyilvánulás alapvetően attól függ, hogy a szóban forgó dolgok mennyire tettek relevánssá mélyebben rejlő értékeket.

Összevetve a normaszegő magatartás indikátorát a kontrollcsoport adataival jól látható, hogy a kábítószer-fogyasztó mintában magasabb értékeket kaptunk. Az abúzos szerhasználónál a férfiak és a nők magatartása között e tekintetben nincs igazából különbség, ellenben a

12. ábra. Az egészségi problémák indikátor (főkomponens-szókórok átlaga)



13. táblázat. Az egészségi problémák főkomponens magyarázó változói (egyutas ANOVA)

	Abúzos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	68.3	.118**	7.8	.040*	284.1	.057**
Településtípus	0.8	.005	0.7	.012	1.8	.001
Régió	1.2	.005	2.1	.022	4.9	.002*
Iskolai végzettség	0.1	.000	1.1	.012	1.3	.001

*p<.05 **p<.001

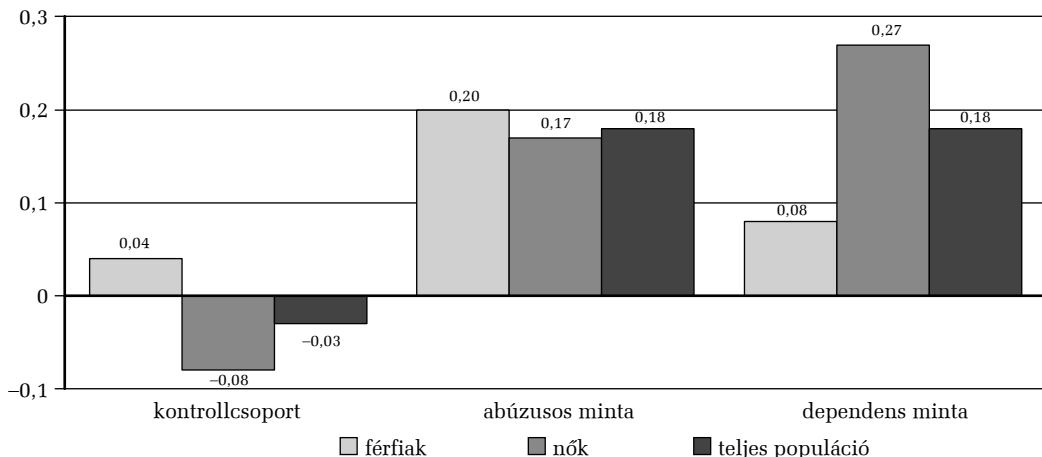
dependens mintában igen jelentős eltérés van, a dependens nőknél mért indikátor kimagasló. Az indikátor mindhárom csoportban független a területi statisztikai mutatóktól, meglepő módon csakúgy, mint az iskolai végzettségtől. (13. ábra, 14. táblázat)

Az utolsó tárgyalandó indikátora a kirekesztettség individuális faktorának az önkép. A főkomponens-elemzés során e dimenzióban – a probléma-percepcióhoz hasonlóan – nem egy, hanem két főkomponenst azonosítottunk be, egy pozitív önképi elemek által dominált és egy negatív önképi elemek által meghatározott főkomponenst. Az abúzosos szerhasználók a kontrollcsoporthoz és dependens mintához képest pozitívabb önképpel rendelkeznek, e tekintetben ők egyáltalán nem tekinthetők kirekesztett csoportnak. A dependens szerfogyasztók körében azonban már zavar mérhető a tudati struktúrákban, ugyanis mind a pozitív, mind

pedig a negatív önkép elemek esetében magasabb az indikátor értéke a kontroll csoporthoz viszonyítva. A dependens mintában itt valószínűleg az ún. borderline személyiségzavar jeleit érhetjük tetten.¹⁰ (14. ábra)

A kontrollcsoportban mind a pozitív, mind pedig a negatív önképi elemekre jellemzően a nem, illetve utóbbi esetében az iskolai végzettség is hatással van, a lányoknál magasabb a pozitívabb önképi elemek főkomponens-értéke, s az is kimutatható, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél magasabb a negatív önkép főkomponensének értéke. A nem befolyásoló ereje kimutatható az abúzosos szerhasználóknál is, ellenben a dependens mintában már nem szignifikáns a hatása, viszont ez utóbbi csoportban érdekes módon a földrajzi elhelyezkedés hatása erősödik fel, a nagyobb településen élők körében a negatív önképi elemek indikátor értéke nő meg. (15. táblázat)

13. ábra. A normaszegő magatartás indikátora (főkomponens-szókórok átlaga)

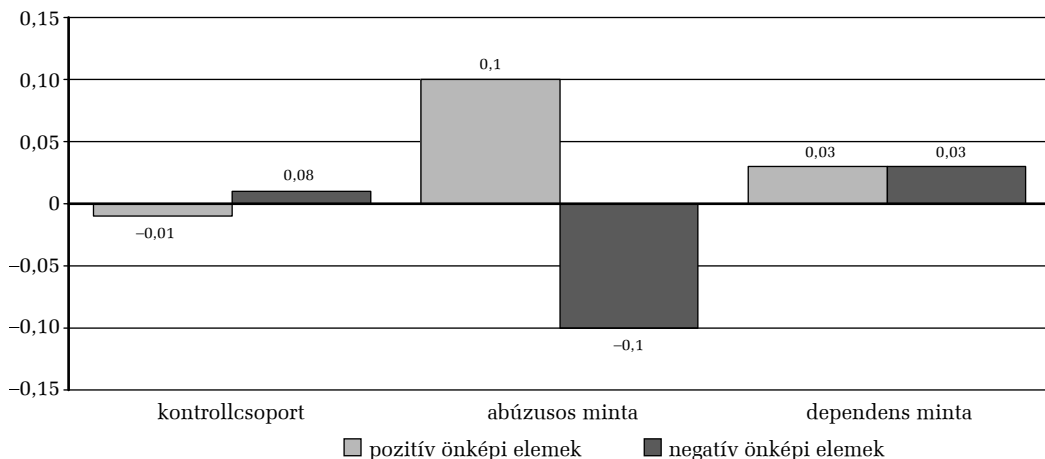


14. táblázat. A normaszegő magatartás főkomponens magyarázó változói (egyutas ANOVA)

	Abúzosos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	0.0	.000	1.6	.008	20.7	.004**
Településtípus	1.6	.010	0.3	.005	0.7	.000
Régió	1.7	.007	2.0	.022	0.4	.000
Iskolai végzettség	1.7	.007	0.7	.008	1.1	.000

*p<.05 **p<.001

14. ábra. Önkép-indikátorok (főkomponens-szókók átlaga)



15. táblázat. Az önkép főkomponenseinek magyarázó változói (egyutas ANOVA)

Pozitív önképi elemek	Abúzusos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontrollcsoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	34.9	.060**	2.8	.012	156.8	.030**
Településtípus	1.1	.006	1.1	.017	2.9	.002*
Régió	3.2	.012*	2.9	.030*	1.4	.001
Iskolai végzettség	0.7	.002	1.2	.012	0.4	.000
Negatív önképi elemek	Abúzusos szerhasználók		Dependens szerhasználók		Kontroll csoport	
	F	R ²	F	R ²	F	R ²
Nem	12.8	.023**	1.8	.009	56.2	.011**
Településtípus	1.2	.007	2.5	.039*	2.1	.001
Régió	0.3	.001	2.8	.029*	0.6	.000
Iskolai végzettség	2.1	.008	1.5	.016	19.4	.008**

*p<.05 **p<.001

A kirekesztettség klaszterei

A kutatás során rögzített kirekesztettség-indikátorok komparatív elemzése során alkotott főkomponensek alapján meg lehet határozni a kirekesztettség általánosabb klasztereit is. Az indikátorokat vettük klaszterképző input változónak melyeket (a kábítószer-probléma percepciója nélkül) ún. k-means klaszterezésbe vonva, az egymáshoz hasonló indikátorokkal bíró személyeket próbáltuk statisztikailag összetartozó csoportokba rendezni. Az eljárás eredménye-

ként a válaszadókat három, jól elkülöníthető csoportba tudtuk sorolni. Az első klaszterbe azok kerültek, akiknél a kirekesztettség indikátorai a legalacsonyabb szintet mutatják általában. Őket nem jellemzik erőszakos cselekedetek, szexuálisan nem kiszolgáltatottak, magas a képzettségi szintjük, konform módon nem törekszenek normaszegő magtartásra. Az iskolai, munkahelyi kudarcok nem jellemzők rájuk, az egészségügyi szolgáltatásokhoz hozzáférnek, ha szükség van rájuk, családi és baráti közösségeikben az összetartozás kimutatható, anyagi

problémáik nem nagyon vannak, egészségi szintjük megfelelő. Egyedüli probléma náluk az önkép, a pozitív önkép hiánya mellett inkább negatív módon vélekednek magukról. (16. táblázat)

A második csoportba azok kerültek, akiknél a kirekesztettség indikátorai közül a családi összetartozás hiánya, a baráti kapcsolatok hiánya és az egészségi problémák értéke problémás, egyik más dimenzióban sem mérhető számottevő kirekesztődés, sőt jellemzően erős pozitív önképpel bírnak. Az indikátorok tartalmát is figyelembe véve. Ennek a csoportnak a kirekesztettsége elsősorban perszonális kapcsolataik konfliktusságában nyilvánul meg és alapvetően kognitív jellegű.

A harmadik csoport tagjait az erőszakos cselekedetek, az átlagnál magasabb szexuális kiszolgáltatottság, az alacsony képzettségi szint, a normaszegő magtartás, az iskolai, munkahelyi kudarcok jellemzik, s bár a baráti körben egy-

másra találhatnak, a családi összetartozás hiánya kimutatható. Az egészségi problémák esetében anyagi problémákkal is párosulnak. Ennek a csoportnak a kirekesztettsége elsősorban szociális jellegű.

Ezek alapján a két kutatási mintában és kontroll-populációban a kétféle kirekesztettség aránya eltérő. A kontrollcsoportban a megkérdezettek 7%-a minősíthető szociálisan kirekesztettnek az indikátoraink alapján, az abúzusos szerhasználók körében már 38% ez az arány, míg a dependens mintában már közel minden második ember sorolható ide. Ezzel szemben a kognitív kirekesztettség mindhárom csoportban közel azonos arányú, 29–34%, a legmagasabb az kábítószerfogyasztók között. (15. ábra)

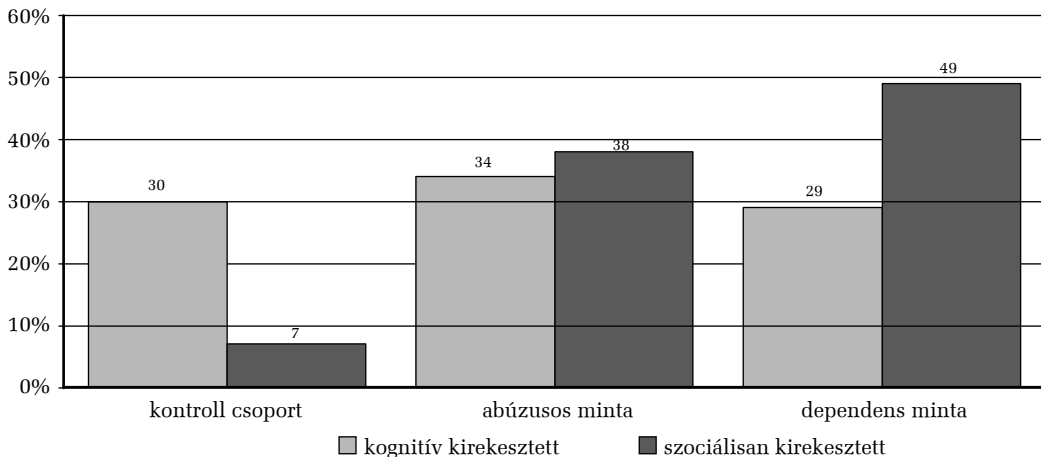
A kirekesztettség nemenként és településenként eltérő a két almintában. Az egyik fontos eltérés, hogy míg az abúzusos szerhasználóknál a férfiak körében inkább a szociális, a nők

16. táblázat. A kirekesztettség klaszterei

Indikátor	1. klaszter	2. klaszter	3. klaszter	F teszt
	Nem kirekesztett	Kognitív kirekesztett	Szociálisan kirekesztett	
Erőszakosság	-,16447	-,12594	,81784	465,5**
Szexuális kiszolgáltatottság	-,18429	-,15249	1,09343	635,4**
Képzettségi szint	,15107	-,15017	-,19197	48,7**
Normaszegő magatartás	-,04428	,00637	,43015	33,6**
Munkahelyi, iskolai kudarcok	-,29876	-,10232	1,60886	1047,5**
Egészségügyi szolg. hozzáférés	,01428	,00893	-,04338	0,5
Családi összetartozás hiánya	-,46371	,73713	,16333	887,5**
Baráti kapcsolatok hiánya	-,22714	,32787	-,25878	152,5**
Egészségi problémák	-,50420	,63967	,44181	939,1**
Anyagi problémák	-,21235	-,20069	1,95318	1203,7**
Pozitív önkép	-,34680	,55457	-,06373	454,9**
Negatív önkép	,34048	-,48478	-,13687	351,0**
Háztartásszerkezet	,09008	,08139	,21541	3,2*
Kontroll csoport	63 %	30 %	7 %	
Abúzusos szerhasználók	28 %	34 %	38 %	
Dependens szerhasználók	22 %	29 %	49 %	

*p<.05 **p<.001

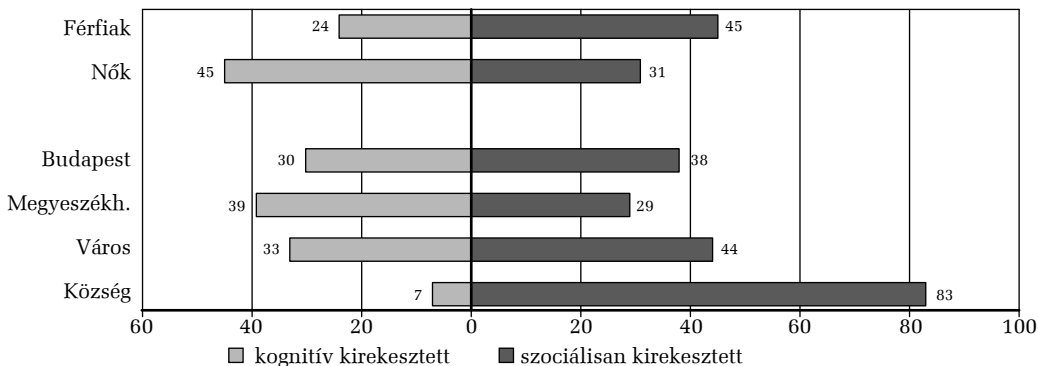
15. ábra. Kirekesztett populáció becslése (%)



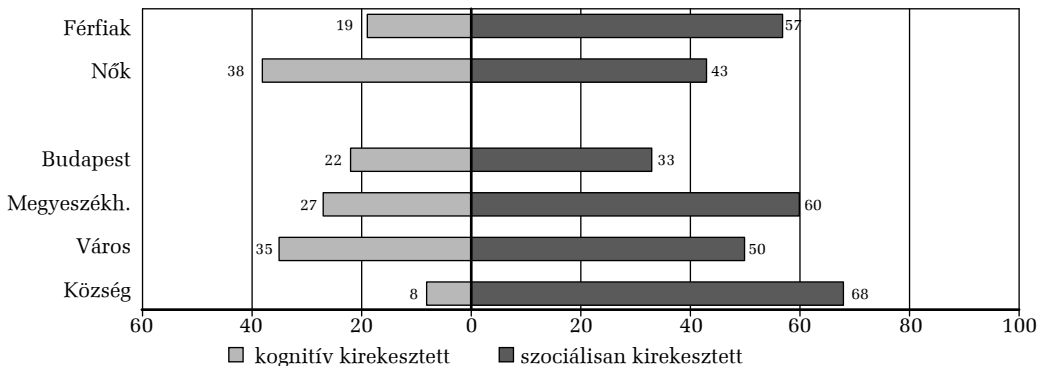
körében pedig a kognitív, addig a dependens szerhasználók esetében nemtől függetlenül a szociális kirekesztettség dominál. A település szerint is megfigyelhető ez a kettősség: míg az

abúzusos szerhasználóknál a községeket kivéve a kognitív, addig a dependensek esetében a településtől függetlenül a szociális kirekesztettség dominál.

16. ábra. Kirekesztettség az abúzusos mintában (%)



17. ábra. Kirekesztettség a dependens mintában (%)



Jegyzetek

- 1 Ennek talán legjobb példája az EU laekeni indikátor-rendszere (EC Eurostat E2/IPSE/2003 2003). Bár a laekeni indikátorok célja azoknak a társadalompolitikai programoknak információkkal való támogatása, amelyek a szociális biztonságra épülő uniós politika kialakítását célozzák, ugyanakkor szűkebb, speciális célcsoportra, mint pl. a kábítószer-fogyasztó fiatalokra semmilyen adatokat nem ad.
- 2 A kutatás a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával valósult meg 2008-ban az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézetben. Projekt azonosító: Echo K179/2008, pályázati azonosító KAB-KT-07-0015. Az adatfelvételt az Echo Research Center Magyarország Nonprofit Kft. végezte.
- 3 Kábítószernek tekintettük a kutatás során az alábbi szereket: ópiát (ópium, heroin, morfin, illetve házi készítmények, például máktea, máktej, szintetikus kábító fájdalomcsillapítók, methadon), kokain (kokain só, kokain bázis, „crack”), kannabisz (marihuana, hasis), hallucinogének (lsd), amfetaminok (amfetamin, metamfetamin, extasy (mda, mdma, mde, mbdb, 4-mta), nyugtatók (barbiturátok, benzodiazepinek), szerves oldószerek (inhalánsok).
- 4 A WHO meghatározása szerint az abúzus a pszichoaktív szer használatának olyan módja, mely fizikai vagy mentális egészségkárosodást okoz. A hivatalos magyar fordításában a drug abusos szó általában kábítószer-élvezetként jelenik meg, ám ez nem igazán felel meg sem a WHO által alkalmazott orvosi, sem pedig a jogi tartalomnak.
- 5 A TDI-adatgyűjtést 2006 májusa óta írja elő jogszabály, ám az érintett szolgáltatók által benyújtott adatok nem tekinthetők teljes értékűnek az egész évi statisztika szempontjából, különösen azért, mert a jelentési kötelezettség ellenére nem minden szolgáltató tesz eleget a jogszabályban foglaltaknak.
- 6 Természetesen az objektív dimenzióban számos olyan kérdés vagy kérdéscsoport volt, amelyek nem operacionalizálhatók skálán, tipikusan ilyenek a háztartásszerkezetre vonatkozó kérdések, az anyagi körülmények összevőinek vizsgálata vagy éppen az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférhetőség.
- 7 Ez az ára annak, hogy egyetlen index-számmal tudjunk leírni egy heterogén változókészletet, jelen esetben a kirekesztettség adott dimenzióját. A főkomponens-elemzés szükségszerűen adat-redukciós eljárás, azon főkomponensek, amelyek nem őrzik meg az eredeti változókészletben lévő információtartalom legalább 30%-át, nem nagyon használhatók, különösen ha eleve kevés változót redukáltunk egy főkomponensbe.
- 8 A kommunalitások azt mutatják meg, hogy az eredeti változó heterogenitásának mekkora részét őrzi meg a főkomponens, a komponens mátrix értéke pedig azt mutatja meg, hogy melyik változó milyen súllyal vesz részt az adott főkomponens értékének meghatározásában.
- 9 Mivel az eredeti változók általában ún. negatív skálán mérték a kirekesztettség összetevőit, vagyis minél nagyobb az érték, annál több probléma, nagyobb kiszolgáltatottság jelenségét írják le, a standardizált főkomponensekben is megmaradt a skála eredeti iránya, a nagyobb érték nagyobb kirekesztettséget mutat. A pozitív skálánál (pl. ellátásokhoz való hozzáférés, pozitív önkép, elégedettség stb.) esetében a redukált főkomponens is pozitív, vagyis a transzformáció után kapott főkomponens-átlagoknál is a nagyobb értékek fejezik ki a magasabb elégedettséget, az alacsonyabb érték fejezi ki a magasabb kirekesztettséget, csupán a skála már standardizált értékekből áll.
- 10 A borderline személyiségre elsősorban az identitás (az egységes énkép) zavara jellemző, önértékelésük ingadozik, hol különlegesnek, hol mindenre alkalmatlannak érzik magukat. Kapcsolataikban ugyanezek a szélsőségek jelennek meg, hangulatukra is a szeszélyesség, az állandó változékonyság a jellemző. Indulataikon nehezen uralkodnak, sokszor önvészélyeztető életmódot folytatnak (alkohol, drogok, költekezés, válogatás nélküli szexuális kapcsolatok, gyorsajtás stb.). Gyakorik az öngyilkossági gondolatok, fenyegetések, kísérletek is.

Irodalom

- Berman, Yitzhak–David, Phillips (2000): Indicators of Social Quality and Social Exclusion at National and Community Level. *Social Indicators Research*, 50:329–350.
- Burchardt, T.–le Grand, J.–Piachaud, D. (2002): Introduction. In: Hills, J.–le Grand, J.–Piachaud, D. (eds.): *Understanding Social Exclusion*. Oxford: University Press, 1–12.
- Diener E.–Suh E. (1997): Measuring Quality of Life: Economic, Social, and Subjective Indicators. *Social Indicators Research*, Volume 40, Numbers 1–2, 189–216(28).
- Füleki Dániel (2001): A társadalmi kirekesztés és befogadás indikátorai. *Szociológiai Szemle*, 2:84–95.
- Hegedűs Rita (2001): Szubjektív társadalmi indikátorok – Szelektív áttekintés a téma irodalmából. *Szociológiai Szemle*, 2:58–72.
- Jacob, Jeffrey C.–Merlin B. Brinkerhoff (1997): Values, Performance and Subjective Well-Being in Sustainability Movement: An Elaboration of Multiple Discrepancies Theory. *Social Indicators Research*, 42:171–204.
- Jehoel-Gijsbers, Gerda–Vrooman, Cok (2007): *Explaining Social Exclusion. A theoretical model tested in the Netherlands*. The Netherlands Institute for Social Research/scp The Hague, July 2007.
- MacDonald, Geoff–Leary, Mark R. (2005): Why Does Social Exclusion Hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain. *Psychological Bulletin*, v131 n2 202–223 Mar 2005.
- March, Joan Carles–Oviedo, Eugenia-Joekes–Romero, Manuel (2006): Drugs and Social Exclusion in Ten European Cities. *European Addiction Research*, Vol. 12, No. 1.
- McCrystal, Patrick–Higgins, Kathryn–Percy, Andrew (2001): *Measuring Social Exclusion: a lifespan approach Radical Statistics* 76:3–14.
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2008): 2007-es éves jelentés az EMCDDA számára, 2008. <http://www.drogfokuszpont.hu/>
- O'Hara, Philip (2006): *Social Inclusion Health Indicators: A Framework for Addressing the Social Determinants of Health, 2006*, Edmonton Social Planning Council
- Silver, Hilary (1994): Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms. *International Labour Review*, Vol. 133.
- Social exclusion Unit (2001): Preventing Social Exclusion: Report by the Social Exclusion Unit. www.cabinet-offi ce.gov.uk/seu/index.htm, consulted in march 2002.
- Beck, W. A.– van der Maesen, L. J. G.– Thomése, F.– Walker, A. C. (eds) (2001): *Social Quality: A New Vision for Europe*. The Hague–London–Boston: Kluwer Law International.



