

A vajdasági magyar fiatalok egészségvédő és egészségkárosító magatartása

ZSUZSANNA T. MIRNICS

Health-protective and Health-damaging Practices of the
Voivode Hungarian Youth

316.728-053.6(497.11)

304.3(497.11)

159.913

178

Voivode, sociology, youth research, behavior factors, family environment, age, smoking, alcohol consumption, drug consumption, sporting

1. Elméleti háttér

Az elhúzódó gazdasági krízis, a nagy társadalmi különbségek és a tartós politikai válság súlyosan károsítja a fizikai és lelki egészséget. A társas dezintegráció elmélete (Wilson 1987) szerint a számos hatásnak csak egyike, hogy az egyének – akik a létszükségleteiket is csak nagy erőfeszítések árán tudják biztosítani – a kemény megélhetési küzdelemben elhanyagolják saját egészségük védelmét és pszichoaktív szerekkel csökkentik a rájuk nehezedő terheket (Walberg 1998); ennél is fontosabb azonban a társadalmi-társas kohézió fellazulásának ténye. A szegénység hatására egyaránt meggyengül a családok, a baráti körök, a közösségek és a társadalom összetartozása, ami a válások számában, az informális és formális közösségek, szervezetek hatástalan és céltalan munkavégzésében és a migrációs mutatókban (Browning 2002) is tükröződik. Gyenge társas támogatottság mellett az egyén szintjén rohamosan romló egészségi állapot tapasztalható (Kopp–Skrabski–Szedmák 1998). A társas közösségek már nem nyújtanak biztonságot, az életet nincs kiért, sőt talán nincs is miért értelmesen élni, a szegénységgel mégis nap mint nap meg kell küzdeni, céltalanul. Az addig érvényes értékrend, világkép teljesen felborul, elhalványul.

A kötődések elszakadása fokozza az erőszakos és más bűncselekmények előfordulását (Sampson 1997, Wilkinson 1996), csökkenti az általános termelékenységet, lassítja a gazdasági fejlődést, és a demokratizálódás esélyét is gátolja (Putnam 1993); a közösségtől szeparálódott, magányos egyének halálozási aránya pedig a jó társas kapcsolatokban élőkhöz viszonyítva mintegy két-háromszoros (Kawachi–Kennedy 1997). Ördögi kör ez: ha egy romboló külső vagy belső hatások következtében elszegényedett ország szervezetei, társadalmi csoportjai dezintegrálódnak, ez a jelenség komplex kölcsönhatások útján még tovább fokozza az adott ország működésképtelenségét, negatívan befolyásolja az egészségügyi és halálozá-

si statisztikákat. A kisebbségeket ez a helyzet különösen érinti, ugyanis a társadalmi krízis következményeként fellépő egészségügyi gondok és egészségkárosító viselkedés súlyossága függ a közösség jellegétől is. Sokszerű etnikai környezetben még a jóléti államok vezetése számára is sokkal nehezebb a társadalmi konfliktushelyzetek rendezése, a közösségi célok elfogadtatása és a bűnözés állami szintű visszaszorítása; a kisebbségnél pedig több egészségi kockázati tényező és a társas támogatás további gátoltsága figyelhető meg (Kornhauser 1978). Csak a kisebbségeket érintő speciális szempont, hogy társadalmi krízisek idején növekszik irányukban a diszkrimináció (Wilkinson 1997).

A Durkheim-elmélet szerint a dezintegrálódott társadalmakban gyakoribbá válnak az egyes devianciák. Erre az elméletre alapozva Tumin megállapítja, hogy a szegénységgel, a nagy társadalmi különbségekkel, az értékválsággal és a kötődéshiánnyal együtt jár a pszichológiai szinten a bizalmatlanság és az ellenségesség érzése mások iránt; mindez értelemszerűen rombolja az önszerveződést, a közösségi élet hatékonyságát és működőképességét (Tumin 1953, Putnam 1993). A társas támogatottság hiányából adódóan – más devianciák mellett – gyakrabban jelentkeznek a depresszió, a szorongás és egyéb pszichiátriai betegségek is. A problémákkal való sikertelen megküzdés egyrészt klinikailag is diagnosztizálható lelki problémákat szül, másrészt pedig együtt jár a egészségvédő viselkedés csökkenésével, illetve a fokozott egészségkárosító magatartással.

Ha a válsághelyzetben vagy a gazdasági-politikai átmenet állapotában élő országok egészségügyi statisztikáinak javítását tűzzük ki célul, komplex állami és közösségi intézkedésekre, valamint tudatos egyéni erőfeszítésre van szükség. A legtöbb időt és forrást az okok kezelése, továbbá a szegénység, a káros politikai erők, a szervezett bűnözői tevékenység visszaszorítása igényli. A közösségek támogatása és szervezése, a célzott pszichológiai segítség viszont azon esetekben is javulást eredményezhet, amikor a gazdaság változására csak hosszú idő múltán van remény. A szakirodalom szerint annak ellenére, hogy a válság okainak kezelése a végső cél, rövid távon a törekeny társas kohézió, mint egyik legfontosabb testi-lelki egészségmeghatározó tényező helyreállítására van szükség, és ezáltal is elkezdődhet a társadalom és a közösségek működőképességének, egészséges mentalitásának megújítása. Nagy-britanniai és olasz példák is bizonyítják (Bruhn–Wolf 1979), hogy a hátrányos helyzetűekkel való szolidaritás hangsúlyának növekedésével, az emberi értékek társadalmi és közösségi szintű megerősítésével komoly változást lehet elérni, és a gazdasági fejlődés mutatói is javíthatók.

1. 1. Problémafelvetés

A Vajdaságban a tízéves háborús időszak lelki terheltsége, megélhetési küzdelme és halmozott stresszhelyzetei, valamint a jelenlegi gazdasági átmenet bizonytalansága – összhangban a szakirodalmi összefoglaló állításaival – nyomot hagyott a lakosság – és ezen belül a fiatalok – fizikai és lelkiállapotán. A tervek, távlatok hiánya egy társadalomban szinte lehetetlenné teszi a hosszú távú gondolkodást. A tenni nem tudás reménytelen vergődésében, háborús körülmények közt mind nehezebb (volt) olyan problémamegoldási, megküzdési formákat találni, amelyek könnyítettek volna a mindennapi élet terhein, és nem csak elviselhetőbbé tették őket.

Sokkal inkább a fizikai fennmaradásra, és ezzel együtt a mindennapi feszültségek túrésére kellett koncentrálni, mint a cselekvésre. A pszichológiai szakirodalom az ilyen kezelhetetlen helyzetekben az érzelemfókuszú (a saját bánat, keserűség gátlására, kontrolljára irányuló) megküzdést hangsúlyozza (Lazarus 1966), melynek több altípusát ismerjük: figyelemelterelés, koncentráció, relaxálás, az érzelmeik elnyomása, panaszkodás, az érzelmeik másokon való levezetése, humor, szerhasználat stb. Idővel azonban, ha a reménytelenség állapota elhúzódik, az egyén végleg passzívvá válik, feladja a változtatás reményét és korábbi világképét is, ezzel együtt pedig beláthatatlan egészségromboló folyamatok kezdődnek.

A tudatos egészségmegőrző viselkedésnek (például egészséges étkezés, rendszeres sportolás, az egészségkárosító környezet kerülése) számos szocializációs előzménye van, így jelentősen meghatározza a szocializáció és a család, egyes demográfiai változók, és az egyén életét befolyásoló aktuális társadalmi helyzet is. Különösen sérülékeny magatartásmódok együtteséről van szó, mivel a kutatások szerint a gyermekkorban tanult egészségvédő szokások nem stabilak, az egyén lelkiállapota, élethelyzete függvényében is változhatnak (Kulcsár 1998). Mindmáig nem áll rendelkezésre olyan speciális lélektani kutatási anyag, amely az egészségkép, az egészséghez való viszony társadalmi krízishelyzetben való változásának rendszerző elméleti áttekintését adná; mégis a szociológiai modellekből merítve feltételezhető, hogy a társadalmi krízis nemcsak a betegségstatisztikákra és a devianciák mutatóira, hanem az egészségmegőrző viselkedésre és az egészségképre is rányomja a bélyegét. Közvetett bizonyítékok is utalnak erre: a megküzdő, rugalmas problémakezelő viselkedés és személyiség összefüggésben áll az egészséges életmóddal, a gyenge megküzdők, tehetetlenségben élők pedig köztudomásúan gyakrabban betegszenek meg (Oláh 1993).

A pszichoaktív szerek olyan, az egészséget hosszú távon károsító anyagok csoportját jelentik, amelyek egyszerre a társasági élet tartozékai, feszültségcsökkentők, az izgalomkeresés és a jobb koncentráció lehetőségét kínálják, illetve a problémakezelésnek bizonyos élethelyzetekben elfogadott eszközei. (Rövid távon a kedvező, hosszú távon pedig a kedvezőtlen következményeik kerülnek előtérbe – éppen ezen a szálon kapcsolódnak a célok, távlatok és a megküzdési módok kérdésköréhez.) Leggyakoribb, legális formájuk a dohányzás és az alkoholfogyasztás, ám krízisben, deviáns értékrendet képviselő (a bűnözést, a rendőri terrort intézményesítő) társadalomban szerephez jut a drog, valamint a további devianciák terjedése is a szociális dezintegráció és az anómiás, értékvesztett környezet hatására (Walberg 1998). Ha nincs lehetőség a gondokból való kilábalásra, és ha az egyén munkaköre vagy élethelyzete nem tesz lehetővé intellektuálisabb problémamegoldást, leggyorsabb a saját egészséget romboló, mégis megkönnyebbülést lehetővé tevő anyagokat használni – ez igényli a legkisebb erőfeszítést és önkontrollt. A kezelhetetlen megpróbáltatásokat átélő egyénben eltörpül a szerek egészségre való veszélyessége, kockázata; ezzel együtt pedig a szerhasználat és más önpusztító viselkedés tömegessé válása általános társadalmi normává teszi, hogy az egészséget nem kell óvni. Az érintett már azért sem tesz az egészségéért, mert nincs előtte pozitív példa, vagy mert a világában is elterjedtek a káros szokások. Idővel a szerélvezet pszichológiai, és esetenként fizikai függőséget eredményez, ekkortól még nehezebb

lemondani róla, ilyenkor az egyén már nincs is tudatában annak, hogy folyamatosan egészsége rombolását végzi.

A társadalmi krízis a kisebbségi sorsban, többszörösen hátrányos helyzetben élőkre gyakorolt erős hatását a Vajdaságban részben az egészségvédő szokások hiányában, részben pedig az egészségkárosító deviáns magatartás rohamos terjedésében érhetjük tetten. Ricz egyedülálló kutatási összefoglalójában felhívja a figyelmet a vajdasági magyar átlagnépesség rossz egészségi állapotára, veszélyeztetettségére, rövid élettartamára, valamint az egészségmegőrzés módjairól való szélsőséges tájékozatlanságára, és hasonló eredményekről számol be vajdasági többségi mintán a Szerbiai Egészségvédelmi Intézet kutatócsoportja is (Ricz 2002, Jakovljević 1999). A jelen kutatás ezt a szálát fűzi tovább, egy speciális korosztályra, a fiatalok populációjára koncentrálva.

2. Módszer

2.1. Kutatásismertető

A 2000/2001 évben a budapesti Nemzeti Ifjúságkutató Intézet által kezdeményezett Mozaik 2001 fantázianevét, több régióra kiterjedő nemzetközi kutatás célja a határon túli magyar fiatalok társadalmi közérzetének és helyzetének, valamint életvitelének, gondolkodásmódjának megismerése volt. Az egészségi állapot szempontjából a kutatás fókuszába az egészségkárosító szokások (alkohol, drog, dohányzás), valamint a sportolás elterjedtségének vizsgálata került. Az általános szempontok elemzésén túl jelen tanulmányban célozom az egészségvédő- és károsító viselkedés demográfiai tényezőinek áttekintése és tudományos szempontú pszichológiai magyarázata, javaslatként a prevenciós munka számára.

2.2. A vizsgált minta leírása

A vizsgált minta vajdasági magyar fiatalokból áll, kor, nem és végzettség szerint reprezentatív (kvótás mintavétel), elemszáma 1017, életkor 15–29 év (lásd 1. táblázat). Három korcsoportra oszlik: 15–19, 20–24 és 25–29 évesek. A nemek aránya körülbelül azonos, a középfokú végzettség dominál. A város, kisváros, illetve falu arány szintén az 1991-es népszámlálási statisztikákhoz illeszkedik. A legtöbb vizsgálati személy alkalmazottként dolgozik, illetve tanul, a más inaktív aránya viszonylag alacsony. Meglepő demográfiai adat, hogy a családostok száma elenyésző (17%), és még kevesebben vállalnak gyermeket (13%).

Az eredmények áttekintésénél kezdetben az egészségvédő és -károsító magatartás általános elterjedtségét, majd a háttérben meghúzódó demográfiai hatásokat tanulmányozom, végül az eredmények a korábbi vizsgálatok tanulságaival való összevetése, és egyes pszichés tényezők azonosítása következik.

1. táblázat. Leíró statisztika (százalékos adatok)

Végzettség		Gazdasági aktivitás (fő tevékenység)		Családi állapot és gyermekvállalás		Korcsoport		Nem		Lakhely	
ált. iskola	39	tanuló	41	nőtlen/hajadon	80	15–19	33	férfi	51	város	40
szakmunkásk.	13	alkalmazott	35	házasságban él	17	20–24	34	nő	49	kisváros	32
szakközépipisk.	20	munkanélküli	10	élettársal él	2	25–29	33			falu	28
gimnázium	11	vállalkozó	6	elvált	1						
főiskola	10	fekete munka	2	van gyermeke	12						
egyetem	7	gazdálkodó	2	nincs gyermeke	88						
		egyéb inaktív	4								

3. Eredmények

3.1. Általános adatok

Az egészségvédő és -károsító magatartás elterjedtségét szemléltető régiónkénti adatok a 2. táblázatban olvashatók.

2. táblázat. Egészségvédő és -károsító magatartás – összehasonlító adatok

	Belső-Erdély	Felvidék	Kárpátalja	Székelyföld	Vajdaság (magyar csoport)	Vajdaság (többségi nemzeti csoport)	Magyarország
Naponta dohányzik	29%	38%	25%	37%	44%	46%	29%
Alkoholt kipróbált	70%	81%	82%	72%	93%	85%	59%
Drogot kipróbált	7%	19%	7%	3%	39%	36%	7%
Sportol (a kötelező testnevelési órán kívül)	42%	54%	42%	39%	46%	40%	nincs adat

Forrás: Mozaik 2001

Egészségvédő magatartás: a vajdasági magyar fiatalok 46%-a végez testmozgást a kötelező testnevelési órán kívül, ami a többi határon túli régiókhöz viszonyítva átlagos.

Egészségkárosító szokások: a vajdasági magyar minta 44%-a naponta, 8%-a pedig hetente legalább egy alkalommal dohányzik. Szinte valamennyi megkérdezett kipróbálta már az alkohol hatását, több mint 90%-uk vallja, hogy szokott inni. Mintegy kétötödük élt valamilyen lágy vagy kemény kábítószerrel. A kábítószer, alkohol- és drogfogyasztás számaránya meghaladja a többségi magyar és más régiókban élő kisebbségi magyar fiatalok mutatóit. Összességében az egészségmegőrzés valamennyi régió közül a Délvidéken szorul leginkább a háttérbe.

A kutatásban összehasonlítási céllal kialakított 509 fős többségi szláv fiatalokból álló minta adatait áttekintve láthatjuk, hogy a vajdasági magyar csoportnál az alkoholkipróbálás aránya jelentősen magasabb, mint a többségiekénél, míg a droghasználat és a dohányzás mutatói körülbelül megegyeznek. A vajdasági szláv meg-

kérdezettek tehát döntően ugyanolyan egészségkárosító életmódot folytatnak, mint a magyar célcsoport.

3.2. Kik sportolnak rendszeresen?

3. táblázat. A rendszeresen sportolók jellemzői (N=450, százalékos gyakoriságok, kerekített értékek)

Végzettség		Gazdasági aktivitás (fő tevékenység)		Családi állapot és gyermekvállalás		Korcsoport		Nem		Lakhely	
ált. iskola	36	dolgozik	36	egyedülálló	26	15–19	54	férfi	56	város	48
középfiskola	45	tanul	45	házasságban él	23	20–24	45	nő	41	kisváros	44
főiskola/egyetem	20	egyéb inaktív	8			25–29	38			falú	43

A rendszeresen, legalább heti 2 alkalommal sportolók számaránya városon 48, kisvárosban és falun pedig csak 44–45%. Ez érthető, mivel falun a ház körüli fizikai munka, kertészkedés stb. kielégítheti a mindennapi mozgásigényt, városon viszont eltérnek a hétköznapi tevékenységek, ugyanakkor több szervezett sportlehetőséget lehet igénybe venni. A sportolási kedv fokozatosan, de dinamikus csökken az életkor függvényében, ami részben az iskolai sportlehetőségek megszűnésének, részben pedig a megváltozott életvitelnek, például a nagyobb elhelyezkedési aránynak is betudható. A csökkenés jellemző időpontja a huszadik életév, amikor a korábbi 54%-ról 45%-ra csökken a rendszeres sportolás, a továbbiakban pedig a fiatalok újabb 7%-a mond le a mozgásról. Több egyedülálló fiatal sportol, mint ahány házasságban élő, ami arra utal, hogy a társaságtól való elszakadással, a megállapodott életvitellel, az esetleges gyermekvállalással együtt járhat a saját egészségi, mentálhigiénés állapot elhanyagolása. (Ez sajnálatosan a fejlett országokban is igen jellemző).

A fentiekkel összhangban, a sportolási kedv a tanulóknál a legnagyobb – főleg a középfokú oktatás szintjén –, őket követik az alkalmazottak. Részletesebb elemzés útján megfigyelhető, hogy míg a gimnáziumokban magasabb a sportolók aránya, mint a nem sportolóké, addig a szakközépfiskolában és más középfokú tanintézményekben a különbség a nem sportolók javára fordul és csekély; az alkalmazottaknál pedig kétszer annyian hanyagolják el a rendszeres sportot, mint ahányan azt fontosnak tartják. A háztartásbeli és eltartott fiatalok a sportolás terén is passzívak, akárcsak a társadalmi aktivitás szempontjából. Valószínű, hogy egész életüket át- szövi a tenni nem tudás, a másokra hagyatkozás.

3.3. Kik sportolnak versenyszerűen?

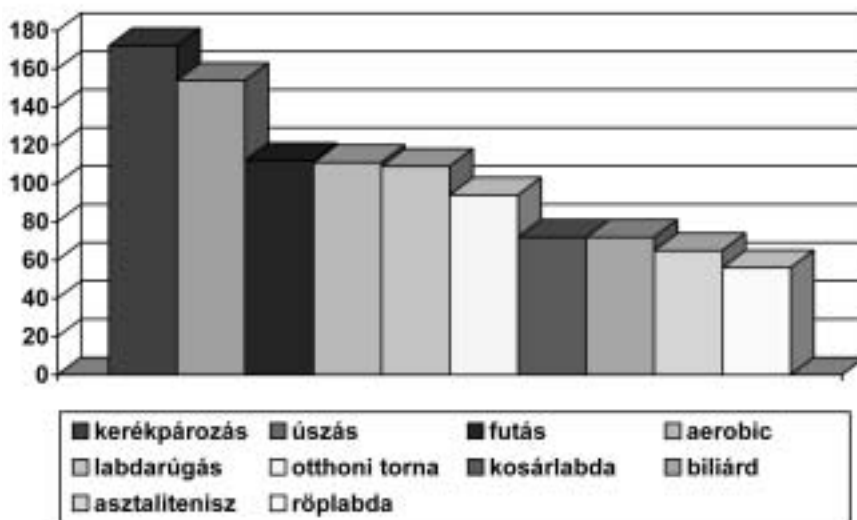
4. táblázat. A versenyszerűen sportolók jellemzői (N=75, százalékos gyakoriságok, kerekített értékek)

Végzettség		Gazdasági aktivitás (fő tevékenység)		Családi állapot és gyermekvállalás		Korcsoport		Nem		Lakhely	
ált. iskola	8	dolgozik	5	egyedülálló	9	15–19	12	férfi	10	város	6
középfiskola	7	tanul	9	házasságban él	2	20–24	6	nő	4	kisváros	7
főiskola/egyetem	7					25–29	4			falú	9

A mintában összesen 75-en sportolnak versenyszerűen. Nincs jelentősebb eltérés lakóhely szerint, tehát falun, kisvárosban és városon is megtalálják az érdeklődők a megmérettetés lehetőségét. A versenyszerű sportolás vágya a végzettségtől is viszonylag független. Aránya 15 és 19 év közt a legjelentősebb, később fokozatosan csökken, és a legidősebb vizsgált korosztálynál már elenyésző. Mindenféle versenysportnál inkább a fiúk jeleskednek. A versenysportokat űzők szinte csak az egyedülállók közül kerülnek ki, ami megerősíti, hogy párkapcsolatban élők számára a családon kívüli erős elkötelezettség nem vonzó. Szintén kevesen vannak olyanok, akik az alkalmazotti munkaviszony mellett is fenntartották a versenyszerű sportolást (21-en), valószínűleg időhiány okán.

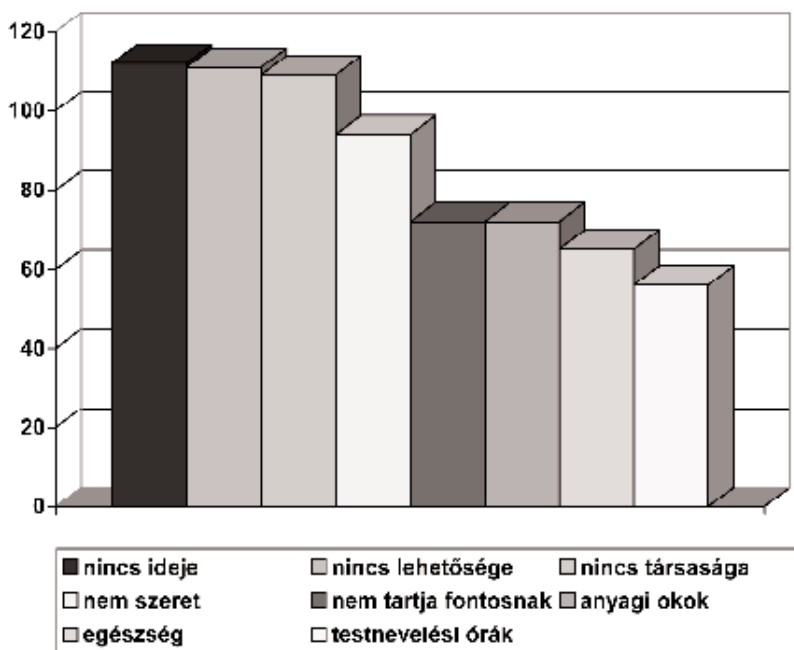
3.4. Választott sportolási formák

1. ábra A sportolási formák gyakorisága



A sportolási formák jellegét tekintve a gyakorisági rangsor élén a minta egészét tekintve a kerékpározás áll; ezt követi az úszás és a futás. Háttérbe szorulnak, bár a minta egy alcsoportjánál jellemzőek a jugoszláviai hagyományokhoz is illeszkedő csapatsportok, a futball, a kosárlabda és a röplabda. A választott sportok egy részének „magányos” jellege részben magyarázatot adhat rá, hogy a testmozgás egy idő után miért veszíti el vonzását: a társas igényeket nem elégíti ki, ezért a barátkozásra, társaságra vágyó fiatal inkább lemond róla, kényszerként, megerőltetésként vagy üres időtöltésként éli meg. A kerékpár népszerűsége minden korosztálynál általános, más felmérések adatai (Ricz 2002) pedig arra is rámutatnak, hogy a lakosság nagy része azt inkább közlekedési eszközként, nem sporteszközként használja. A munkába, iskolába vagy ismerősökhöz járás nyilvánvalóan beiktatódik a testedzés rendszeresen végzett formái közé.

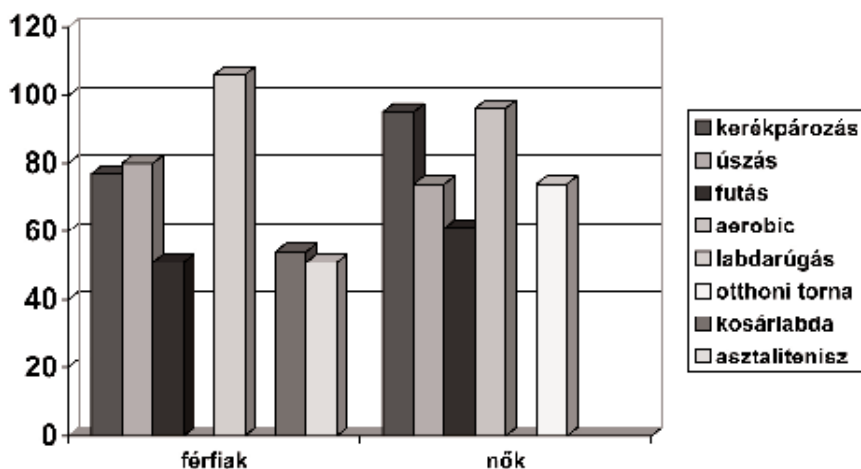
2. ábra A nem sportolás jellemző okai a teljes mintánál



A nem sportolás a legtöbb esetben külső attribúcióval (oktulatjdonítással) társul. Leggyakrabban választott indok a „nincs időm”, de élen jár még a „nincs lehetőségem” és a „nincs társaságom” is. Ezen a ponton jellemző torzításnak lehetünk tanúi. Egyszerűen rávilágít erre, hogy például a magyarországi főiskolai és egyetemi hallgatók leterheltsége többszöröse a vajdaságiakénak, és mégis számos olyan szórakozási, kulturális és sportolási tevékenységre marad idejük, amelyekben a vajdaságiak nem vesznek részt. Tény, hogy nagyon nehéz őszintén bevallani az akaraterő hiányát, illetve a sportok népszerűtlenségét a saját korosztály körében, sokkal egyszerűbb mentségeket keresni. Ezen a szemléletmódon változtatni lehetne – és kellene – egyes csapatsportok támogatásával, valamint a testmozgás általános népszerűsítésével.

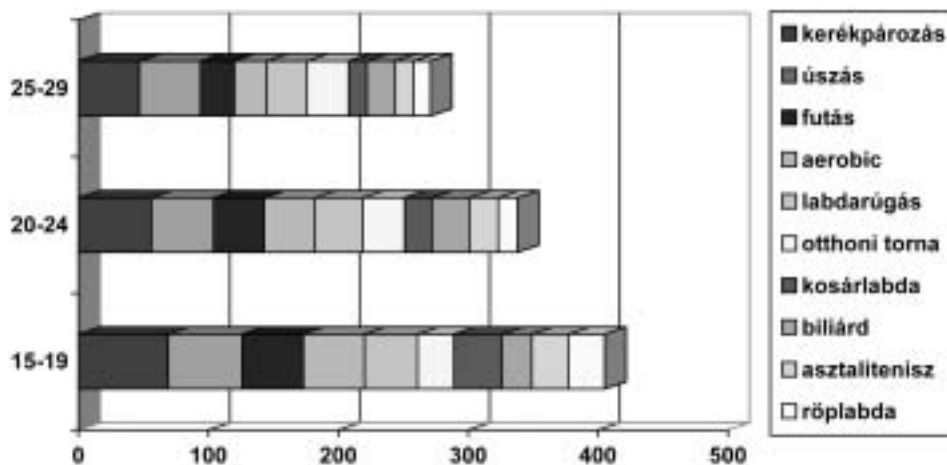
A lehetséges okok közé kínálkozik a tanult tehetetlenség is: az az egyén, aki sokáig élt kontrollálhatatlan, súlyos körülmények közt, a saját életében olyan dolgok változtatását is feladja, amelyeken könnyűszerrel úrrá tudna lenni (Seligman–Peterson 1986). Elképzelhető, hogy a fiatalok a társadalmi nehézségekkel szembeni tehetetlen elfogadása saját életükre, egészségi állapotukra is – szinte észrevétlenül – kiterjed.

3. ábra Jellemző nemi eltérések az egyes sportolási formák gyakoriságában



Jellemző nemi eltéréseknek is tanúi lehetünk. A férfiak inkább csapatjátékosok: náluk a futball a legnépszerűbb sport, csak ezt követi a kerékpározás és az úszás. A nők viszont egyáltalán nem futballoznak, náluk az aerobic és az úszás gyakori a kerékpározás mellett.

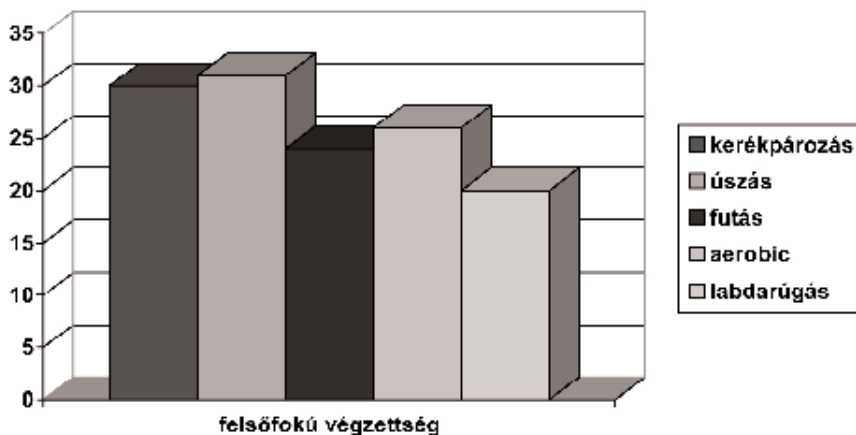
4. ábra Jellemző életkori eltérések az egyes sportolási formák gyakoriságában



Az életkorral – mint azt már a korábbiakban is említettem – minden sportág kedvelése visszaszorul (4. grafikon). Ez alól kivételt képez az úszás és az otthoni torna, amelyek népszerűsége csekély mértékben esik vissza, sőt bizonyos esetekben növekszik is. Az idősebbek, úgy tűnik, már nem szívesen mutatják meg ügyességüket a csapatjátékokban, akár úgy is érezhetik, az ő idejük lejárt, és náluk a „magányos sportok” művelése jobban elfogadott. Veszélyes ez a filozófia: hiszen a társasági sportok eltűnésével a korosztály jelentős hányada számára a sportolás létjogosultsága, fontos értelme is megkérdőjeleződik, és kimarad a jó szellemű társasági-kö-

zösségi élet egy része is. Általánosságban is nehezebb a csapat bátorítása, helyeslése, megerősítő légkörrel, egyedül kitartani a rendszeres egészségmegőrző mozgás mellett.

5. ábra A felsőfokú végzettségűek – egy keveset sportoló csoport – által preferált testedzési formák



A magasabb iskolai végzettségűek – részben azért, mert idősebbek, de más kutatások tanúsága szerint ettől függetlenül is – kevesebbet sportolnak (5. grafikon). Náluk is nyilvánvalóan megfigyelhető a szervezett sportlehetőségektől való húzódozás, idegenkedés, a magányos mozgás. A sportok iránti negatív attitűd feltehetően egyfajta speciális kultúra hiányával, torz társadalmi vélekedésekkel függhet össze, például hiányozhat az idősebbek sportolása iránti elfogadás a közösség részéről; a köznapi tapasztalatok szerint például „megszólják” az idősebb nők sportolását, a fejlettebb európai országok mentalitásával ellentétben.

3.5. Kik dohányoznak?

A minta csaknem fele (432 fő) rendszeres dohányos. Erős dohányosoknak a jelen felmérésben azokat tekintetem, akik naponta átlagosan 8 cigarettánál többet szívnak (372 fő, 5. táblázat). A napi 8 cigarettánál kevesebbet fogyasztókat rendszeres, de nem erős dohányosokként tartottam számon.

5. táblázat. Az erős dohányosok jellemzői (N=372, százalékos gyakoriságok, kerekített értékek)

Végzettség		Gazdasági aktivitás (fő tevékenység)		Családi állapot és gyermekállás		Korcsoport		Nem		Lakhely	
ált. iskola	37	dolgozik	37	egyedülálló	38	15–19	39	férfi	39	város	35
középiskola	39	tanul	43	házasságban él	32	20–24	34	nő	35	kisváros	37
főiskola/egyetem	35	egyéb inaktív	31			25–29	38			falu	40

A dohányzók közt a legtöbb fiatal – sajnálatosan – az erős dohányosok közé tartozik (Jakovljević 1999). Csoportjuk a teljes, 1017 főből álló minta több mint egyharmadát teszi ki, és jóval kevesebben (60-an) szívnek kisebb mennyiséget. A többségi szláv fiataloknál a dohányzás aránya a vajdasági magyar fiatalokéval nagyjából megegyezik (509-ből 194 fő erős, 33 fő pedig rendszeres, de nem erős dohányos), ez arra utal, hogy a társadalom egészében igen elterjedt a káros szokás.

A dohányzás egyaránt jellemző városon, falun és kisvárosban, a megkérdezettek a falvakban mégis valamivel rendszeresebben gyűjtanak rá. Az iskolai végzettségnek sincs jelentős hatása, mindhárom csoport 35–39%-a erősen, sokat dohányzik. A cigarettázási arányok minden korcsoportnál egyaránt magasak, és ebből arra következtethetünk, hogy a rászokás már a tizenötödik életév után elkezdődik, és a fogyasztás ettől kezdve számottevően nem is csökken. Pozitívan értékelhető, hogy intenzitása a népesség egy kisebb alcsoportjánál az idő múlásával nem fokozódik, így a rendszeres, de nem erős cigarettázók hányada viszonylag állandó marad.

A rizikócsoportban a férfiak valamivel többen vannak (férfiak: 241, nők: 191 fő), ez az eltérés azonban viszonylag kicsi. Figyelemre méltó, hogy a nőtlen/hajadon csoportnál igen kedvezőtlen a helyzet, ez arra utal, hogy a dohányzás főleg a szórakozóhelyek és a társasági élet velejárója, és családi körülmények közt, megállapodott fiataloknál valamivel kevésbé figyelhető meg. Legtöbb az erős és rendszeres dohányos az egyetemi hallgatók közt és az alkalmazottaknál, feltehetően a szórakozás már említett hatása mellett a munkahelyi stressz, az „élet sűrűjével” való szembesülés is hozzájárul ahhoz, hogy a feszültségcsökkentést ezen az úton valósítsák meg a fiatalok. Figyelemre méltó adat, hogy náluk sokkal jobban vigyáznak egészségükre a vállalkozóként vagy családi vállalkozásban dolgozó fiatalok (akik a minta 6%-át alkotják), csak kevesen élvezik a dohányt.

3.6. Kik a rendszeres alkoholfogyasztók?

Jelen felmérésben azokat tekintetem rendszeres alkoholfogyasztóknak, akik hetente legalább három vagy több alkalommal fogyasztottak bort, sört vagy tömény italt. A teljes vajdasági magyar fiatal minta valamivel kevesebb, mint negyede (1017 fő közül 212) került ebbe a csoportba, hasonlóan a vajdasági többségi nemzeti fiatalok számarányához (509 főből 122). Az adatok a 6. táblázatban olvashatók.

6. táblázat. A rendszeres alkoholfogyasztók jellemzői (N=212, százalékos gyakoriságok, kerekített értékek)

Végzettség		Gazdasági aktivitás (fő tevékenység)		Családi állapot és gyermekvállalás		Korcsoport		Nem		Lakhely	
ált. iskola	23	dolgozik	24	egyedülálló	21	15–19	18	férfi	35	város	19
középiskola	20	tanul	17	házasságban él	17	20–24	23	nő	6	kisváros	19
főiskola/egyetem	16	egyéb inaktív	8			25–29	22			falu	26

A kisvárosban és városban lakók valamivel – de nem számottevően – kevesebb szeszt fogyasztanak, mint a falusiak. A rendszeres alkoholfogyasztás a magasabb iskolai végzettséggel csökken: az általános iskolát befejezetteknél 23%, a középfo-

kü végzettségűeknél 20%, míg a felsőfokú végzettséget szerzettekénél összesen 16%. Ez azt jelenti, hogy a műveltség, a jobb karrierlehetőségek és az iskolai végzettség elérésével járó erőfeszítések és elfoglaltságok úgymond „leszoktatnak” a stressz italozással való csökkentéséről; más alternatívákat hoznak az egyén életébe. A 16–19 évesek közt kevesebb (de nem kevés) a rendszeres alkoholfogyasztó, 20 év után a számuk növekszik, később enyhén csökken.

A férfiak és nők aránya 6:1-hez, ami arra utal, hogy a rendszeres alkoholizálás társadalmi elfogadottsága a két nemnél nem egyforma. Az érintett csoportban igen sok az egyedülálló, de aggodalomra ad okot, hogy a házások, együtt élők köréből is mintegy 30 fő rendszeres fogyasztó. Az italozó alkalmazottak aránya a teljes mintában mért alkalmazottsághoz képest magas; az alkoholizáló vállalkozók vagy családi vállalkozásban tevékenykedők viszont kevesen vannak. Valószínűleg azok, akik alacsony iskolai végzettséggel, viszonylag korai életkorban, kemény feltételek mellett állnak munkába, nehezebben birkóznak meg a társadalmi nehézségekkel, mint azok, akik szakmailag, illetve munkafeltételek szempontjából előnyösebb helyzetben kezdik pályájukat.

3.7. Kik próbálják ki a drogot?

A felmérésben arra is választ kerestem, hogy milyen demográfiai háttérű fiatalok próbálják ki valószínűbben a kábítószerket (lásd 7. táblázat).

7. táblázat. A drogot kipróbálók jellemzői (N=393, százalékos gyakoriságok, kerekített értékek)

Végzettség		Gazdasági aktivitás (fő tevékenység)		Családi állapot és gyermekvállalás		Korcsoport		Nem		Lakhely	
ált. iskola	37	dolgozik	35	egyedülálló	42	15–19	40	férfi	50	város	47
középiskola	44	tanul	43	házasságban él	22	20–24	42	nő	29	kisváros	38
főiskola/egyetem	29	egyéb inaktív	8			25–29	35			falu	29

Az adatokból kiviláglik, hogy a drogot kipróbálók aránya a család méretével csökken. A nagycsaládosok, illetve a több testvérükkel és szüleikkel egy háztartásban élők közül kevesebben kísérleteznek vele, az egyedüli gyermekként szüleikkel lakók közül viszont többen. A nagyobb család minden bizonnyal erősebb biztonságot nyújt, az élet megszervezése nagyobb erőfeszítést és egymásra figyelést követel, a „többen vagyunk” érzése az emberi kapcsolatokban való hitet és bizalmat erősíti, a testvérkapcsolatok pedig a konfliktusmegoldás a hétköznapiakban is hatékony mintáit sajátíthatják el a fiatalokkal. Szintén jellemző lehet, hogy csak megfelelő lelki erővel, hittel és személyiségjellemzőkkel felvértezett szülők vállaltak több gyermeket, és pozitív hozzáállásuknak, törekvésüknek a nagy család fennmaradásán kívül a fokozott családi harmónia is az egyik pozitív eredménye lehet. Vizsgálatunk azt is kimutatta, hogy a pszichológiai szakirodalom értelmében stresszterheesebb család-szerkezetnél (pl. egyedül élők, egyszülős családban élők, házasságban, de többgenerációs családban élők) szintén gyakoribb a droghasználat.

A szerfogyasztás egyértelműen összefügg a társasági élettel, és azzal, hogy a fiatalok nagy része – még – nem találta meg a helyét a világban; a házasságban élők esetében aránya mindössze 22%, az egyedülállók 42%-ával szemben. Az élettársi kapcsolat ilyen értelemben kevésbé nyújt biztonságot: a drogkipróbálás mutatója 38%-ot tesz ki.

Az alkohol esetében látott összefüggések egyikének pontosan a fordítottja érvényesül. A már dolgozóknak csak 35, a tanulók egyes csoportjainak pedig ennél nagyobb százaléka szedett drogot. A munkavállalás felelőssége ilyen értelemben rizikócsökkentő lehet, megakadályozza a szerekkel való kísérletezést, a munkaviszonyban álló fiatalok már úgymond révből vannak, leköti őket a munkájuk. Legveszélyeztetettebbek a főiskolások (fele részük kipróbálta a drogot), és az egyetemi hallgatók (43%-uk került kapcsolatba a szerekkel). A kábítószer-fogyasztás is korán kezdődik, a kipróbálási arány a gimnáziumban és a szakközépiskolában már 42–43%. Kevésbé elterjedt viszont a családdal együtt dolgozóknál (családi gazdaság, vállalkozás), valamint az igen magas iskolai végzettségűeknél (PhD, specializáció). A fekete munkából élőknel – meglepő módon – kiugróan magas, 62%-os gyakoriságot mutathatunk ki.

A városi térségekben élőknek 47%-a a kisvárosban élőknek jelentősen kevesebb, és a falun élőknek viszont csak 29%-a kereste a kábulat lehetőségét. A legidősebb, 25–29 éves korosztály – akik még a háború előtti „szebb időkről” is őriznek emlékeket – a drogokkal kevésbé találkozott, mint a fiatalabbak. Valószínűleg a Milosevics-rezsim előtti időkben a devianciák, a menekülés helyett több más vonzó cselekvési alternatívát is kialakítottak mindennapi gondjaik feloldására, és serdülőkoruk legalább egy részében reális távlatokat láttak maguk előtt. Náluk „csak” 35%-os a próbálkozási arány, míg a 16–20 éveseknél ennél számottevően magasabb, meghaladja a 40%-ot.

A középfokú végzettségűek csoportjának 44%-a, az általános iskolát végzetteknek 37%-a, míg a felsőfokú végzettségűeknek mindössze 29%-a kábítószereszt. (Megjegyzendő, hogy ez az eredmény nyilván nem független az életkortól.) Alacsony iskolai végzettségnél elsősorban a mindennapos munkahelyi elfoglaltság, a kenyérkeresés, megélhetés kényszere, a felsőfokú végzettségnél pedig a tájékozottság, felvilágosultság csökkentheti a drog vonzását.

3.8. Kik a „kemény” drogok fogyasztói?

A jelen vizsgálatban „kemény” drognak tekintetem a súlyos függőséget okozó kémiai anyagokat (pl. heroin, egyéb opiátok) valamint a szerves oldószereket. A vizsgált mintában összesen 42-en fogyasztják vagy fogyasztották őket. Csoportjukra jellemző, hogy többségben vannak a férfiak (32-en), a tanulók száma 18, 14-en pedig alkalmazottak. Viszonylag sokan (heten) vágta bele közülük fekete munkába, így az eredmény ismételtén megerősíti, hogy a társadalom szempontjából káros, deviáns magatartási formák sok esetben együtt fordulnak elő. A többség alacsony iskolai végzettségű (20 általános iskolát és 21 középiskolát befejezett válaszadó), az egyes korcsoportok aránya kiegyenlített, és a fogyasztók többsége egyedülálló.

A szakirodalom alapján feltételezhető volt, hogy a valláshoz való kötődés csökkenti a kábítószereszt szedésének valószínűségét. Az eredmények azonban semmi el-

térést sem jeleztek a magukat hívőnek és nem hívőnek mondó fiatalok keménydrog-mutatói közt. A 42 fős csoport többsége a maga módján vallásosnak vélte magát.

Azt is megvizsgáltam, hogy ebben az alcsoportban megfigyelhetők-e értékrendi különbségek a droghoz nem nyúlókhoz vagy a csak könnyű drogot fogyasztókhoz viszonyítva. Az eredmények tanúsítják, hogy a kemény drogot nem használók szinte valamennyi társas közegehez szignifikánsan jobban ragaszkodnak; így például fontosabbnak vélik családjukat, barátait, a szerelmet és nemzetüket is ($p < 0,01$); a fogyasztóknál viszont csak a hatalom mint érték jut fontosabb szerephez ($p < 0,01$). Mindez vagy arra enged következtetni, hogy a deviáns csoport eleve rosszabb családi és társas körülmények közt él, és így nehezebben tud kötődni másokhoz, vagy éppen a kábítószer-használat következtében szakad el a környezetében jelentős személyektől. Mivel azonban az alcsoportnál a nem társas értékek fontossága is tendenciaszerűen csökken, úgy vélhetjük, hogy általános kilátástalanság és értékhiány húzódhat meg a függést okozó drogokhoz való menekülés hátterében.

3.9. Lelkiállapot, hit és deviáns magatartási formák

A pszichológiai szakirodalom nyomán okkal feltételezhető, hogy az erős szubjektív lelki terheltség rendszeresebb alkoholizálást, droghasználatot és dohányzást valószínűsít. Mintámban ezt a feltételezést is megvizsgáltam. A saját étellel való elégedettség mértékét, valamint a személyes célok megvalósulásával kapcsolatos optimizmust és pesszimizmust vettem össze a – többféle – szerhasználat gyakoriságával. Az eredmények szerint az életükkel elégedett fiatalok több szempontból is egészségesebben élnek, mint elégedetlen társaik. Tendenciaszerűen ($p < 0,10$) kisebb valószínűséggel nyúlnak kábítószerhez, ritkábban ($p < 0,10$) és akkor sokkal kevesebbet ($p < 0,001$) dohányoznak, kisebb köztük a rendszeres sörfogyasztók ($p < 0,001$) száma és erősen szignifikáns összefüggés ($p < 0,003$) erősíti meg, hogy szívesebben sportolnak és tornáznak.

Az a feltevésem, hogy a saját célok megvalósulása iránti pozitív elvárás kivédi az egészségkárosító viselkedést, nem igazolódott. Magyarázatot kínál erre az a tudományos megfigyelés, miszerint az egészség védelme iránt kevésbé elkötelezett, az egészséget mint értéket elhanyagoló társadalomban az egyén inkább a szerencsének, a véletlennek tulajdonítja saját kedvező vagy kedvezőtlen fizikai közérzetét. Ha van is pozitív elvárása a jövő iránt, alaptalanul remél jobbat a sorsától, saját erejére és reális lehetőségeire nem nagyon alapoz (külső attribúció). Ez az irreális, passzív optimizmus véleményem szerint sok szempontból erősen jellemzi a Vajdaság lakosságát. A sporttal kapcsolatos, korábban már bemutatott külső oktatás iránt is erre utal.

A drog kipróbálása ellen mind az egyházhoz tartozás, mind pedig a hit védelmet nyújt. A magukat egyházhoz tartozóknak vallók a khi-négyzet próba eredménye szerint általában kevésbé nyúlnak illegális szerekhez ($p < 0,01$), de még ennél is erősebb összefüggés mutatható ki az Istenben vagy egy felső hatalomban való tényleges hit és a drog elutasítása között ($p < 0,001$, ugyanez viszont a kemény drogok alcsoportjára nem vonatkoztatható, lásd az előbbi részben). Valamivel kisebb, mégis számottevő hatást láthatunk a testmozgás esetében: a hívó fiatalok szívesebben sportolnak ($p < 0,10$). Szintén tendenciaszerű kapcsolatot vehetünk észre a hit és a

dohányzás között: a hívó fiatalok közt sokkal több a dohányt teljesen elutasító személy, mint a nem hívók között ($p < 0,10$). Megjegyzendő azonban, hogy a statisztikai szignifikanciaszinten túl a vallásos és hívó fiatalok közt is számosan használnak drogot, dohányoznak, illetve nem sportolnak rendszeresen.

3.10. Összehasonlítás a korábbi vizsgálatok eredményeivel

A vajdasági magyar lakosság egészségi állapotát feltérképező korábbi vizsgálatok egy része a teljes magyar lakosság reprezentatív mintáján készült (Riczy 2002); más kutatások a vegyes nemzetiségű össznépeesség, illetve ezen belül a fiatalok problémáit tanulmányozták (vajdasági Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, 1999). A korábbi adatokkal való összevetés rávilágíthat a vajdasági magyar fiatalság speciális problémáira, és felderítheti a korcsoportok, valamint a kulturális csoportok szerinti eltéréseket (8. táblázat).

8. táblázat. Összehasonlítás az egészségi állapot korábbi vajdasági vizsgálatainak eredményeivel (százalékos gyakoriságok)

	Vajdasági magyar fiatalok	Vajdasági magyar felnőtt átlagnépeesség (Societas pro Familia felmérés)	Észak-bácskai fiatal vegyes népeesség (szabadkai Nemzeti Egészségvédelmi Intézet)
Naponta dohányzik	44	45	38 (15–18 év)
Alkoholt kipróbált	93	92	48 (<18 év)
Drogot kipróbált	39	<i>nincs adat</i>	4 (<18 év)
Sportol (a kötelező testnevelési órán kívül)	46	25	<i>nincs adat</i>

A napi rendszerességgel dohányzók aránya a saját vizsgálatunkban részben megegyezett a korábbi eredményekkel: például a teljes magyar lakosságra jellemző dohányzási mutató 44,7%, az erős dohányzás gyakorisága 49,1%. A fiatal, 18 év alatti átlagnépeességre készített statisztikákból az is kiderül, hogy a naponta dohányzók száma 18 éves kor után ugrásszerűen emelkedik, sőt kimutatható, hogy a vajdasági magyar fiatalok dohányzási aránya magasabb, mint az észak-bácskai fiataloké általában (44% vs. 37%).

A korábbi magyar mintákon készült vizsgálatok eredményeihez hasonlóan alakul az alkoholkipróbálás is (92,2%), noha más tanulmányokban a rendszeres alkoholfogyasztás operacionalizálása eltérően történt. A szakirodalomból (Riczy 2002) kiderül, hogy a kérdezettek az alkoholtól elsősorban szorongás- és feszültségoldó, nyugtató hatást várnak, téves vélekedésként él viszont a szesz gyógyító ereje, igen kevesen ismerik el, hogy az káros lenne az egészségre.

Az alkohol kipróbálása a 18 év alatti vegyes átlagnépeességnél csak 48%-os. Ez arra enged következtetni, hogy az általunk vizsgált csoport részint szívesebben iszik az átlagnépeességhez képest, részint pedig a fogyasztás ugrásszerűen emelkedik a

18. életév után, végleges arányát a fiatal felnőttkor végére, a 29. életév környékére érve el. (Az antialkoholisták aránya a 29. életév után állandó marad.)

A korábbi felmérések a drog kipróbálásáról kevés összehasonlítható adatot ismertettek. A vegyes fiatal átlagnépességnél végzett felmérésnél a megkérdezettek összesen 4%-a válaszolta, hogy drogot használt. Amellett, hogy a nagy különbség miatt van ok kételkedni a korábbi vizsgálat optimális körülményeiben és metodikájában, a Mozaik 2001 eredményei a vajdasági magyar fiatalságra nézve igen kedvezőtlenek.

Nem állnak rendelkezésre összehasonlítható adatok az észak-bácskai átlagnépesség és a vegyes nemzeti hovatartozású fiatalok tanórán kívüli sportolásáról sem. A vajdasági magyar felnőtt népességnél végzett felmérés szerint viszont a fiatal felnőttkor elmúltával a minta csupán 25%-a marad meg a rendszeres sport mellett. Ezt a kritikus eredményt valamennyire mérsékli az a tény, hogy a válaszadók 96%-a használ kerékpárt, 78%-uk rendszeresen jár kerékpáron a munkába vagy az iskolába, illetve hosszabb távokat gyalogol.

4. Konklúziók

A kutatás eredményei egyértelművé teszik, hogy a vajdasági magyar fiatalok jelenlegi egészségi állapota számos hosszú távú veszélyt vetít előre; az önkárosító magatartási formák stressz csökkentésére való alkalmazása társadalmi méretű probléma. Az egészségvédő viselkedés és a sport kevésbé elterjedt, az életkor előrehaladásával egyre értéktelenedik, a közösség közömbösen vagy negatívan viszonyul hozzá.

A demográfiai faktorok hatása egyértelmű; a biztonságot nyújtó családi háttér és a magasabb végzettség, valamint a vállalkozásban meglátott karrierlehetőség egyaránt védelmet nyújt egyes káros szenvedélyekkel szemben. A baráti közösségek és a szórakozási lehetőségek a szereket elfogadottabbá, „divatosabbá”, megszokottabbá teszik a fiatalok világában. Bármilyen furcsa, ebben az értelemben még „egészséges” is lehet a származási családtól való függés, amelyet a vajdasági magyar fiatalok egy jelentős részénél tapasztalhatunk. Ezzel szemben viszont a közösségi élet bizonyos sportokra nagyobb lehetőséget ad. A csapatsportok a fiatal felnőttkor beköszöntével szinte teljesen eltűnnek az egyén világából; ez is csökkenti a testedzés vonzását. A kis közösség pozitív hatása, hogy a falvakban lakók életét némileg kevésbé terheli a kábítószerek, és rendszeresebb a mezőn, kertben végzett fizikai aktivitás – annak ellenére, hogy a sportok más formái nem népszerűbbek; elterjedtebbek viszont a „legális” szerek, mint például az alkohol és a dohányzás. Az előzőkre alapozva a közösségi életet, a kis közösségek építését és a tartalmas programok szervezését akár a prevenció egyik jelentős módjaként is javasolhatnánk; ezzel együtt azonban elengedhetetlen a szemléletformálás és az egészségcentrikus értékrend kiépítése, a sport népszerűsítése és állami-közösségi támogatása is. A felvilágosító munkát, az életmód alakítását falun és városon más hangsúllyal, más célokat szem előtt tartva célszerű végezni, a különösen veszélyeztetett célcsoportok szem előtt tartásával.

Az egészséges életmód propagálásának modern formái a Vajdaságban már hosszabb ideje háttérbe szorulnak, hiszen a nincstelenség állapotában amolyan

„elit” szükségletnek számítanak. Ennek azonban nem kell szükségszerűen így folytatódnia addig a beláthatatlanul távoli időpontig, ameddig Szerbia–Montenegró el nem éri a fejlett államok gazdasági színvonalát. A jó egészség nem elsősorban az anyagiakon, hanem az egyéni és közösségi létezésen, életfilozófián, hiten múlik. Számos olyan pedagógiai és medikális módszer létezik, amely segíthet a korszerű egészségnevelésben (pl. mentálhigiénés programok, foglalkozások osztályfőnöki órákon, általános és középiskolai, valamint felsőoktatási egészségnevelési rendezvények, sportversenyek, egészségvédelmi szórólapok és írások, kezdeményező, lelkiismeretes szakemberek által végzett szűrések, népszerűsítő előadások). Óvatosságra azonban a különösen sérülékeny, sok tekintetben egyedi módon problémás fiatal korosztálynál nagy szükség van, mert a jelenleg még kevés helyen létező programok hatékonysága azon is múlik, hogy azok üzenete mennyire „fiatalos”, mennyire tud a szakember, a tanár megszólalni a fiatalok nyelvén és empatizálni velük, el tud-e vonatkoztatni a saját elképzeléseitől, modellként tud-e működni. Tanulmányom is bemutatja, hogy a mentálhigiénés programoknál nemcsak a szűkebb egészségnevelési cél megvalósítása a lényeges, az információk átadása mellett ki kell(ene) elégíteniük a fiatalok társasági igényét, a közösséghez tartozás vágyát is. Ezen a kulcstényezőn az eredmények szerint igen sok múlik: a fiatalok kortársaik, családjuk, tanáraik és a közösség hatására tanulnak meg egészségesen élni, vagy feszültségeik elől tartósan a szerfogyasztásba menekülni. A szervezett egészségvédő és prevenciós programok, az egészség jelentőségének társadalmi szintű kommunikációja létkérdés a közösség fizikai és mentális állapota szempontjából.

A tízéves háborús időszak elmúltával csak részben mérséklődött gazdasági krízis várhatóan rövid idő alatt nem fog megszűnni, ezért az egészségkárosítás formájában levezetett feszültségek eltűnésére sokat kell még várni. Ezzel együtt azonban észrevehető, hogy a felsőfokú végzettséget szerzettek, az önmegvalósítást családi élet vagy vállalkozás formájában elérők, a származási családjuktól biztonságot hozók, a hívó és a közösségi értékeket magukénak valló fiatalok bizonyos tekintetben jobban vigyáznak testi-lelki egészségük megővésére – ez pedig arra utal, hogy sok múlik a személyiség általános stresszkezelési stílusán, ellenálló képességén. A pszichológiai támogatás, a tanácsadói hálózat megszervezése megalapozhatja az egészséges életet, hiszen a személyiséget erősíti és teszi ellenállóbbá. A karrier-tanácsadás, a családi élet és általában a családalapítás támogatása, az önismeret fejlesztése mind-mind olyan módszer, amely az egyéni szintet fejlesztve járul hozzá az egészséges társadalom megszilárdulásához. A mentálhigiénés programok mellett tehát szervezett pszichológiai foglalkozásokkal is igen jelentős eredményt lehetne elérni. Minderre a legkorábbi életkortól lenne szükség, hogy a gyermekek által felismert családi és társadalmi problémák, feszültségek feldolgozása már kezdetől se a menekülés útján történjen.

A drogkérdés súlyos veszély, amely ellen a pedagógusok prevenciós programokkal, a politika jogalkotással, a rendőrség pedig kizárólag erőteljes fellépéssel tudna védekezni – mindennek pedig összefogásban, szervezeten kellene megvalósulnia.

A drog rohamos terjedése elsősorban a legfiatalabbakat, a 15–19 év közöttieket érinti, akik már ilyen korai életkorban is jelentős arányban próbálják ki. Sérülékenységük okát jelen szerző elsősorban abban látja, hogy ez az a korosztály, amelyre a drogkereskedelemből élők leginkább szervezett erőfeszítései irányulnak, a ke-

reskedők hosszú távon is fogyasztókká szeretnék tenni őket; és ez az a korosztály is, amely gyakorlatilag szocializálódásának, öntudatra ébredésének szinte teljes idejét súlyos gazdasági és társadalmi problémák közt töltötte. Mindez egy olyan közösségben történt, ahol a kábítószer-kereskedést évekig maga a korrumpált, illegális szervezetekkel összefonódott rendőrség is elnézte (pl. a diszkók felügyelete során szemet hunyt fölötte), sőt a fogyasztást esetenként gerjesztette is. Ide kívánkozik még egy gondolat: külön kutatást érdemelne, hogy ezeknek a fiataloknak a szülei közül hányan fogyasztanak szert.

A középső, 20–24 éves korcsoport szintén igen érintett. Az a tény, hogy közülük a tanulók kerülnek a kábítószer-kereskedelem látókörébe, utal rá, hogy az ifjúsági szervezetek, a hallgatócsoportok és a főiskolai, egyetemi tanárok is sokat tehetnének azért, hogy a fiatalság szabadidőben felgyülemelő felesleges energiájának a társadalom szempontjából pozitívabb levezetési utat találjanak; például kulturális programok, sportolási és kirándulási lehetőségek szervezésével, pozitív személyes példák felmutatásával, értékteremtő rendezvényekkel. A 20–24 éves korosztály tagjainak is nagy szüksége lenne önismereti foglalkozásokra, hiszen a háborús időszak kamaszkoruk legkritikusabb részét terhelte meg, akadályozva a szülőktől való eltávolodás vagy a szülőkkel való későbbi azonosulás természetes folyamatát, az értékek átvételét, belsővé tételét.

Nemzetközi összehasonlításban az eredmények igazolják, hogy a hosszan tartó társadalmi krízisnek kihatása van az egészség megőrzésének szándékára, sőt a társadalmi feszültségek akár tartóssá is tehetik az egyes önpusztító viselkedési szokások jelenlétét. A Vajdaságban a romboló társadalmi környezet hatása egyaránt érintette a kisebbségi és többségi népességet; vannak azonban arra utaló jelek, hogy a kisebbségiek terheltsége bizonyos szempontból különösen erős, és ezen belül a fiatalabb korosztályt súlyosabban érintik a megpróbáltatások, mint az idősebbeket. Biztató kiindulópont a jövődől kutatások számára egy olyan témának a további vizsgálata, amelyet már a jelen kutatás is megközelített: Kik azok a fiatalok, akik szívósabbak? Milyen rejtett tartalékokat használ, hogyan győzi le a kilátástalanság érzését az, aki családot alapít, gyermeket vállal, aktív munkavégzésre képes? Miféle szívóosság, küzdőképesség az, amely napról napra, akár a társadalom domináns, romboló erővel szemben is működtethető? És mindezt hogyan befolyásolja a baráti és szülőföldi közösség, a család, a hit?

A jelen eredmények a kutatások további céljaként tehát az okfeltárást, a mélyeségi megértést jelölik ki; a prevenció keretében pedig a hagyományos felvilágosításon és informáláson kívül a közösségformálás, az egyéni és csoportos tanácsadás, a pszichológiai foglalkozások jelentőségét, valamint az értelmes munka és tanulás lehetőségének megteremtését és értékének visszaállítását hangsúlyozzák.

Felhasznált irodalom

- Berkman, L.F.–Syme, S.L.: Social networks host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 1979, 186–204. p.
- Browning, C. R.: The span of collective efficacy: Extending social disorganization theory to partner violence. *Journal of Marriage and the Family* 64., 2002, 833–850. p.

- Bruhn, J.G.–Wolf, S.: *The Roseto story*. University of Oklahoma Press, 1979.
- Durkheim, E.: *Le suicide*. Étude sociologique. Paris, Alcan, 1897.
- Jakovljević, Đ. és mtsai.: *Zdravstveno stanje stanovništva, zdravstvene potrebe is korišćenje zdravstvene zaštite*. Institut za Zaštitu Zdravlja Srbije, Zavod za Zaštitu Zdravlja Subotica, 1999.
- Kawachi, I. és mtsai.: A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the US. *Journal of Epidemiology and Community Health* 50., 1996, 245–251. p.
- Kawachi, I.–Kennedy, B.P.: Health and social cohesion: Why care about income inequality? *British Medical Journal*, 1997, 1037–1040. p.
- Kopp–Skrabski–Szedmák: A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában. In: *Magyarország az ezredfordulón*. Szerk.: Glatz Ferenc, Budapest, MTA, 1998.
- Kornhauser, R.R.: *Social sources of delinquency*. Chicago, University of Chicago Press, 1978.
- Kulcsár Zs.: *Egészségpszichológia*. Budapest, ELTE–Eötvös Kiadó, 1998.
- Lazarus, R.S.: *Psychological stress and the coping process*. New York, McGraw-Hill, 1966.
- Oláh A.: *Szorogás, megküzdés és megküzdési potenciál*. Kandidátusi értekezés. Budapest, ELTE, 1993.
- Putnam, R.D. (1993): *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton, Princeton University Press, 1993.
- Ricz Gy.: *Egészség-szociológiai felmérés a délvideki magyarság egészségügyi állapotáról*. Kézirat. Societas Pro Familia Egészségügyi Program, 2002.
- Sampson, R.J.: The embeddedness of child and adolescent development: A community-level perspective on urban violence. In: McCord, J. (ed.): *Violence and childhood in the inner city*. 1997, 31–77. p.
- Seligman, M.E.P.–Peterson, C.: A learned helplessness perspective on childhood depression: theory and research. In: Rutter M.–Izard, C.E.–Read, P.B. (eds.): *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*. New York, Guilford, 1986.
- Shaw, C. R.–McKay, H. D.: *Juvenile delinquency and urban areas*. Chicago, University of Chicago Press, 1969.
- Tumin, M.M.(1953): Some principles of stratification: a critical analysis *American Sociological Review* 18., 1953, 387–394. p.
- Walberg, P. és mtsai (1998): Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *British Medical Journal* (7154), 1998, 312–318. p.
- Wilkinson, R.G.: *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London, Routledge, 1996.
- Wilson, W.J.: *The truly disadvantaged: The inner city, the underclass, and public policy*. Chicago, University of Chicago Press, 1987.
- Zelen, B. (szerk.): *Zdravstvena zaštita stanovništva*, Zavod za Zaštitu Zdravlja Subotica, 1999.

Zsuzsanna T. Mirnics:

Health-protective and Health-damaging Practices of the Voivode Hungarian Youth

From the research results it is evident that the recent health condition of voivode Hungarian youth can cause many long-term dangers in the future; forms of self-damaging behavior used as stress reducers is a problem of the society. Health-protective behavior and sporting is less general, in case of older people it has less value, people have indifferent and negative attitude to it.

The impact of demographic factors is evident; family background, higher education, and career opportunity of making business that give security and protection against damaging addictions. Friends and entertainment opportunities make drugs in the world of the youth more accepted, "more fashionable", more usual.

The modern forms of healthy lifestyle propaganda in the Voivode have been pushed into the background for a long time, since they are considered "elite" in the state of poverty. Good health condition depends not mainly on finances, but on individual and communal view of life, life philosophy, and belief.

After the ten-year war period the economic crisis, that have been reduced only partially, will presumably not stop in a short time, therefore the disappearance of pressures vented in forms of health-damaging can not be expected in a short time. Rapid spreading of drugs effects mainly very young people, between 15 and 19 years of age, who try drugs at such young age. The age group from 20 to 24 is also effected. The fact that from them the students are the aims of drug dealing, shows that youth organizations, groups of students, university and college teachers can do a lot for changing the situation.

Recent results set further research goals as reason exploration and understanding; and within the framework of prevention they stress traditional information giving, community forming, individual and group advisory, the importance of psychological activities, and the creation of the opportunity of meaningful work and study and the restoration of their values.