

HÜSE LAJOS – HORVÁTH CINTIA

A RIZIKÓMAGATARTÁS IMPLICIT ATTITÚDJEIT BEFOLYÁSOLÓ EGYES SZOCIALIZÁCIÓS TÉNYEZŐK VIZSGÁLATA MÉLYSZEGÉNYSÉGBEN ÉS SZAKELLÁTÁSBAN ÉLŐ FIATALOK KÖRÉBEN

A tanulmány „A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárása” elnevezésű nagymintás kutatás¹ azon eredményeit mutatja be, melyek eddig nem kerültek publikálásra. A szerzők azt vizsgálják, hogy a vegyes módszertanú kutatás kérdőíves adatbázisán megragadható szocializációs közegek (család, kortársak, iskola) egyes jellegzetességei milyen módon hozhatók összefüggésbe azon attitűdökkel, amelyek valószínűsíthetik a szerhasználatot. Ezzel párhuzamosan kirajzolódik a jelzett szocializációs közegek protektív hatása is. A megkérdezett gyermekek és fiatalok droggal kapcsolatos attitűdjeit fókuszban tartó elemzés során a szerzők elsőként a gyermekvédelem számára is izgalmas kérdést boncolgatnak akkor, amikor kitérnek az elsődleges gondozási hely (család vs. szakellátás valamelyik intézménye) és a drogattitűdök kapcsolatára. Ezt követően a szülői háttér egyes jellemzői (kommunikációs-érzelmi kapcsolódás, monitoring, támogatás), majd a kortárs csoport mintaadó szerepe, végül az iskolai közeg azon elemei válnak a vizsgálat tárgyává, melyek a kérdőív adatbázisán beazonosíthatók.

A kábítószer-fogyasztás feltárására irányuló hazai kutatások speciális irányát képviselték az Emberi Erőforrások Minisztériuma által támogatott vizsgálatok, amelyek a szegregátumokban lakó, marginalizált rétegek szerhasználatára (különös tekintettel az ún. új pszichoaktív szerek, ÚPSZ) irányuló, főként pilotjellegű adatfelvételek. Korábban – néhány vizsgálatról eltekintve – nem állt rendelkezésre a szegregátumokban élők drogfogyasztásáról olyan mennyiségű tudományos adat, amelyre szakpolitikai ajánlásokat lehetett volna alapozni, vagy legalábbis ez a kérdés nem került komolyabban az érdeklődés középpontjába. A nyíregyhá-

¹ A kutatás és a cikkben később hivatkozott, online is elérhető tanulmánykötet (Fábián, Szoboszlai és Hüse, 2017) az Emberi Erőforrások Minisztériuma megbízásából a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által meghirdetett pályázatból (KAB-KT-16-25568) valósult meg.

zi Periféria Egyesület és a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának Szociális Munka Kutató Egysége már korábban is kezdeményezett ilyen irányú kutatásokat, így ennek szerves folytatásaként valósította meg Szabolcs-Szatmár-Bereg megye több szegregátumában – valamint egy kisebb almintán a szakellátásban élő gyermekek és fiatalok körében – a szerhasználatot marginalizált körülmények között valószínűsítő tényezők részletes vizsgálatát.

1. A rizikómagatartás, a szocializáció és a réteghelyzet kapcsolata

Az egészségre – amely „az egészség = nem-betegség” közkeletű felfogását meghaladó, multidimenziós fogalom, illetve állapot – a Lalonde-jelentés óta úgy tekintünk, mint amelyet alapvetően négy terület (field) határoz meg: a genetikai tényezők, az életmód és viselkedés, a környezet, valamint az egészségügyi ellátórendszer fejlettsége és elérhetősége (Lalonde, 1974). A tanulmány témájával elsősorban a második terület, az életmód, illetve annak egyik eleme, a viselkedés – azaz az egészség tudomány fogalmai szerint az egészség- és kockázati magatartás – építhető egy vizsgálati rendszerbe. A kockázati magatartás (rizikómagatartás) olyan magatartásminták sorozata, amelyek intenzitásuk és/vagy tartósságuk következtében egészségi kockázatot hordoznak magukban. Az egyéni rizikómagatartás megjelenése nem előzmény nélküli: a szocializáció körülményei és tartalma, az egyén pszichoszociális védettségének hiánya, vagy a környezetben tapasztalt csábító egészségkárosító magatartásminták erősen hatnak rá. A kortársak mintaadó szerepe kifejezetten nagy, különösen serdülőkorban, amikor a gyermek eltávolodik a szülőktől. A kortárs csoportban keletkező hatások intenzívek, és időben hosszan hatnak – hiszen a fiatalok idejük jelentős részét ezekben a csoportokban töltik –, így bensőséges szülő-gyermek kapcsolat esetén is erősen befolyásolják a serdülők magatartását (Scharf–Maysseless–Kivenson–Baron, 2004).

A család az az elsődleges közeg, mely leginkább meghatározza a fiatalok személyiségfejlődését. A gyermekek és a fiatalok kisebb-nagyobb, stabilabb vagy kevésbé stabil, óvó-védelmező vagy esetleg elhanyagoló, odafigyelő és inspiráló, biztonságot nyújtó vagy problémákkal terhelt családokban élnek. Emellett a társadalmi, gazdasági folyamatok és egyenlőtlenségek a felnőttek életét, így a családok mindennapjait sem hagyják érintetlenül. A család szerkezete, összetétele, a család által ellátott (vagy kevésbé ellátott) funkciók, a családon belül kialakuló szerepek, és az ezekben végbemenő változások erősen reflektálnak a társadalmi közegre, amelyben élnek, így azt is mondhatjuk, hogy a családi szocializáción keresztül a társadalmi viszonyok mély lenyomatot hagynak a gyermeki szocializációban – így az egészségmagatartásban is. Más mechanizmusokon keresztül ugyan, de a társadalmi viszonyok a kortárs csoportban, az iskolai közegben és a médiában is meghatározó módon vannak jelen, így lényegét tekintve mind

a négy szocializációs közege keresztül képesek alakítani az egyén körülményeit, környezetét, fejlődését stb.

Ahogy Davidson, Kitzinger és Hunt (2006) megfogalmazza, a társadalmi egyenlőtlenséget többnyire rejtett formában ismerhetjük fel az egészségi állapotban. A rejtett egyenlőtlenség faktorai egyaránt lehetnek rétegspecifikus morbiditási és mortalitási arányszámok, az életmód szegmensei (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, a gyógyszerfogyasztás mintázatai), vagy pszichoszociális elemek (egészség(tév)eszmék, attitűdök, coping-stratégiák).

Éppen a társadalmi réteghelyzet szempontjából lehet fontos a társadalmi periférián élők egészségmagatartását, illetve egészségi állapotát a lakosság teljes körét reprezentáló vizsgálatoktól elkülönítve is vizsgálni. A szakirodalom, valamint a WHO és az OECD adatai alapján világosan látszik, hogy a társadalmi helyzet, a megélt hátrányok erőteljesen befolyásolják az egyén egészségét, ezen belül pedig egészségmagatartását (vö. Marmot et al., 2010). Ez, az angolszász országokban bevett gyakorlat nálunk is megjelenik, különösen az egészségi állapot vizsgálata terén (Babusik, 2005; Fónai–Pénzes–Vital, 2006; Gyukits, 2000, 2008; Szilágyi–Uzzoli, 2013), noha jelentős javító hatást sem a közbeszédre, sem a szakpolitikára nem tudott tenni. Ez a tudás inkább a pályázati támogatásból megvalósuló deszegregációs programok indokoltságát erősítette, amely programok hatékonysága régóta kritika tárgya, tartós hatásuk pedig egyre inkább megkérdőjeleződik (vö. Lannert–Németh–Szécsi, 2018). A társadalmi perifériára szorult gyermekek és fiatalok két nagyobb csoportot képeznek: egyrészt a települési szegregátumokban, szegregált településeken élők, illetve a gyermekvédelmi szakellátásban gondozottak – ráadásul ez utóbbi csoport tagjai zömében az előbbi csoport tagjaiból verbuválódnak. A gyermekvédelem rendszerében élők szerhasználatának kutatása – vélhetően azért, mert a kérdés egyszerre kapcsolódik a bekerülés okaihoz és a nevelő-gondozó munkát akadályozó problémakomplexumhoz is – nagyobb múltra tekint vissza (Elekes–Paksi, 2005; Murányi–Pénzes–Barát, 2000), miközben a szegregátumok néhány kivételtől eltekintve (Csák–Márványkövi–Rácz, 2017; Szécsi–Sík, 2016) kiestek a fókuszból. A vidéki, marginalizálódott társadalmi csoportok szerhasználati szokásait kutató új adatok fényében azonban kijelenthető, hogy a rendkívül olcsó, új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) fogyasztása szempontjából különösen veszélyeztetettnek számítanak a marginalizált társadalmi csoportok, közöttük is a szegregátumokban, telepi körülmények között élők. Ezeken a helyeken az országos átlagot szignifikánsan meghaladó mértékű ÚPSZ fogyasztás tártható fel (Csák–Márványkövi–Rácz, 2017).

2. Az attitűd fogalma, funkciói és mérhetősége

A szegregátumokban élő – és kisebb részben a gyermekvédelmi gondoskodás alatt lévő – gyermekek és fiatalok drogrérintettségét vizsgálva „A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárása” című kutatás a fentebb említett, lassan induló folyamathoz kapcsolódik. A résztvevő kutatók több szempontból igyekeztek feltárni a drogfogyasztást valószínűsítő, illetve a valószínűséget csökkentő tényezőket. Ezek egyike a drogfogyasztással kapcsolatos attitűd, amely a jelen tanulmány központi kérdése. Szociális attitűdnek Thomas és Znaniecki (1918) a környezeti ingerekre, társas helyzetekre adott gyors, azonnali reakciót tekintette, melyek alapja az egyén által elfogadott értékek köre. Eszerint az attitűd egyike azoknak a lelki hatóerőknek, amelyek az egyének viselkedését befolyásolják a társas térben. Másképpen megfogalmazva az „attitűd a tapasztalat révén szerveződött mentális és idegi készenléti állapot, amely irányító vagy dinamikus hatást gyakorol az egyén reagálására mindazon tárgyak és helyzetek irányában, amelyekre az attitűd vonatkozik” (Allport, 1979: 44). Az attitűd alapvető dimenziója az érzelem és az értékelés, ahol az attitűdtárgy pozitív és negatív irányba polarizálja az emberek vele kapcsolatosan kialakult attitűdjeit (Csepeli, 2002), és ebből a szempontból a szerhasználó magatartásra való ráhangolódásban, illetve az attól való elzárkózásban is jelentős szerepet játszik.

Katz (1979) az attitűdök pszichológiai funkcióit vizsgálva négy alapvető funkciót tárt fel, melyek mentén világosan értelmezhető az attitűdök kialakulása, fennmaradása és az egyén életében betöltött jelentősége. Az első funkció a társas-társadalmi környezethez való alkalmazkodást szolgálja, mely során az egyén a hozzá hasonlókat attitűdjeit elsajátítva pozitív megerősítésekhez jut, elfogadást nyer, támogatást élvez. Egy kiválasztott csoport relevánsabb attitűdjeinek elfogadása, az abban való osztozás jelenti a csoporthoz tartozás zálogát, ezzel szemben a releváns attitűdök elutasítása a csoportból való kikerüléshez vezet.

A második funkció a pszichológiai önvédelem: a személy számára releváns attitűd egyfajta szűrőként viselkedik, melynek köszönhetően a valóság nem a maga objektív nyersségében kerül feldolgozásra (amely az egyén önértékelésének megingásához is vezethetne), hanem olyan formában, ahogy azt az egyén befogadni szeretné. Bár az „önvédelem” kifejezés alapvetően pozitív, a Katz által leírt második mechanizmus a rossz szokások, téves ítéletek, hamis sztereotípiák fenntartásának az eszköze is.

Minél relevánsabb, fontosabb egy attitűd, annál valószínűbb, hogy nyílt viselkedés kapcsolódik hozzá (Snyder, 1982). A nyílt érték kifejezés – mint a viselkedés – a harmadik katti funkció. Az érték kifejezéssel az egyének nyilvánvalóvá teszik az attitűdjeiket, ezáltal bemutatják önmagukat társaiknak. Ezen az úton azonnal kialakíthatók a szimpátia és antipátia hálózatai, és végső soron az egyén megalakítja saját kapcsolathálózatát, annak értékelésével együtt, amely megóv attól, hogy utóbb derüljön ki valamilyen komolyabb, a kapcsolatot szétfeszítő értékelentét.

Katz szerint az attitűdök legfontosabb funkciója a tudásfunkció, melynek révén az egyén szabályozottnak, értelmesnek és helyénvalónak érzi s tudja viselkedését, az őt körülvevő társadalmi világot. Ez a tudás nem minden esetben épül tényekre, sok esetben csak a „tudás illúziója”, de ennek birtokában az egyént nem kínozza a kétely, sem a tudás hiányától való félelem. Az emberek attitűdjeik birtokában határozott véleményeket képesek hangoztatni akkor is, ha tudásuk valójában nem (vagy nem szilárdan) épül a tényekre.

Az attitűd tehát olyan kognitív reprezentáció, amely egy attitűdtárggyal kapcsolatos értékeléseket összegzi (Smith–Mackie, 2004). Mint ahogy az Katz funkciórendszeréből is kitűnik, ez a kognitív reprezentáció alapvetően társas hatások, benyomások és befolyások révén alakul ki az egyénben, azaz egyúttal szociális reprezentációnak is tekinthető (Moscovici, 1988; 2002), melynek célja, hogy a társadalom számára ismeretlen ismerőssé, kezelhetővé tegye. A szociális reprezentációnak két fontos folyamata van: az „osztályozás” és a „megnevezés”. A reprezentáció folyamán az addig ismeretlen jelenséget a csoport már létező kategóriába sorolja és képekkel, jól kezelhető szóképekkel nevezi meg. A megnevezés során a jelenségeket egyben tulajdonságokkal is felruházzuk, amely a „dolgok” leírását és más „dolgokkal” való összehasonlítását teszi lehetővé (László, 2000).

Az attitűdök mérése Thurstone (1928) munkásságával kezdődik, azóta pedig a szociálpszichológia egyik legaktívabban kutatott területévé vált. A mérhetőség szempontja alapján különíthetők el az implicit és explicit attitűdök. Az alapvetően a szándékos viselkedést befolyásoló, könnyen és gyorsan megváltoztatható explicit attitűdök közvetlen mérések segítségével hozzáférhetőek (pl. önbevalláson alapuló kérdőív). Ezzel szemben a tudat számára többnyire nem hozzáférhető viszonyulásokat hordozó implicit attitűdök az indirekt mérőeszközök által válnak hozzáférhetővé (pl. Implicit Asszociációs Teszt, asszociatív kérdések). A lassan változó implicit attitűdök alapvetően a személyek asszociációs struktúráját alakítják és a spontán viselkedést irányítják (Payne–Burkley–Stokes, 2008; Rydell–McConnell, 2006; McConnell–Leibold, 2001, hivatkozva Medvés et al., 2012).

3. A rizikómagatartást befolyásoló egyes szocializációs tényezők vizsgálata egy speciális mintán – anyag és módszer

A jelen tanulmányban tárgyalt, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében megvalósuló vizsgálat nem-reprezentatív mintájának ($N=890$ fő; kor 14-24 év, átlagéletkor 17 év, általános iskolába jár 40,6 százalék, középiskolába 23,5 százalék, dolgozik, gyeseen van vagy munkanélküli 35,9 százalék)² nagyobbik részét a megye több településének³ szegregátumaiban, teleszerű körülmények között élő fiatalok ($N=668$ fő), negyedét pedig a gyermekvédelmi szakellátásban⁴ élő gyerekek és fiatalok ($N=222$ fő) adták. Ez utóbbi almintá nem csupán méretben kisebb, de olyan alapvető jellemzők mentén is diverz, mint a gondozási hely típusa (nevelőszülő, lakásotthon, gyermekotthon) és a gondozási hálózat fenntartója (állami, illetve egyházi) (Fábián – Szoboszlai – Hüse, 2017). E diverzitás miatt a szakellátási almintá az összefüggések elemzésére csak erős korlátok között alkalmas, hiszen az eltérő szempontok alapján tovább bontott almintában az egyéni válaszok jelentősége egyre erőteljesebben növekszik, elfedve a jelenség mögött munkáló hatásokat.

A megvalósítók az előzetes tapasztalatok alapján igen magas válaszmegtagadási arányra számítottak – ez a legkülönfélébb célcsoportok és kutatások esetében is egyre jellemzőbb a térségben –, ezért a vizsgált területek teljes körű lekérdézését tűzték ki célul, azaz a megjelölt szegregátumok minden háztartásában igyekeztek felkeresni a 14-24 éves fiatalokat, ugyanígy a szakellátási hálózatokban is a korcsoportot teljesen lefedő mintára törekedtek (amely nagyjából az összes gondozott ötödét teszi ki). Az adatfelvételt a szegregátumokban a megkérdézettekhez korban közel álló, előzetesen felkészített hallgatók végezték, a szakellátásban ugyanezt hallgatók és gyermekvédelmi tanácsadók közösen.

A kérdőíves vizsgálatrészt, annak kriminális, érzékeny témája miatt elmaszkoltuk, a megkérdézetteknek azt – az egyébként nem valótlán – tájékoztatást adva, hogy a kutatás az életkörülményeik, helyzetük feltárására irányul. Emellett is bekövetkezett a részvétel nagyobb arányú megtagadása, illetve a drogok témájához érve a válaszmegtagadás is jelentősebb lett, emiatt a szegregátumi almintát nem tekinthetjük olyannak, amely reprezentálná az érintett szegregátumok azonos korú lakosságát, és bár a szakellátási almintá mind az állami fenntartó lakás- és gyermekotthonait, mind a református nevelőszülő hálózatot tekintve megvalósította a közel teljeskörű lekérdézés, a teljes minta – mint amely a társadalmi periferián élő gyermekeket és fiatalok ezen részét képviselhetné – nem

² A minta egyéb jellegzetességeit a kutatás főbb eredményeivel együtt az online is elérhető zárótanulmány részletesen bemutatja (Fábián – Szoboszlai – Hüse (2017).

³ Az MTA Gyerekesély-kutató Csoportja által feltárt kistérségekből kiválasztott települések (Aranyosapáti, Baktalórántháza, Csenger, Mátészalka, Nyírbátor, Nyírmada, Ópályi, Vásárosnamény), valamint Nyíregyháza két szegregátuma került be ebbe az almintába.

⁴ Az almintá fele-fele arányban oszlik meg az állami fenntartású gyermekvédelem lakás- és gyermekotthonainak lakói és a Magyar Református Gyermekvédelmi Szolgálat nevelőszülő hálózatában gondozottak között. A vizsgálat az állami fenntartású nevelőszülői hálózatot nem érintette.

reprezentatív. A reprezentativitás hiánya ugyanakkor nem jelenti azt, hogy a mintán feltárt belső összefüggéseket – különösen magas szignifikanciaszint mellett – ne tekinthetnénk érvényesnek. A teljes kérdőíves vizsgálat a rizikómagatartás mintázatainak feltárása mellett családi és iskolai háttér, a kapcsolatháló, a vallásosság, a reziliencia és a stressz, valamint az aspirációk dimenzióira terjedt ki. Ezt a vizsgált korosztály, a vizsgált korosztály szülei, valamint a velük kapcsolatban álló szociális szakemberek elkülönített fókuszcsoportjainak vizsgálata egészítette ki (9 csoport). A kérdőív egyes háttérváltozói korlátozottan ugyan, de alkalmasak arra, hogy a fiatalokból álló célcsoport drogozással kapcsolatos attitűdjét, valamint az azt formáló szocializációs közeget megvizsgáljuk.

A drogfogyasztáshoz kapcsolódó implicit attitűdök feltárására irányuló kísérlet a „drogozás” kifejezés szociális reprezentációjának megragadásán keresztül valósult meg, az Abric (1993) által kidolgozott asszociatív módszer⁵ segítségével. Az ily módon begyűjtött válaszokat négy homogén csoportba rendeztük:

1. **Elfogadó.** Ide pozitív tartamú, illetve pozitív érzelmi töltésű szavakat soroltunk, mint például a „buli”, „jókedv”, „haverok”. Ez a csoport a rizikómagatartást valószínűsítő attitűdöket akkumulálja.
2. **Elkerülő.** Ide soroltuk a negatív tartamú és érzelmi töltésű szavakat, mint például a „halál”, „veszély”. Megítélésünk szerint ez a csoport a rizikómagatartás esélyét csökkentő attitűdöket reprezentálja; emellett lehetséges, hogy a kérdező által (feltételezetten) képviselt értékrendnek való megfelelési késztetés is közreműködött ezen válaszok megfogalmazásában, de mivel ennek hatását nem tudjuk mérni, ezt a szempontot elvetjük.
3. **Nominális.** Ebbe a csoportba személyeket jelölő kifejezések kerültek, mint pl. „a párom”, „párkapcsolatom” (kivéve „haverok”, „barátok”, mert ezeket az elfogadó csoportba vontuk be), illetve egyes kábítószeres konkrét neveit is ide soroltuk. Ez a csoport megítélésünk szerint a „rizikós” attitűdöket tartalmazza – elképzelhető, hogy jelenlétük nem valószínűsíti az egyén rizikómagatartását, ugyanakkor komoly kockázatot jelenthet az osztályozásban és megnevezésben reprezentálódó közeli kapcsolat (pl. társas hatást, érdeklődést vagy konkrét élményt, tudást).
4. **Egyéb.** A csoport a többi kategóriába nem besorolható szavakat tartalmazza.

A pozitív tartamú szavak tehát az egészségmagatartás szempontjából káros attitűdökhöz asszociálnak, míg a negatív tartamú szavak az egészség szempontjából kedvező irányú attitűdökhöz kötődnek. Bizonyos kifejezések önmagukban nem árulkodnak arról, hogy milyen értékítéletet asszociál hozzá a válaszadó. Esetenként a három asszociáció együttesen alakított ki valamiféle képet a megkérdezett

⁵ A megkérdezetteknek három gyors asszociációt kellett adniuk a „drogozás” kifejezésre a következő kérdézbiztosi instrukció alapján: „Ha azt mondom drogozás mi jut az eszedbe először? [válasz] Ha azt mondom drogozás mi jut az eszedbe másodszor? [válasz] Ha azt mondom drogozás mi jut az eszedbe harmadjára? [válasz]”.

értékítéletéről: pl. a „kábultság” kifejezés melletti egyéb asszociációk között az olyan kifejezések jelennek meg, mint a „függőség”, „kórház”, „rossz”, akkor azt az elkerülő csoportba soroltuk, amennyiben viszont az „eufória”, „lebegés”, „repülés” szavak kísérik, akkor az elfogadó csoportba soroltuk. Speciális kapcsolódások is mutathatják az attitűd irányultságát, pl. a „kender” + „papír” + „tűz” hármasa – az előkészület és a fogyasztás aktusának érzékletes megjelenítése – az elfogadó attitűdre, sőt, aktív gyakorlatra utalhat. A nagyon bizonytalan, többféleképpen is értelmezhető eseteket az egyéb kategóriába tettük.

1. táblázat: A „drogozás” szociális reprezentációja (%)

	Első asszociáció	Második asszociáció	Harmadik asszociáció
Elfogadó	11,1	13,7	12,2
Elkerülő	64,8	72,5	75,4
Nominális	20,4	11,4	11,3
Egyéb	3,7	2,4	1,1
<i>N</i>	764	622	435

A három asszociatív válasz közül természetesen az első érte el a legmagasabb elemszámot, a harmadik asszociációt már csak a minta fele adta meg. A három választ a másodelemzés során súlyozva kezeltük, ahol az első említést másfélszeres szorzóval, a harmadik említést pedig 0,5-szörös szorzóval vontuk be (a második említés súlyozatlan maradt). A súlyozással az implicit attitűd erősségét fejeztük ki, azon logika alapján, hogy az elsőként, úgymond „kapásból” felbukkanó asszociáció erősebben kapcsolódik az egyén értékítéletéhez és viselkedéséhez, mint a hosszabb-rövidebb gondolkodás után felbukkanó (Abric, 1993). A súlyozott asszociációkat ezt követően összevontuk, majd az egyes vizsgált háttérváltozókkal ezt az összevont asszociációs szókészletet vetettük össze kereszt táblákban. A tanulmány szövegében az egyes elemzéseknél megjelenő „összes említés súlyozottan” kifejezés minden esetben erre, az attitűdöket érintő procedúrára utal.

A fentiek következtében a tanulmányban az elemzési egységek nem a válaszadók, hanem az asszociatív válaszok lesznek. Azt vizsgáljuk, hogy ezen válaszok belső megoszlása mutat-e valamilyen kapcsolatot az asszociáló személy szocializációs közegeinek sajátosságaival. Az összes kinyerhető asszociáció súlyozatlan elemszáma 1821 ($N=764+622+435$), a továbbiakban ez lesz a mérvadó.

Bár az attitűdöket nem kizárólag a főbb szocializációs közegek formálják, a kérdőív sajátosságai miatt a másodelemzés kizárólag ezekre összpontosít – pontosabban azon közegek azon jellemzőire, amelyek az adatbázis alapján az elemzésbe bevonhatók voltak:

- A családi szocializációs közeget a kérdőív részeként alkalmazott szülői pszichoszociális hatásra vonatkozó (kapcsolat, monitoring, támogatás) kér-

- dések mentén tudjuk megragadni. A kérdések eredendően az iskoláskorúak egészségmagatartását vizsgáló nemzetközi összehasonlító kutatási standard (Health Behaviour in School-aged Children, röviden HBSC⁶) részét képezik.
- A kortárs csoport szocializációs hatása a megkérdezett barátainak és ismerőseinek rizikómagatartási intenzitására, pontosabban annak a megkérdezett általi becslésére irányuló kérdések alapján körvonalazható. Ez csak egy leegyszerűsítő megközelítésre ad alkalmat, ugyanakkor éppen a kortársak mintaadó szerepét hangsúlyozza.
 - Az iskolai szocializációs közeget erősen korlátozott módon, három kérdéscsoport mentén tudjuk megragadni a rendelkezésre álló adatbázis alapján. Az egyik az iskolai teljesítményre vonatkozó hármas szerkezetű kérdéscsoport, amely a „kvázi objektív” (Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján?), az „interszjektív” (Milyen tanuló vagy a tanáraid véleménye alapján?) és a „szjektív” (Milyen tanuló vagy a saját véleményed alapján?) tanulmányi sikerességet jeleníti meg⁷. A másik a hazánkban újonnan alkalmazni kezdett QSL („Kérdőív az iskolai életről”; Questionnaire of School Life) amely három dimenziót mér: az önbecsülést, az iskolatársak általi elfogadottságot és társas támogatást, valamint a társak felől megélt, észlelt kirekesztést (Farnicka et al., 2014). Fontos megjegyezni, hogy a QSL által mért elemek erősen kötődnek a kortárs csoportokhoz. Az iskola hatásának megközelítésekor csaknem teljes mértékben nélkülözni kellett a tanárok szerepét, erre csupán egyetlen, általánosító itemből tudunk következtetni (Bátran fordulhatok a tanárimhoz vagy az edzőkhöz, vagy a lelkészekhez segítségért).
 - A médiát, mint szocializációs közeget a vizsgált adatbázis alapján nem tudjuk leírni.

3.1. A gondozási hely szerepe

A vizsgált minta sajátosságaiból adódik, hogy a gondozási helyről, mint az elsődleges szocializációs közege(ke)t módosító elemről is módunk nyílik informálódni. Az eredendő gondozási hely – azaz a család – nem képes minden esetben maradéktalanul teljesíteni azokat az elvárt funkciókat, amelyeket az egyének (a családtagok) és a társadalom támaszt vele szemben. A súlyosabb funkcióhiány, illetve diszfunkció kifejezetten ártalmas a családban nevelkedő gyermekekre nézve. Más ártalmas tényezők mellett ez a diszfunkció vezet a gyermek veszélyeztetettségéhez. Bár a veszélyeztetettség fogalma, annak társadalmi konstrukciója meglehetősen összetett, és nem minden esetben világos a szakmát képviselők előtt sem (Szöllősi 2000; 2003), az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és

⁶ A kutatássorozat hazai megvalósítója a NEFI – Gyermekkegészségügyi Igazgatóság (korábbi nevén Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, OGYEI).

⁷ A három kérdés először a „How to help children from families of ethnic minorities in the adaptation to school in V4 countries” kutatásban (Visegrad Fund international project, ID 11410116) alkalmazva (Fónai–Hüse, 2018).

a gyámügyi igazgatásról (azaz a hatályban lévő gyermekvédelmi törvény) 6. § (1) szerint „a gyermeknek joga van a testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését, egészséges felnevelkedését és jólétét biztosító saját családi környezetében történő nevelkedéshez”. A szakmabeliek minden egyes esetben ezen négy terület (azaz a testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődés) biztosítottóságát, illetve annak hiányát vizsgálják. Amennyiben a gyermek veszélyeztetettségét kimondják, előbb gyermekjóléti szolgáltatások (alapellátás) önkéntes, illetve második lépésben kényszerített igénybevitelére ösztönzik a családokat. Ezen beavatkozás kudarc esetén kerül sor a gyermek családból való kiemelésére, amelynek legfontosabb eleme a gyermek számára megfelelő, családhelyettesítő gondozási helyet biztosítani a gyermekvédelmi szakellátás intézményrendszerén belül. Ez a hazai gyakorlatban három típusba sorolható: nevelőszülő, ahol a gyermek családban, lakásotthon, ahol a gyermek családszerű körülmények között, valamint gyermekotthon, ahol a gyermek intézeti körülmények között nevelkedik.

Bár a szakellátásban nevelkedett gyermekek esetében kiemelkedő jelentőségű a vérszerinti szülőkkel való kapcsolattartás biztosítása, támogatása, a hazai gyakorlatban a folyamat és annak eredménye korántsem tekinthető megfelelőnek. De még a legharmonikusabb kapcsolattartás sem tekinthető egyenértékűnek a családban nevelkedett gyermek szülőkhöz fűződő viszonyával – igaz, egyértelműen rosszabbnak sem tekinthető, hiszen a gyermek súlyos veszélyeztetettsége esetén a szakellátás szakemberei által biztosított védőháló tompíthatja a családi háttérből fakadó negatív hatásokat.

Amivel viszont a szakellátásban nevelkedő gyermekek esetében mindenképpen számolni kell, az a kettős trauma, amely egyfelől a családban átélt veszélyeztetésből fakad – és a jelen kutatás szempontjából hangsúlyozottan rossz szülő-gyerek kapcsolatra is utalhat –, másfelől pedig a kiemelés aktusa, az azt kísérő érzelmi viharok, a családi kötelek krízisszerű gyengülése vagy megszakadása, valamint az idegen helyre és helyzetbe csöppenés vált ki.

A gondozási hely megváltozása azonnal változást indukál másik két szocializációs közegben is (kortársak, iskola és egyéb intézmények). A családból kiemelt gyermek a legtöbb esetben kiszakad addigi kortárscsoportjából és nevelési intézetéből. Ez a folyamat is hozhat pozitív változást a gyermek életében, ugyanakkor mindenképpen számítani kell a traumatizált gyermek elutasító reakcióira, valamint arra is, hogy az új közegben nagy számban találhat szintén traumatizált sorstársakat, akikkel véd- és dacsövetségre lépve a kortárs csoport hatások egészen különleges terepére lép.

A fenti megfontolásokat követve mintánkat két csoportba soroltuk a gondozási hely függvényében. Az első csoportba azok kerültek, akik a szegregátumban, azaz otthon, a családjukkal élnek, itt töltik az iskolaidő hétköznapijait is (499 fő válaszolt legalább egy asszociációs kérdésre, ebből 43 fő nem a szüleivel, hanem más vérszerinti rokonával él, többnyire nagyszülővel). Ugyanebbe a csoportba kerültek azok is, akik vérszerinti családban élnek ugyan, de az iskolaidőben kolégiumban, vagy gyermekek átmeneti otthonában (GYÁO) élnek. Szakmai szem-

pontból őket elkülönítve lenne érdemes kezelni, de mert kifejezetten kicsi, 32 fős kontingensről beszélünk, az összevonás indokoltabb. A szakellátásban élő, azaz családjából kiemelt gyermekek és fiatalok közül 177 fő válaszolt a vizsgált asszociációs kérdésekre – ők képezik a második csoportot (79 fő nevelőszülőnél, 37 fő lakásotthonban, 54 fő gyermekotthonban, 4 fő javítóintézetben⁸, 3 fő befogadóotthonban él). Nyilvánvaló, hogy a második csoportba soroltak számos jellegzetességüket tekintve különböznek egymástól, nem csak az otthont nyújtó ellátás típusa, de még a szolgáltatás fenntartóját tekintve is. Szerencsére a válaszadók alacsony számát a három asszociációs kérdésre adott válaszok elemszáma jól kompenzálja, lehetővé téve az ennél érzékenyebb elemzést. Ezért a második csoportot további három részre bontottuk: nevelőszülőnél élő, lakásotthonban élő és „intézetekben” élő gyerekekre.

Az asszociációk jellegének érdekes mintázata rajzolódik ki a gondozási hely függvényében. A gondozási hellyel összefüggésben az asszociációs kérdésekre adott válaszokat összevonva, az említési rend alapján súlyozva ($\times 1,5$; $\times 1,0$; $\times 0,5$) ábrázoltuk a 2. táblázatban. Az említett mintázat a három jelentős asszociációcsoport együttes figyelembevételkor mutatkozik meg legjobban. Eszerint a szegregátumokban élők drogozást elfogadó attitűdjére utaló asszociációi arányukban nem sokkal maradnak el a lakásotthoni, illetve intézeti elhelyezésben részesülők elfogadó attitűdjeitől, ezáltal a drogozásra való nyitottságot, de talán még a szerhasználat prevalenciáját is hasonlóan becsülhetjük a mintában – ugyanakkor a nominális attitűdök tekintetében a lakásotthonokban lakók másfélszeres, az intézetekben élők két és félszeres mértékben múlják felül a szegregátumban élőket. Ez azt jelenti, hogy a drogfogyasztás szociális reprezentációjához számukra ennyivel erősebben kapcsolódnak megnevezhető ismerősök és barátok, illetve a drogozástól drogozásról szerzett tárgyi tudás és szlengkifejezés. A nevelőszülőnél nevelkedők tűnnek a mintában a leginkább elutasítónak a drogfogyasztással kapcsolatban: ők igen alacsony arányban asszociáltak elfogadó módon (5,8 százalék), és a nominális csoportba sorolt válaszaik aránya sem sokkal magasabb, mint a nem szakellátásban élőké. A különbség szignifikáns (K χ^2 próba, $p = 0,00$).

⁸ A mintába került négy fő a Debreceni Javítóintézetben élt a vizsgálat időpontjában, de megyei lakosként korábban a megyei rendszerben töltött hosszabb-rövidebb időszakot, és a vizsgálat idején is megyei gyermekvédelmi gyámmal állt kapcsolatban.

2. táblázat: A gondozási hely és a drogozással kapcsolatos attitűdök összefüggése (%)

	Attitűdcsoportok				Összes
	Elfogadó	Elkerülő	Nominális	Egyéb	
Nem szakellátásban	12,3	71,2	13,7	2,8	100
Nevelőszülőnél	5,8	73,1	19,5	1,5	100
Lakásotthonban	15,9	58,2	22,9	3,0	100
Intézetekben	15,4	44,6	34,6	5,4	100

N = 1683

A vérszerinti családjukból kiemelt, gondozásba vett gyermekek és fiatalok almintáját külön megvizsgálva nem találtunk szignifikáns különbséget az implicit attitűdökben a szülői kapcsolattartás intenzitásának függvényében. Azok körében, akik választottak az anyai kapcsolattartás minőségét firtató kérdésre, 387 asszociációt sikerült regisztrálnunk, az apai kapcsolattartásra válaszolók esetében pedig 385 asszociációt. Ez elég nagy elemszámnak tűnik ahhoz, hogy elfogadjuk, ebből a szempontból nem mutatható ki összefüggés a mintában.

A kérdőív a szakellátásban nevelkedők esetében kitért arra is, hogy hány éves korban kerültek be a gyermekek a rendszerbe, illetve a bekerülésük után hány gondozási helyen voltak. Szignifikáns összefüggést egyik esetben sem tudtunk kimutatni, melyben vélhetően közrejátszott az is, hogy a szakellátás almintáját a bekerülés életéve szerint 18, a gondozási helyek száma szerint pedig 10 kis csoportra törve extrém alacsony elemszámok jöttek létre.

3.2. A szülői hatás

A szülő-gyermekkapcsolat feltárása első megközelítésben a kommunikációs-érzelmi távolság becslésével zajlott. Ennek során a HBSC ide vonatkozó standard kérdését alkalmazzuk (Milyen könnyen tudod megbeszélni a téged nagyon foglalkoztató, vagy zavaró dolgokat a következő emberekkel?), és a négyfokú válaszlehetőség segítségével különféle társas relációban mértük fel a megkérdezettek viszonyait. A kérdésfeltevésben külön szerepeltek az édesapák, édesanyák és a nevelőapák, nevelőanyák, így a szakellátásban nevelkedő gyermekek és fiatalok is be tudták azonosítani, hogy az adott kérdés milyen relációra vonatkozik.

Az apák és nevelőapák tekintetében nem hozott szignifikáns különbséget a drogozás súlyozottan és összevontan kezelt szociális reprezentációjában az, hogy a megkérdezett milyen könnyen, vagy éppen nehezen tud kapcsolatba kerülni velük. A teljes képhez hozzátartozik, hogy ha az egyes asszociációkat említésük sorrendjében külön vizsgáljuk, akkor az édesapák esetében egy nagyon gyenge összefüggés bukkan elő a harmadikként említett asszociációk és a megbeszélés nehézsége között.

Az anyákra és nevelőanyákra irányuló kommunikációs-érzelmi kapcsolódás vizsgálata hasonló eredményekre vezetett, a súlyozott és összevont asszociációkkal nem mutat összefüggést az, hogy milyen könnyen beszélnek meg a gyerekek az őket foglalkoztató dolgokat. Itt kizárólag az édesanyák esetében, az elsőnek említett kifejezések körében mutatkozott szignifikáns különbség a kapcsolat minősége függvényében. Mivel ezek – a szignifikanciájuk alapján kiragadott esetek – csupán jelzésértékűek, összességében inkább az a kép rajzolódik ki a mintában, hogy a kommunikációs-érzelmi távolság/közelség nem befolyásolta alapvetően a drogozással kapcsolatos attitűdöket.

A család többféle módon betöltheti a fiatalok egészségmagatartására gyakorolt hatását. Ezek közül a szülői kontroll és „monitoring” jelenti a leghatékonyabb védelmet a káros szenvedélyekkel szemben (Kovács–Pikó, 2009). A HBSC-kutatások sajátos megközelítésben mérik a szülői monitoringot: azt kérdezik, hogy a gyermek mit gondol, az apa, illetve az anya mennyit tud a gyermek életének egyes fontos elemeiről⁹.

A kutatásban ezt a kérdést arra a – vérszerinti, vagy nevelő – szülőre vonatkoztatva tettük fel, akivel a megkérdezett együtt élt, amely a minta 85 százalékában egyértelmű volt. A kérdés két esetben okozhatott értelmezési gondot: a lakás- és gyermekotthonok lakóinak, illetve az önálló háztarásban élő fiatal felnőtteknek – esetükben a válaszok megoszlásából arra következtettünk, hogy találtak olyan referenciaszemélyt, akár a vérszerinti szülőt, akár egy szakembert, akire gondolhattak, és akivel kapcsolatban megíthették a monitoring mértékét. Véleményünk szerint a referenciaszemély kiléte nem véletlen, a megkérdezett életében valószínűleg kellően fontos szerepet tölthetett be ahhoz, hogy a monitoring intenzitása lényeges legyen. A tereptapasztalat az volt, hogy amennyiben nem tudott a válaszadó ilyen referenciaszemélyt felidézni, nem válaszolt erre a kérdésre. A nyolc monitoringitemre vonatkozó válaszokat minden egyes válaszadó esetében összevontuk, és az így kapott ordinális változóból egy háromértékű nominális változót (alacsony/közepes/magas intenzitású monitoring) alakítottunk ki, amely tehát mind a nyolc, szülők által monitorozott területet magába foglalja. Az így képzett monitoringintenzitással az asszociatív szavak erős összefüggést mutattak. A drogfogyasztást valószínűsítő, elfogadó típusú attitűd aránya mind az apai, mind az anyai monitoring növekvő intenzitása mellett csökken. Ugyanez a fordított arányosság figyelhető meg a szintén rizikósnak tartott nominális attitűdcsoportban is, amelynek megjelenési intenzitása lecsökken a szülői monitoring fokozódásával. Az egyes válaszkategóriák különbségei mindkét szülő esetében szignifikánsak (K χ^2 próba, $p = 0,00$), amely a jól működő szülői monitoring erős protektivitására utal (3. táblázat).

⁹ Összesen nyolc item, mint pl. „kik a barátaid”, „mire költöd el a pénzed”, „hol vagy iskola után” stb.

3. táblázat: A szülői monitoring intenzitása és a drogozással kapcsolatos attitűdök összefüggése (%)

Apai monitoring intenzitása	Attitűdcsoportok				Összes
	Elfogadó	Elkerülő	Nominális	Egyéb	
Alacsony	16,3	59,9	20,7	3,0	100
Közepes	11,1	69,9	15,5	3,5	100
Magas	8,3	75,2	13,3	3,2	100
Anyai monitoring intenzitása	Attitűdcsoportok				Összes
	Elfogadó	Elkerülő	Nominális	Egyéb	
Alacsony	16,7	58,9	21,3	3,2	100
Közepes	13,7	66,8	17,3	2,2	100
Magas	7,7	75,2	14,0	3,1	100

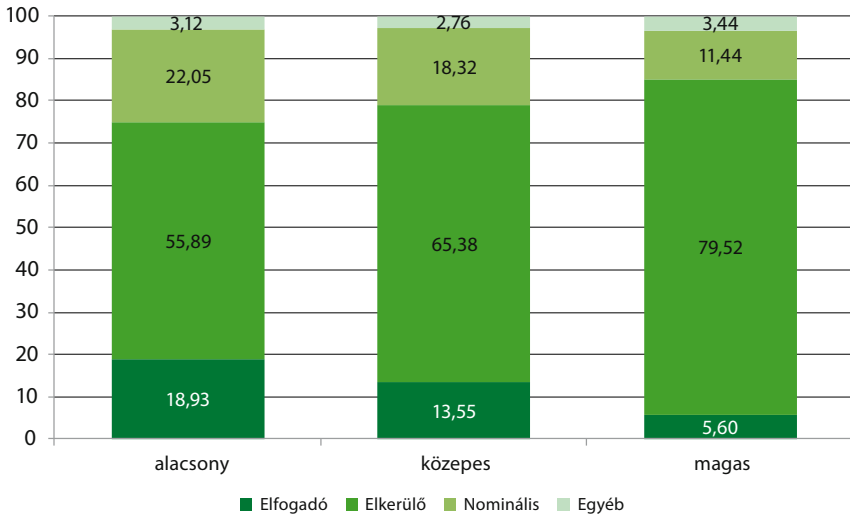
N= 1543 (apai) és 1613 (anyai)

A szülő-gyermek közötti bizalomteli-támogató kapcsolat feltárása a HBSC egy korábbi változatának kérdése alapján történt („milyen veled édesapád, vagy a nevelőapád?”), melyet a szegregátumkutatás kérdőívében tíz állítás követett, melyek esetén három válaszlehetőség közül kellett kiválasztani azt, amelyik leginkább lefedi a megkérdezett véleményét. Az állítások közül öt egyértelműen pozitív viszonyulást kifejező itemet, valamint egy, szigorú kontrollt kifejező itemet¹⁰ összevonva létrehoztuk azt a háromértékű változót, amely véleményünk szerint kifejezi, hogy az adott válaszadó milyen mértékű támogatást és védelmet érzékelt az apa, illetve az anya részéről (alacsony, közepes, magas). A kérdésfeltevés módja hasonló volt a monitoringkérdésekéhez, azaz a nem a vérszerinti- vagy nevelőszülővel élők olyan referenciaszemélyre gondolhattak, aki éppúgy lehetett vérszerinti szülő, mint nevelőszülő, vagy egyéb szakember, de feltételezésünk szerint kellően fontos szerepet tölthetett be a megkérdezett életében ahhoz, hogy az ő személye idéződjön fel, egyben kellően fontos lehetett ahhoz, hogy támogató magatartása, vagy annak hiánya befolyást gyakoroljon a fiatalra.

Mintánkban az apák és nevelőapák gyermekükre irányuló bizalomteli-támogató viselkedése szignifikáns összefüggést mutat a drogozás szociális reprezentációjával (K χ^2 próba p=0,00). Jól kirajzolódik, hogy amennyiben az apai/nevelőapai támogatás alacsony mértékben érzékelhető a megkérdezettek számára, akkor közel háromszor gyakrabban asszociáltak az elfogadó csoportba sorolt szavakat, mint azok, akik magas mértékű támogatást kapnak édes-, illetve nevelőapjukól. Emellett a nominális kategóriába sorolt válaszok kétszer akkora arányban vannak jelen az alacsony támogatást érzékelő fiataloknál, mint azoknál, akik magasnak érzik édesapjuk, nevelőapjuk támogató viselkedését (1. ábra).

¹⁰ Segít, ha szükségem van rá / türelmes velem / megérti a problémáimat, gondjaimat / megpróbál mindenben ellenőrizni / meg tud vigasztalni, ha valami bánt / biztat, hogy tanuljak rendszeren

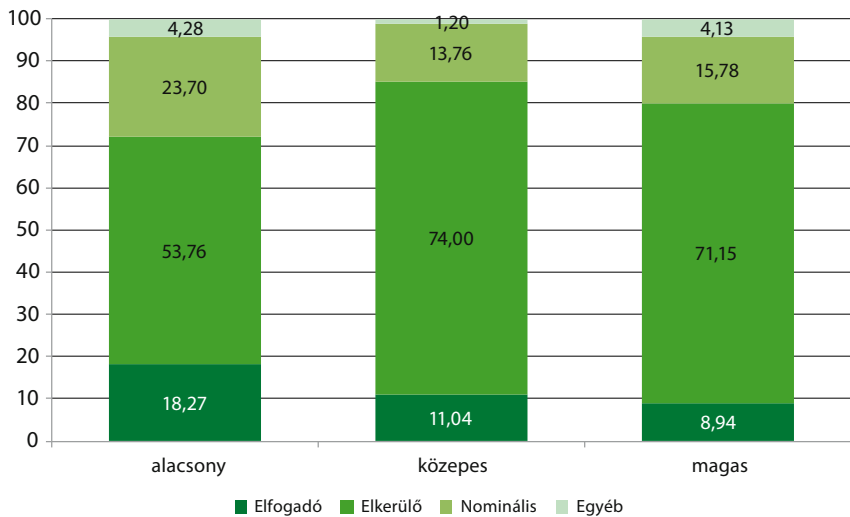
1. ábra: A drogozással kapcsolatos attitűdök típusa az APAI összevont támogatás mértéke szerint (%)



N= 1643

Az anyák és nevelőanyák tekintetében elmondható, hogy ha a megkérdezett és édesanyja között nem áll fent erős bizalmi, támogató kapcsolat, akkor kétszeres a drogozást elfogadó kategóriába sorolt kifejezések aránya, mint abban az esetben, ha erős bizalomteli-támogató kapcsolat van (2. ábra).

2. ábra: A drogozással kapcsolatos attitűdök típusa az ANYAI összevont támogatás mértéke szerint (%)



N= 1696

Anyai/nevelőanyai bizalomteli kapcsolat esetében is szignifikáns különbség mutatkozott meg (Khi^2 próba $p = 0,00$).

3.3. A mintaadó kortárcsoport

A kortársak szocializációs hatását, pontosabban mintaadó szerepét az adatbázisban a megkérdezett fiatal barátainak és ismerőseinek rizikómagatartása alapján tudjuk megragadni. A kortársak becsült egészség- illetve rizikómagatartása pozitívan vagy negatívan hat a megkérdezett fiatal egészségtudatosságára. A kortárcsoport becsült rizikómagatartását több kérdésen keresztül mértük fel (szerinted hány barátod cigarettázik, iszik alkoholt, lesz részeg hetente egyszer vagy többször, használ valamilyen kábítószer?), melyekre skálaszerűen elrendezett válaszokat adhattak („egy sem”, „kevesen”, „néhányan”, „a többség” és „mindegyik”).

A barátok és ismerősök dohányzását, alkoholfogyasztását, lerészegedési gyakoriságát és kábítószer-fogyasztását tekintve, mind a négy vizsgált esetben erőteljesen kirajzolódott a párhuzamosság a megkérdezett drogozással kapcsolatos attitűdjével.

Amennyiben a megkérdezett barátainak többsége vagy mindegyike dohányzó, úgy kétszeres valószínűséggel adott elfogadó típusú asszociációt a drogozással kapcsolatban, mint azok, akik néhány, kevés, vagy egyetlen barátot sem soroltak a dohányzók közé. A barátok közötti dohányosok aránya és a drogozás szociális reprezentációja között szignifikáns az összefüggés (Khi^2 próba $p = 0,00$) még úgy is, hogy az elkerülő és nominális csoportba sorolt asszociációk terén az előbb említettélnél kisebb – bár várt irányú – eltérés mutatkozott ebben (4. táblázat).

4. táblázat: A drogozással kapcsolatos attitűdök típusa a dohányzó barátok-ismerősök becsült aránya szerint (%)

Barátok becsült aránya	Attitűdcsoporthok				Összes
	Elfogadó	Elkerülő	Nominális	Egyéb	
Egy sem	7,9	76,6	12,1	3,5	100
Kevesen	6,2	75,6	17,6	0,5	100
Néhányan	8,1	71,6	16,3	4,1	100
Többség	15,8	66,9	14,4	2,9	100
Mindegyik	16,5	59,7	20,6	3,2	100

$N = 1801$

Az alkoholfogyasztó barátok becsülésének eredménye ennél is erőteljesebb összefüggést mutat a drogozás szociális reprezentációjával. Azok körében, akik szerint mindegyik barátjuk iszik, több, mint négyszeres az elfogadó attitűdöt mutatók aránya, mint a kevés vagy egyetlen alkoholfogyasztó baráttal sem rendelkezők között. A „tisza” baráti körről beszámolókhöz képest több, mint háromszoros

arányban mutatnak elfogadó attitűdöt azok, akik szerint barátaik többsége iszik, de még azok is kétszeres arányban tanúsítanak elfogadó attitűdöt, akik néhány ilyen barátról vallottak (5. táblázat).

5. táblázat: A drogozással kapcsolatos attitűdök típusa az alkoholfogyasztó barátok-ismerősök becsült aránya szerint (%)

Barátok becsült aránya	Attitűdcsoportok				Összes
	Elfogadó	Elkerülő	Nominális	Egyéb	
Egy sem	6,1	77,4	13,9	2,7	100
Kevesen	6,9	71,7	17,2	4,2	100
Néhányan	12,0	66,5	17,3	4,2	100
Többség	20,5	59,6	18,8	1,1	100
Mindegyik	25,6	53,5	18,7	2,2	100

N= 1794

A lerészegedő barátok becsült arányának különbségei pedig még ennél is nagyobb különbséget eredményeztek a drogozással kapcsolatos elfogadó attitűd kinyilvánításában (6. táblázat). Az összefüggésre utaló megoszlás szignifikáns (Khí^2 próba $p = 0,00$).

6. táblázat: A drogozással kapcsolatos attitűdök típusa a rendszeresen lerészegedő barátok-ismerősök becsült aránya szerint (%)

Barátok becsült aránya	Attitűdcsoportok				Összes
	Elfogadó	Elkerülő	Nominális	Egyéb	
Egy sem	7,4	74,1	15,1	3,3	100
Kevesen	7,2	71,2	17,1	4,5	100
Néhányan	17,0	58,0	24,6	0,5	100
Többség	28,8	56,3	12,5	2,5	100
Mindegyik	36,1	49,8	12,6	1,4	100

N= 1794

Noha arra számítottunk, hogy a drogfogyasztók kriminalizálása, a hazai prohibicionista drogpolitika miatt a megkérddezettek (eltérően a legális, ún. élvezeti szerek fogyasztásától) barátaik kábítószer-használatát leplezni fogják – még, ha kisebb mértékben is, mint a saját, esetleges érintettségüket –, a tapasztalat az volt, hogy ha már az előző három kérdésben megbecsülték érintett barátaik arányát, úgy attól a drogfogyasztást firtató kérdés esetében sem zárkoztak el. A nagy számban megadott asszociációk belső megoszlásának különbségei ebben az esetben a legélesebbek; a két szélsőséges csoportban (mindegyik barát drogozik

vs. egy sem) az elfogadó attitűd megjelenésének valószínűsége több, mint hatszoros eltérést mutat, sőt, még a „tisztá” baráti körrel rendelkezőkkel eddig „együtt haladó”, kevés dohányzó/alkoholfogyasztó barátról beszámolóik is kétszeres gyakorisággal asszociáltak elfogadó csoportba sorolt szavakat ebben az esetben (7. táblázat). A különbség szignifikáns (Khí² próba p = 0,00).

7. táblázat: A drogozással kapcsolatos attitűdök típusa a kábítószer-fogyasztó barátok-ismerősök becsült aránya szerint (%)

Barátok becsült aránya	Attitűdcsoporthok				Összes
	Elfogadó	Elkerülő	Nominális	Egyéb	
Egy sem	6,6	75,5	14,3	3,6	100
Kevesen	12,5	65,9	18,7	2,9	100
Néhányan	25,6	53,0	20,2	1,3	100
Többség	32,1	44,4	23,5	0,0	100
Mindenyik	40,4	33,1	25,8	0,8	100

N = 1799

Vizsgálatunkban látványosan beigazolódott, hogy a kortársak igen nagy hatást gyakorolnak a fiatalok drogfogyasztó magatartására. A fiatalok nem egy tudatos és előre megalapozott döntés folyamán nyúlnak a különféle tudatmódosító-szerek után, hanem egyes életesemények, szocializációs zavarok és egyéb tényezők, valamint a kortársak hatására. A kortársak mintaközvetítő szerepe kiemelkedő (Vingender 2003).

3.4. Az iskolai közeg egyes faktorai

A megkérdezettek tanulmányi sikeressége volt az iskolai közeg egyik olyan faktora, amelyet a kérdőív mért (a tanulmányaikat befejezettekől a múltbéli sikerességük becsülését kértük). A három kérdésből álló blokk egy „kvázi objektív” (Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján), egy „interszubjektív” (Milyen tanuló vagy a tanáraid véleménye alapján) és egy „szubjektív” (Milyen tanuló vagy a saját véleményed alapján) szempontot jelenít meg, melyre négyfokú skálán válaszolhattak a megkérdezettek. Korábbi kutatásaink alapján várható volt, hogy a három szempont némileg eltérő önértékeléshez vezet (Hüse–Ceglédi, 2017), de ezen a mintán ez a várakozás nem igazolódott be: a megkérdezettek közel azonos módon értékelték a teljesítményüket mindhárom szempont alapján. Az önbecslés lefedheti vagy megközelítheti a tényleges, valamely objektív módszerrel megállapítható iskolai sikerességet, de természetesen attól akár gyökeresen el is térhet – az egyszerű mérőeszköz valójában nem a teljesítményt, hanem az egyén osztályközösségben betöltött helyével, szerepével árnyalt önértékelést jelzi.

Alapos okkal feltételeztük, hogy a tanulmányi sikerességhez kapcsolódó önértékelés a speciális mintánkban is összefüggésben áll a rizikómagatartással, illetve a rizikómagatartás mentális előzményének is felfogható drogattitűdökkel. Ez az összefüggés azonban csak a megkérdezettek két, önmaguk iskolai teljesítményét szélsőségesen értékelő csoportja között rajzolódott ki („átlagnál rosszabb” és „nagyon jó”), a két köztes kategóriát ezért ebből az elemzésből kizártuk. Ily módon a drogozás szociális reprezentációjának különbségei az iskolai teljesítmény önbecslésének fényében is megragadhatóvá váltak (8. táblázat). Az eredmények alapján úgy tűnik, hogy a legalacsonyabb önértékelés egy nyitottabb, elfogadóbb drogattitűddel jár együtt, míg a legmagasabb önértékelési csoporthoz tartozás ebből a szempontból protektív, legalábbis az első két önértékelési szempont alapján erre a következtetésre jutottunk. Ez a sajátos mintázat leginkább az elfogadó attitűd és annak hiánya mentén mutatkozik meg, az elkerülő és nominális kategóriák ebben az esetben kevésbé jelentősek. Sajnos a kutatás során nem rögzítettünk tanulmányi átlagokat, így az adatbázis alapján nem tudjuk felmérni, hogy a jelenleg mögött áll-e tényleges teljesítménykülönbség, valóban az osztályok leggyengébb és legjobb tanulói kerültek-e be az elemzési csoportokba, vagy azok, akik (bármilyen okból) erősen alul-, illetve felülértékelték önmagukat – pontosabban nem tudjuk becsülni, hogy ezek milyen arányban vannak jelen.

8. táblázat: A drogozás szociális reprezentációja a megkérdezettek iskolai teljesítménye-önértékelése alapján (%)

A jegyek alapján*	Attitűdcsoporthok				Összes
	Elfogadó	Elkerülő	Nominális	Egyéb	
Átlagnál rosszabb	14,1	69,8	15,2	0,8	100
Nagyon jó	7,0	72,5	18,0	2,5	100
A tanárok véleménye alapján**	Attitűdcsoporthok				Összes
	Elfogadó	Elkerülő	Nominális	Egyéb	
Átlagnál rosszabb	15,2	67,8	16,7	0,4	100
Nagyon jó	5,0	71,3	21,7	2,1	100
Saját véleménye szerint***	Attitűdcsoporthok				Összes
	Elfogadó	Elkerülő	Nominális	Egyéb	
Átlagnál rosszabb	10,5	68,3	19,0	2,2	100
Nagyon jó	10,4	73,6	13,4	2,6	100

* $N=305$; $\text{K}\chi^2$ próba: $p=0,060$

** $N=337$; $\text{K}\chi^2$ próba: $p=0,001$

*** $N=338$; $\text{K}\chi^2$ próba: $p=0,202$

Az iskolai faktorok előrejelző és egyben veszélyeztető tényezők lehetnek a rizikómagatartás kialakulásában. A tanulási folyamat affektív racionális és siker/kudarccs élményei nagy hatással vannak a fiatal életére, hiszen a mentális, szociális

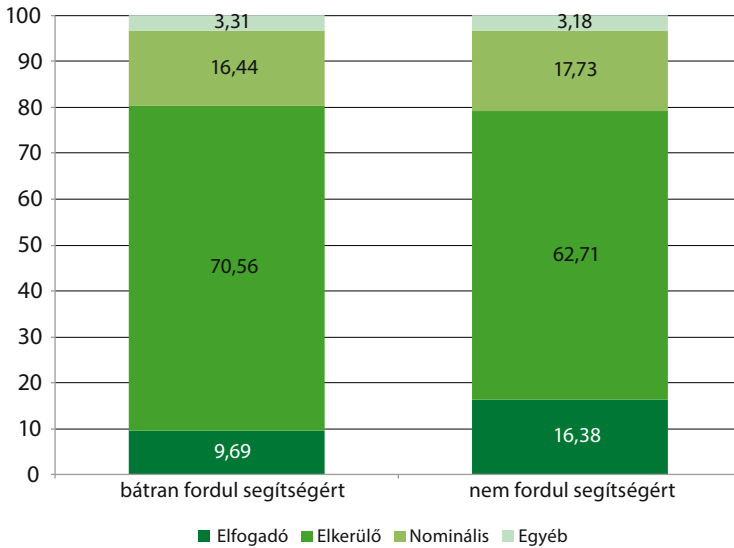
és szomatikus egészségi állapotra egyaránt kihatnak, és ezen keresztül pedig befolyást gyakorolnak a drogfogyasztás kialakulására (Vingender 2003).

A Farnicka et al. (2014) által kidolgozott „Kérdőív az iskolai életről” (QSL), hazai kísérleti bevezetésének egyik terepe volt többek között a periférián élő fiatalok drogfogyasztására irányuló kutatás is. Az eredeti eszköz 12 kérdésének némelyikét alapos megfontolás után a hazai team módosította (Fónai – Hüse, 2018; Fónai et al., *in press*), de megőrizte a QSL három skáláját, amelyek az önbecsülés, az elfogadottság és társas támogatás, valamint a kirekesztés dimenzióit mérik ötfokú skálán (1–5). A korábbi kutatásokban és a jelen tanulmányhoz felhasznált adatbázis első elemzéseiben kibontakozó eredmények a QSL részleges magyarító erejére utalnak, azonban a drogozással kapcsolatos implicit attitűdök formálódásának háttereként vizsgálva az osztálytermi helyzetben ilyen módon lehatárolt önbecsülést, megélt támogatást és kirekesztést.

Az adatbázis további elemzésekor az egyes dimenziókból mediánjaik mentén bináris változókat alakítottunk ki. Az önbecsülés átlagos mediánja (medián 2,67) mellett a minta élethelyzetének sajátos tükrét adja a kifejezetten magasnak értékelt támogatás (medián 3,80), illetve a kifejezetten alacsonynak érzékelt kirekesztés (medián 1,50). A drogozásra adott asszociációkkal, illetve az abból képzett attitűdcsoportokkal való összevetés során azonban nem leltünk szignifikáns összefüggést: a drogattitűdök alakulása ebben a mintában nem függött a QSL dimenzióiban elért eredményektől, azaz az önbecsülés, a támogatás és a kirekesztés megélt mértékétől. Ennek oka valószínűleg a dimenziók szórása, mivel a válaszadók túlnyomó többsége egy másfél-kétpontos intervallumon tömörült az ötfokú skálán.

Az iskola, mint szocializációs közeg hatása a tanárok és más felnőtt szakemberek részéről észlelt támogatásban, a szakemberekhez fűződő bizalomteli kapcsolatban is megnyilvánulhat. Feltételeztük, hogy amennyiben a tanuló bízik a tanáraiban, nevelőiben, legalább annyira, hogy szükség esetén segítségért forduljon hozzájuk, akkor annak protektív hatása lesz a fiatal egészségmagatartására. Ezt a hatást a kérdőív reziliencia blokkjának egyik itemével mérhettük (Bátran fordulhatok a tanárimhoz vagy az edzőkhöz, vagy a lelkészhez segítségért). A válaszokat az implicit attitűddel összevetve szignifikáns különbséget találtunk a támogató segítségről beszámoló és a segítséget nem kérők csoportja között (Khí² próba $p=0,01$). Azok a megkérdezettek, akik nem fordulnak segítségért, másfélszer akkora valószínűséggel tanúsítottak a drogozás irányában elfogadó attitűdöt, mint azok, akik bátran fordulnak segítségért a tanárokhoz és más felnőtt szakemberhez (3. ábra).

3. ábra: A tanárok és más felnőtt szakemberek támogatásának hatása a megkérdezett szociális reprezentációjára



N= 1443

Összegzés

A viselkedési szokások vagy a világ dolgaihoz való, egyénre jellemző hozzáállás vizsgálatakor a szakemberek és kutatók gyakran fordulnak a szocializációs elméletek felé. Ezek segítségével jól magyarázható, hogy hol érik a gyermeket, fiatalot olyan hatások, amelyek mélyebben vagy enyhébben befolyásolják későbbi viselkedését, döntéseit, személyiségét. Különösen erős a szocializációra való fókuszálás a gyermekjóléti-gyermekvédelmi rendszerben, ahol a gyermek viselkedési és beilleszkedési zavarainak, deviáló magatartásának az okát azonnal az egészséges fejlődését és szocializációját veszélyeztető közegekben, elsősorban a családban és a kortárs közegekben kutatják. A szociális munka, pszichológia, vagy a jog eszközeivel végrehajtott beavatkozás jó esetben változást eredményez ezekben a közegekben, rosszabb esetben a gyermekvédelmi rendszer csupán konzerválni tudja a társadalom szövetéből kisodródó gyermek helyzetét, vagy végső megoldásként a családból való kiemeléssel próbálkozik.

A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok drogfogyasztási szokásaira irányuló korábbi kutatás adatbázisának új szempontú elemzésére vállalkozó tanulmányunkban arra tettünk kísérletet, hogy összefüggést mutassunk ki a vizsgált fiatalok legfontosabb szocializációs közegeinek egyes jellegzetességei és a megkérdezettek droghasználattal kapcsolatos implicit attitűdjei között. Ennek során a négy fő szocializációs közeg közül hármat tudtunk több-kevesebb

részletességgel megragadni – a másodelemzett adatbázis forrásául szolgáló vizsgálat drogfogyasztásra és annak háttérére koncentráló kérdései miatt a család, a kortáscsoport és az iskola közegeinek olyan jellegzetességeit tanulmányozhatunk, amelyek valószínűleg közvetlen rizikó- vagy protektív faktorként működnek. A minta érdekessége, hogy nagyobbik részét Szabolcs-Szatmár-Bereg megye több szegregátumában, teleszerű körülmények között élő fiatalok, negyedét pedig a megye gyermekvédelmi szakellátásában élő gyerekek és fiatalok adták.

A vizsgálat fókuszában a drogfogyasztáshoz kapcsolódó implicit attitűd állt, az attitűd mérésére használt asszociáció volt az elemzési egységünk. A nyílt kérdéssel, egyszerű asszociatív módszerrel begyűjtött három említett azok sorrendje szerint súlyozva, összevontan kezeltük. Az asszociációkészletből négy homogén csoportot alakítottunk ki: az *elfogadó* csoportba a drogfogyasztást illetően pozitív tartamú, illetve pozitív érzelmi töltésű szavak kerültek; az *elkerülő* csoportba a drogfogyasztással szembeállított negatív tartamú és érzelmi töltésű szavak kerültek, melyek feltehetően a rizikómagatartás esélyét csökkentő attitűdöket reprezentálják; a *nominális* csoportba gyűjtöttük a konkrét személyeket jelölő kifejezéseket, illetve az egyes kábítószeres és eszközök elnevezéseit, melyek megítélésünk szerint a „rizikós” kapcsolatokat és tudást fejezik ki; végül az előző csoportokba be nem sorolható, vagy nem egyértelműen besorolható kifejezésekből képeztünk egy *egyéb* kategóriát is, amely azonban igen alacsony elemszámú lett.

Mintánk sajátosságából fakadóan – igaz, erős megkötésekkel az adatfelvétel pillanatszerűsége és a kérdések jellege miatt – vizsgálni tudtuk, hogy vajon mérhető-e valamiféle különbség az attitűdökben akkor, ha az alapvető gondozási helyben változás következik be (családból való kiemelés), és a gyermeket egy korrektív, család pótló közeg veszi körül. A két almintá első megközelítésben ugyan jelentősen különbözönek tekinthető, de ha figyelembe vesszük, hogy a gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedő gyermekek és fiatalok túlnyomó többségben szegregátumokban születtek és ott éltek le korai éveiket, már nem is annyira a különbözőségek kerülnek előtérbe, hanem inkább az, hogy vajon a gyermekvédelem erőfeszítései képesnek bizonyultak-e új irányt szabni a korai szocializációval elinduló folyamatoknak. A drogozással kapcsolatos implicit attitűdök terén a vizsgálati mintán az állapítható meg nagy biztonsággal, hogy jelentős eltérést kizárólag a nevelőszülő ellátás esetében tapasztalhatunk, miután az itt nevelkedő megkérdezettek feleolyan gyakran mutattak drogozást elfogadó attitűdöket, mint a szegregátumban családjukban élők, és harmadannyit, mint a lakásotthonban, illetve gyermekotthonokban élők. Azt azonban korai lenne kijelenteni, hogy ez a nevelőszülői gondoskodás során bekövetkező javulásra utal, hiszen tudjuk, hogy a szegregátumok „normál” populációjához képest a gyermekvédelemben egy erősen szelektált populációt találhatunk (súlyosan veszélyeztetett gyermekek kiemelése), amely ráadásul a nevelőszülők esetében még egy előzetes szelekción is átesik, miután a hatósági gyakorlat az, hogy az idősebb, ráadásul deviáns magatartást gyakorló gyermekek számára inkább intézményes keretek között nyújtanak ellátást. Nevelőszülőkhöz és különösen annak egyházi fenntartó hálózatába

pedig fiatalabb, és lehetőleg viselkedési problémáktól mentes gyermekeket küldenek (személyes adatközlés alapján, TEGYESZ).

A keresztáblelemzés során több szignifikáns, és néhány nem szignifikáns, de kifejezetten jellegzetes összefüggésre bukkantunk a szülő-gyermek kapcsolat egyes pszichoszociális jellegzetességei (monitoring és támogatás) és a drogozás implicit attitűdjei között. A gyermek minél erősebben észleli, hogy a szülők, vagy a szülőszerepet betöltő felnőttek figyelik őket, törődnek velük, annál valószínűbb a drogfogyasztó magatartástól eltávolító implicit attitűd megjelenése. Ugyanez vonatkozik a gyermekek és fiatalok által megélt szülői támogatásra is; minél nagyobb mértékű pszichoszociális támogatásról számoltak be a megkérdezettek, annál kevésbé volt jellemző rájuk a drogozást elfogadó attitűd. Mintánkban a pszichoszociális támogatás hatása nagyobbak mutatkozott a szülői monitoringhoz képest.

Vizsgálatunkban a kortáscsoport hatása jóval erőteljesebbnek bizonyult, mint a szülőké – legalábbis ami az elfogadó, illetve elutasító attitűdökkel jellemezhető csoportok közötti éles különbség kialakítását illeti. Azok között, akik arról számoltak be, hogy barátaik többsége valamilyen rizikómagatartást gyakorol, jóval nagyobb arányban reprezentálódtak a drogfogyasztás valószínűsítő implicit attitűdök, mint azok között, akik csak kevés barátjukról állították azt, hogy valamilyen szert használnak. A különbség alacsonyabb volt, amikor a kérdés a dohányzó, illetve alkoholfogyasztó barátokra vonatkozott, és magasabb, amikor a részegsége, valamint a drogfogyasztásra kérdeztünk rá.

Az iskolai közeget vizsgálva fény derült arra, hogy speciális mintánkban milyen nagy jelentősége van annak, hogy a megkérdezettek hogyan ítélték meg iskolai teljesítményüket. Amikor a jegyek alapján, valamint amikor a tanáraik véleménye alapján ítélték meg teljesítményüket, akkor a magukat átlag alattinak becslők csoportjában az átlag feletti teljesítményt becslőkhöz képest kétszer-háromszor gyakrabban bukkantak elő a drogfogyasztást elfogadó csoportba sorolt kifejezések. Ugyancsak kétszeres különbséget találtunk a drogfogyasztásra hajlamosító attitűdök reprezentációjában a tanáraikhoz (és más felnőtt szakemberhez) segítségért forduló és azok között, akik nem szoktak segítséget kérni a felnőttektől.

Irodalom

- Abric, J. C. (1993): Central System, Peripheral System: Their Functions and Roles in the Dynamics of Social Representation. *Papers on Social Representations*, Vol.2 (2): 75–78.
- Allport, G. W. (1979) [1935]: Az attitűdök. In: Halász L. – Hunyady Gy. – Marton L. M. [szerk.]: *Az attitűd pszichológiai kutatásának kérdései*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 41–56.
- Babusik F. (2005): *Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon: státusz, etnicitás, kirekesztődés az egészségügyben és a szociális szférában*. L'Harmattan. Budapest.
- Csák R., – Márványkövi F. – Rác J. (2017): Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban. Kutatási beszámoló, kézirat.
- Csepeli Gy. (2002): *Szociálpszichológia*. Osiris, Budapest.
- Davidson, R., – Kitzinger, J. – Hunt K. (2006): The Wealthy Get Healthy, the Poor Get Poorly? Lay Perceptions of Health Inequalities. *Social Science and Medicine*, 62: 2171–2182.
- Elekes Zs., – Paksi B. (2005): A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok alkohol és egyéb drogfogyasztása. *Kapocs* 4/5 (20. köt.): 2–21.
- Gyukits Gy. (2000): A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. In: Horváth Á. – Landau E. – Szalai J. [szerk.]: *Cigánynak születni*. Aktív Társadalom Alapítvány – Új Mandátum, Budapest. 471–791.
- Gyukits Gy. (2008): A szociális tényezők hatása a 40–49 éves korcsoportba tartozó romák egészségi állapotára. In: Kopp M. [szerk.]: *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 460–466.
- Fábián G. – Szoboszlai K. – Hüse L. [szerk.] (2017): *A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere*. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. ISBN 978-963-12-9150-6 http://periferiaegyesulet.hu/assets/k%C3%B6nyv-egyben_pw.pdf
- Farnicka M. – Liberska H. – Kosiková V. – Lovasová V. – Freundenreich D. (2014): A New Tool in the Fight against Social Exclusion: The Questionnaire of School Life (QSL). In: *Liberska H. – Farnicka M. [eds.]: Child of Many Worlds: Focus on the Problem of Ethnic Minorities*. Frankfurt, Peter Lang Verlag. 177–191.
- Fónai M. – Péntes M. – Vitál A. [szerk.] (2006): *Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és a kitorés lehetőségei Északkelet-Magyarországon*. Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza.
- Fónai M. – Hüse L. (2018): Roma tanulók és az iskola: befogadás és kirekesztés. In: Endrődy-Nagy O. – Fehérvári A. [szerk.]: *Innováció, kutatás, pedagógusok*. HERA Évkönyvek V. Magyar Nevelés- és Oktatókutatók Egyesülete, Budapest. 600–611

- Fónai M. – Hüse L. – Balogh E. – Toldi A. (in press): School integration, inclusion and exclusion: experiences of empirical researches. In: Bálint P. – Biczó G. [szerk.]: *Studia Cingarorum*. Hajdúböszörmény, Debreceni Egyetem Felnőttképzési Kar.
- Hüse L. – Ceglédi T. (2017): „Érett dió is lehetek” – *A megterhelő életesemények és a reziliencia hatása az iskolai pályafutásra*. Evangélikus Roma Szakkollégium, Nyíregyháza.
- Hüse L. – Szoboszlai K. – Fábián G. (2017): A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló kutatás. In: Fábián G. – Szoboszlai K. – Hüse L. [szerk.]: *A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere*. Periféria Egyesület, Nyíregyháza, 7–15.
- Katz, D. 1979 [1960]: Az attitűdök tanulmányozásának funkcionális megközelítése. In: Halász L. – Hunyady Gy. – Marton L. M. (szerk.): *Az attitűd pszichológiai kutatásának kérdései*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 105–121.
- Kovács E. – Pikó B. (2009): A család egészségvédő hatása serdülők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 10 (2009) 3: 223–237. DOI: 10.1556/Mentál.10.2009.3.3
- Lalonde, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians – a working document*. Minister of Supply and Services Canada, Ottawa.
- Lannert J. – Németh Sz. – Szécsi J. (2018): Szegregáló deszegregáció? In: Fejes J. B. – Szűcs N. [szerk.]: *Én vétkem: helyzetkép az oktatási szegregációról*. Motiváció Oktatási Egyesület, Szeged. 285–300.
- László J. (2000): A szociális reprezentáció járványtanáról. *Replika* 41–42: 289–300.
- Marmot M. et al. (2010): *Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review*. Strategic review of health inequalities in England post-2010. <http://www.institute-ofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
- Murányi I. – Péntes M. – Barát K. (2000): *Drog – Érték – Család. Nevelőotthonban élő fiatalok drogfogyasztása és értékrendje*. ÉKMSzME, Nyíregyháza.
- Medvés D. – Balázs K. – Kondé Z. – Mátyás M. (2012): Az attitűdök, a társas értékorientáció és a jövőbeli következmények figyelembevételének szerepe a környezettudatos hulladékgazdálkodásban. *Alkalmazott Pszichológia* 2012/1: 25–42.
- Moscovici S. (1988): Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology* 18 (3): 211–250.
- Moscovici S. (2002). *Társadalom-lélektan*, Osiris Kiadó, Budapest.
- Scharf, M. – Maysless, O. – Kivenson-Baron, I. (2004): Adolescents’ attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Development and Psychopathology* 40/3: 430–444.
- Smith, E. R., Mackie, D. M. (2004): *Szociálpszichológia*. Osiris, Budapest.

- Snyder, M. (1982): When believing means doing: creating links between attitudes and behavior. In: Zanna, M. P. – Higgins, T. E. – Herman, P. C. (Eds): *Consistency in Social Behavior: The Ontario Symposium*, Vol. 2. Hillsdale, New York.
- Szécsi J. – Sík D. (2016): Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban. *Esély* 2016/2: 115–131.
- Szilágyi D. – Uzzoli A. (2013): Az egészséggyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon. *Területi Statisztika* 16(53)/2: 130–147.
- Szöllösi G. (2000): *Hogy fogalmunk legyen róla... A veszélyeztetettség fogalma az amerikai gyermekvédelemben. Esély* 2000/4: 39–72.
- Szöllösi G. (2003): A gyermekvédelmi probléma, mint társadalmi konstrukció. *Esély* 2003/2: 75–95.
- Thomas, W. I. – Znaniecki, F. (1918): *The Polish Peasant in Europe and America*. Univ. of Chicago Press, Chicago.
- Thurstone, L. L. (1928): Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology* 33: 529–554.
- Vingender I. (2003): *Közösség és drogfogyasztás. A droghasználat szociális kontextusa*, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest. 166–186.