

Nyírádi Adrienn (Szerk.)

A Drogfogyasztás nemzetközi indikátorai Szöveggyűjtemény

“A szociálpolitikus és szociális munkás képzés megújítása az ELTE és a BCE együttműködésében (SZOCMEG)” című, TÁMOP 4.1.2-08/2/A/KMR-2009-0043 számú projekt megvalósítása során készített tananyagok elektronikus publikációja.

A drogfogyasztás nemzetközi indikátorai

Szöveggyűjtemény

Nyírády Adrienn

A drogfogyasztás nemzetközi indikátorai: Szöveggyűjtemény

Nyírády Adrienn

Szerkesztette: Nyírády Adrienn

Lektorálta: Elekes Zsuzsanna

A kiadvány az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg, a TAMOP-4.1.2-08/2/A/KMR-0043 "A szociálpolitikus és szociális munkás képzés megújítása az ELTE és a BCE együttműködésében (SZOCMEG)" projekt keretében

Tartalom

1. Adatból indikátor	1
Mitől indikátor?	1
Indikátorok a drogepidemiológiában	2
Az indikátorok szerepe a stratégia-alkotásban	4
Drogepidemiológia Európában: a gyökerek	4
Korai példák	4
Az európai együttműködés kezdetei	5
Európai eredmények az 1980-as években	5
Pompidou Csoport	6
Módszertani korlátok	7
2. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás becslése	9
Definíciók	9
Az alkoholfogyasztás kiszámításához használt adatforrások	10
Az egy főre jutó alkoholfogyasztás becslése és a kérdőíves adatgyűjtés	10
Az egy főre számított adatok használatában rejlő problémák	11
Amit az egy főre jutó alkoholfogyasztás mutatója nem mér	12
Egy főre jutó alkoholfogyasztás, ivási mintázatok és a magas kockázatokkal járó ivás	13
Adatokkal és feltevésekkel kapcsolatos problémák	13
3. Hogyan képezhetők indikátorok az alkohol okozta ártalmak mérésére egészségügyi, rendőrségi és más hivatalos statisztikákból	17
Az esetazonosítás problematikája	17
Kreatív megoldások	17
Halálozási statisztikák, valamint sérülések és betegségek adatainak használata alkohol okozta ártalmak indikátorainak képzéséhez	19
Az oksági arány módszere az alkohol okozta morbiditás és mortalitás számszerűsítéséhez	19
Alkohol okozta ártalmak népességen belüli arányainak számítása	20
Absztinencia vagy alacsony kockázatú fogyasztás, mint a relatív kockázat becslésének alapja	20
Az alkohol okozta ártalmak mérésére szolgáló összetett indikátorok használatának értéke	21
Korai halálozás miatt elvesztett életevek becslése (Person Years of Life Lost - PYLL)	21
4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében	24
Háttér	24
Az alkoholfogyasztás mérése	24
A módszertani eljárások összehasonlítása	25
Referencia időszak	28
Adatfelvételi módszerek	28
A kockázatos ivás mérése	30
Az elfogadhatónak tartott mennyiség határa	32
Alkohollal összefüggő problémák: Abúzus/ függőség; szociális következmények; másoknak okozott károk	34
Alkohol-függőség és abúzus	34
Szociális következmények	38
Alkoholnak tulajdonított problémák	40
Károkozás másoknak	40
Következtetések	41
5. A kábítószer-fogyasztás kulcsindikátorai	49
Az epidemiológiai kulcsindikátorok	49
Az indikátorok szerepe az Európai Unió drogstratégiájában	50
5.1. Populációs vizsgálatok	51
Módszertan	51
Módszertani kérdések és a kapott információk köre	52

Az átlagpopulációs vizsgálatok erősségei és korlátai	54
A prevalencia-vizsgálatok eredményei	55
5.2. Problémás kábítószer-fogyasztás	58
Multiplikátor Módszer	58
Fogás-visszafogás Módszer	60
Többváltozós Módszer	61
5.3. Kezelési igény	65
A TDI definíciója	65
Módszertan	65
TDI egységes protokoll	67
5.4. Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek	70
Intravénás kábítószer-fogyasztó (Injecting drug user- IDU):	70
Módszertan	71
Protokoll	73
5.5. Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás	76
Az indikátor célja	76
Módszertan	77
Eset definíció	78
A droghasználattal összefüggő halálozásról rendelkezésre álló információk erősségei és korlátai	80
6. A kábítószerek és a bűnözés – összetett kapcsolat	83
Fogalom-meghatározások	83
A kábítószerekkel összefüggő bűnözés meghatározása, mértékének és mintázatainak felmérése érdekében	84
Pszichofarmakológiai bűncselekmények	84
Gazdasági kényszerből elkövetett bűncselekmények	85
Szervezett bűnözés	85
A kábítószer-törvények megsértése	86
A kábítószerekkel összefüggő bűnözés mérése	86
Következtetések	87
7. Nemzetközi indikátorok a dohányzás-kutatás területén	89
Indikátorok témakörök szerint	89
A dohányzás visszaszorítását szolgáló politikák eredményeinek az egész világot felölelő monitorozása	90
A Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (Global Youth Tobacco Survey - GYTS) módszertana	91
Az online Dohányzás Atlasz	93
8. Európai iskolavizsgálat az alkohol és egyéb drogfogyasztási szokásokról (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs - ESPAD)	95
Az ESPAD kutatás céljai	95
Kutatási terv és adatfeldolgozás	95
Célpopuláció	95
Az adatgyűjtés eszköze	96
Mintavételi eljárás	96
Terepmunka	96
Az ESPAD adatbázis	97
Módszertani megfontolások	97
M megbízhatóság	97
Érvényesség	98
9. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-Aged Children - HBSC) nemzetközi kutatás módszertana	105
A kutatás története	105
A kutatás célkitűzései	105
Elméleti háttér	106
Nemzetközi munkacsoport és kutatási protokoll	106
Célcsoport és mintavétel	107

Alkalmazott mérőeszköz: a kérdőív	108
Adatgyűjtés: a felmérések kivitelezése	109
Adatfeldolgozás, adatelemzés, eredményközlés	109
10. Az ENSZ Kábítószer Jelentésének módszertana	111
Az információ forrásai	111
Kínálati oldallal összefüggő adatok	112
Kábítószer termesztés és előállítás	112
Ültetvények	112
Terméshozam	113
Az átalakítási szorzó	113
Kábítószer-kereskedelem	115
Kábítószerárak és tisztasági (hatóanyag-tartalom) adatok	115
Keresleti oldal - fogyasztási adatok	116
Felhasznált indikátorok	117
Átszámítás eltérő korcsoportok alkalmazását követően	118
Az eredmények extrapolálása az életprevalenciáról az előző évi prevalenciára	119
Extrapolálás kezelési adatok alapján	119
Extrapolálás iskolavizsgálatok alapján	119
Megjegyzés a nemzeti szintű intervallumokkal kapcsolatban	120
Regionális és globális becslések készítése a droghasználók számáról	120
Az ENSZ Kábítószer Jelentés becslései az elmúlt évben legalább egy alkalommal tiltott szert fogyasztók számáról	120
AZ ENSZ Kábítószer Jelentés becslései a “problémás droghasználók” számáról	121
Záró megjegyzések	121
Utószó	122

1. Adatból indikátor

Horváth Gergely

Nemzeti Drog Fókuszpont

Az 1950-es évektől egyre több kezdeményezés indult a társadalmi-gazdasági jelenségek leírására. Az első lépés egy 1954-es ENSZ munkacsoport megalakulása volt, mely az életszínvonal mérését célozta, a lakosság jólétének és életkörülményeinek különböző területeket átfogó statisztikai vizsgálatával. Az 1960-as évek gazdasági fejlődésének eredménye az a felismerés, hogy a gazdasági mutatók, nemzeti számlák (pl. GDP, GNI) önmagukban nem elégségesek egy ország gazdasági-társadalmi jellemzésére. Bár a 1970-es évek gazdasági nehézségei az átfogóbb indikátorok helyett újra a gazdasági jelzőszámokra irányították a figyelmet, megindult a módszertani fejlesztő munka. A különböző gazdasági (pl. EGK), majd politikai és társadalmi (pl. EU) integrációs törekvések azonban újra igényt támasztottak az országok feletti, egységes módszertanon alapuló, összehasonlítható adatszolgáltatások és a közös adatbankok iránt (Bukodi 2001). A hetvenes években Magyarországon is megkezdődött a társadalmi indikátorok módszertani kidolgozása, Andorka Rudolf vezetésével. Az 1986-os első tanulmányokat követően 1990-től rendszeresen, két évente megjelent a Társadalmi riport a TÁRKI gondozásában, és érdemes megemlíteni a KSH Társadalmi helyzetkép kiadványait is.

Az indikátorokat gyakran alkalmazzák a különböző társadalmi jelenségek leírása során.

Mitől indikátor?

A „*statisztikák* olyan számokban kifejezett tények, amelyeket valamilyen módszertani eljárás segítségével, szisztematikus adatgyűjtés eredményeként állítanak elő, ebből következően „értékmentesek”, feladatuk csupán az információnyújtás, tájékoztatás” (Bukodi 2001), azaz valamely jelenség *leírása*. A statisztikák egy pontos, egzakt definíció alapján születnek, de a gyakorlatban számos esetben szükség van magyarázatra és értelmezésre: gondoljunk csak a lábjegyzetekre, a módszertani magyarázatokra és az értelmezési korlátokra.

Az *indikátorok* ezzel szemben a *pontos „üzenetre”* helyezik a hangsúlyt, úgy, hogy azt már ne kelljen tovább magyarázni. Az indikátorok gyakran *származtatott adatok*, és sok esetben utalnak valamilyen referencia mennyiségre is (pl. széndioxid kibocsátás *per fő*, HIV fertőzöttek száma *per millió fő*). A két mutató közötti különbség szemléltethető például a munkanélküliségi adatok segítségével: a munkanélküliségi statisztika ez esetben lehet a regisztrált munkanélküliek száma. Ilyenkor fontos tudni, hogy milyen időszakra vonatkoznak az adatok, kit tekintenek munkanélkülinek stb. A munkanélküliségi indikátor egy továbbszámított mutató, előállításánál során „közös nevezőre hozzák a statisztikák eltéréseit” (munkanélküliség esetében pl. a szezonalitást). A munkanélküliség példájánál maradva: ha a munkanélküliség húsz éves alakulását kívánjuk megérteni, fontosabb az egy-egy évre vonatkozó átlagos százaléktértek a regisztrált munkanélküliek és az aktív korú népesség arányáról, mint pl. a regisztrált munkanélküliek számának alakulása, amely esetben további erőfeszítéseket igényelne az aktív korúak demográfiai adatainak vagy a „munkanélküli” és az „inaktív” jogi definíciójának áttekintése.

Az indikátorokkal szembeni egyik legfontosabb elvárás az időbeli vagy a csoportok (pl. országok) közötti *összehasonlíthatóság*. A társadalmi indikátorok magukban hordozzák a *tervezés*, az *előrejelzés* és az *értékelés igényét* is. Az indikátorok elemzésének eredménye az összetett, statisztikákkal csak nehezen leírható jelenség megismerése és a társadalmi változások előrejelzése. Az indikátorokkal szemben elvárásként fogalmazódik meg, hogy az adott jelenséget *a lehető legkevesebb, de a legjellemzőbb mutatóval írja le*; továbbá, hogy a jelzőszámok elég érzékenyek legyenek ahhoz, hogy a jelenségben bekövetkező kis változásokat is jól mutassák (Bukodi 2001). Az indikátorok közül érdemes azokat előnyben részesíteni, melyeknek *hosszú idősorra* tekintenek vissza, jó és részletes a *területi lefedettségük*, és az adatgyűjtés szintjén *nem aggregáltak*, azaz lehetőség szerint egyénre vagy kisebb csoportokra vonatkoznak, nem pedig egy egész országra. Az indikátorok feladata nem ér véget a jelenség egységes leírásánál, ide tartozik az prioritások, alternatívák meghatározása is. A politikai-stratégiai döntések következményei a monitorozás eredményeként azonosíthatók és értékelhetők.

Indikátorok a drogepidemiológiában

A betegségek elterjedtségének leírása egy adott populációban fontos információval szolgál a népegészségügyi beavatkozások és stratégiák kidolgozása és végrehajtása érdekében. Az epidemiológusok a betegségek elterjedtségének leírására használják a *prevalencia* és az *incidencia* fogalmakat. A *prevalencia* az adott időben fennálló összes esetet (összes beteget), míg az *incidencia* az adott időszak alatt keletkezett összes új esetet (új megbetegedést) jelenti. Annak érdekében, hogy a betegség kialakulásához vezető oksági viszonyokat megállapíthassák, a veszélyeztető tényezőket is megvizsgálják, vagyis összehasonlítják azokat, akik végül megbetegedtek azokkal, akik nem. A drogepidemiológiában a jelenség rejtett természete miatt nehéz meghatározni a prevalenciát és az incidenciát. Az egészségügyi nyilvántartások rendszerint nem teljes körűek, a lakossági felmérések pedig erősen torzított eredményt adnak a problémás kábítószer-fogyasztás elterjedtségére, részben a stigmatizáció, részben pedig a problémákkal küzdő szerhasználók alacsony integráltsága miatt. Tovább nehezíti a megbízható forrásból származó, nagy elemszámú, összehasonlítható adatok gyűjtését az eltérő eset-definíciók és a kulturális különbségek is. A prevalencia, az incidencia és a trendek meghatározásához tehát további eszközök bevonása szükséges.

A közgazdaságban és a népegészségügyben kifejlesztett indikátorok olyan jelenségekről gyűjtenek nagy mennyiségű adatot, melyet nehéz pontosan meghatározni. A pontos prevalencia és incidencia arányok helyett az indikátorok rendszeresen, a mindennapi munka során vezetett rutin nyilvántartásokból származnak (pl. betegségekről, veszélyeztető tényezőkről vagy káros következményekről), melyek a jelenség elterjedtségéről *indirekt, közvetett információval* szolgálnak. A népegészségügyi indikátorok jellemzően halálozási adatokon, népszámlálási adatokon, egészségügyi nyilvántartásokon vagy valószínűségi mintavételen alapuló felméréseken alapulnak. Olyan változókat választanak ki ezekből a forrásokból, melyek a minőségi kritériumoknak (érvényesség és megbízhatóság) megfelelnek, az egészségi állapot és annak változása leírása érdekében. Az adatok összehasonlíthatósága és megbízhatósága érdekében szükséges az alkalmazott adatgyűjtéseket standardizálni és összehangolni.

Ezeknek az indikátoroknak az interpretálása, értelmezése nem mindig egyértelmű. Néha azt gondolják, hogy a különböző indirekt indikátorok alapján változás látszik a problémás drogfogyasztás elterjedtségében, holott csupán más területek pl. a heroin hozzáférhetősége vagy a veszélyeztető magatartások változnak. Éppen ezért fontos több kapcsolódó indikátort – kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelési adatok, halálozási adatok, fertőző betegségek terjedése stb. – együttesen tekintve levonni a következtetéseket. Fontos továbbá a megfelelő alcsoportok pontos meghatározása is, hisz ugyanannak a beavatkozásnak eltérő hatásai is lehetnek a különböző csoportok között.

Az indikátorok néha alacsony minőségűek, mert túl széles körű adathalmazt foglalnak magukba, és a rutin adatgyűjtésből származnak, ezért veszélyes csak az indikátorokban „bízni”. A legtöbb rutin adat nem alkalmas arra, hogy a problémás szerhasználat gyors változásait megmutassa. Az első heroin-fogyasztás és az egészségügyi ellátórendszerben való megjelenés között például átlagosan 5-8 év telik el, így a kezelési adatok nem alkalmasak arra, hogy megmutassák a rejtőzködő populációban aktuálisan zajló folyamatokat. Ehhez hasonlóan az alkohol-fogyasztás okozta megbetegedések is időben eltolva, személyenként nagy szórást mutatva jelentenek kezelési igényt az ellátórendszerben. A következtetések nagyobb (pl. nemzeti, európai) szinten történő levonásához például a halálozás területén szükségesek a mélyreható, alapos, de kisebb léptékű kutatások, vizsgálatok. Az ilyen *kvalitatív információval* szolgáló vizsgálatok, főként, ha időben ismétlődnek, segítenek feltárni az oksági viszonyokat, a felszínen látható trendek mögöttes okait, az együttjárásokat és a veszélyeztető tényezőket. A rutin adatgyűjtések és az egyszeri vagy az ismétlődő vizsgálatok együttesen árnyaltabb képet adnak egy-egy jelenségről, különösen a kábítószer-problémáról. Az indikátorok alacsonyabb minőségű adatokkal szolgálnak tehát, de olcsóbbak és szélesebb földrajzi lefedettségűek, szemben a lokális vizsgálatok magas minőségű, adott – főleg a magas kockázatú – csoportra vagy területre érvényes adataival.

Az indikátorok a fentiekkel összhangban tehát nem konkrét, megragadható számok. Egy társadalmi jelenség leírásakor számos statisztikai adata kell együttesen támaszkodni. Az olyan társadalmi jelenségek esetén, melyeket a többség inkább elutasít, elítél, deviánsnak tart – pl. szenvedélybetegségek, bűnözés – még nehezebb a helyzet a rejtőzködő magatartás miatt. A hivatalos regiszterekben szereplő adatok ezért csak áttételesen, több változót együtt vizsgálva értelmezhetők. Az európai drogmonitorozási központ (EMCDDA) öt epidemiológiai kulcsindikátort alkalmaz a szerhasználat elterjedtségének mérésére. A következő táblázat összefoglalja az ezekhez kapcsolódó fontosabb statisztikákat, változókat. Egy statisztika több indikátorhoz is kapcsolódik, és szükséges a statisztikai adatokat további, kvalitatív információkkal is kiegészíteni.

1. táblázat - *Drogepidemiológiai kulcsindikátorok az EMCDDA klasszifikációja szerint és néhány fontosabb statisztikai mutatói*^a

EMCDDA indikátor	Fontosabb statisztikák
Droghasználat elterjedtsége a normál népességben (lakossági vizsgálatok)	<ul style="list-style-type: none"> életprevalencia, előző évi- és havi prevalencia a felnőtt korú lakosság körében életprevalencia, előző évi- és havi prevalencia az iskolás korú lakosság körében életprevalencia, előző évi- és havi prevalencia speciális csoportokban (hajléktalanok, intézetben lakó fiatalok, katonák stb.) körében stb.
Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás	<ul style="list-style-type: none"> közvetlen halálesetek (túladozások) száma közvetett halálesetek száma opiátok tisztasága stb.
Problémás kábítószer-fogyasztás	<ul style="list-style-type: none"> az ún. problémás kábítószereket (heroin, kokain, amfetamin) használó csoportok nagysága^b a csoportok területi eloszlása a kezeléshez való hozzáférés mértéke az injektáló szerhasználat elterjedtsége stb.
Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek	<ul style="list-style-type: none"> HIV vírus prevalenciája és incidenciája Hepatitis C vírus prevalenciája és incidenciája Hepatitis B vírus prevalenciája és incidenciája Injektáló szerhasználat elterjedtsége Fecskendő-megosztás gyakorisága stb.
Kezelési igény indikátor	<ul style="list-style-type: none"> a kezelést megkezdők száma szertípus szerint a kezelésben lévők száma szertípus szerint a kezelést megkezdők szociodemográfiai adatai a szervezetbe juttatás módja a kezelésbe lépők körében a szerhasználat gyakorisága a kezelés megkezdése előtt stb.

^a Hartnoll (2003:60) kiegészítése nyomán.

^b Az európai drogmonitorozás központ, az EMCDDA definíciója alapján a heroint és/vagy kokaint és/vagy amfetamint (speed) használókat vagy a használt szer típusától függetlenül az injektáló szerhasználókat tekintjük problémás szerhasználóknak.

A fentiek során elsősorban *objektív indikátorokról* esett szó, léteznek ugyanakkor *szubjektív indikátorok* is. A különbség talán leginkább abban ragadható meg, hogy az objektív mérőszám a pártatlan külső értékelő ítéletén alapul, míg a szubjektív mérőszám esetében az „ítélet kritériumai személyről személyre változhatnak” (Veerhovent idézi Hegedűs 2001). A vírusfertőzések előfordulása vagy a letartóztatottak száma nyilvánvalóan objektív mutató. A drogepidemiológia gyakran alkalmaz „önbevalláson” alapuló eredményeket (pl. fogyasztott-e valamilyen szert a megkérdezés előtti egy hónapban?)

kérdésre adott válasz), azokat is objektív eredményeknek tekintjük. Bár a szubjektív mutatók részletes értelmezésétől itt eltekintünk, azoknak is fontos helye van az epidemiológiai és addiktológiai kutatásban. Néhány példa: az egészségügyi kezeléshez való hozzáférés (pl. várólisták, bekerülési feltételek, szolgáltatási díjak) megítélése bár szubjektív, a válaszadóra egyénileg jellemző mutató, mégis, az ellátásszervezés fontos kérdése. Ide sorolhatók a legális és illegális szerhasználókkal szembeni attitűd skálák is. Az igénybe vett szolgáltatással való elégedettség szubjektív ítélete a kezelés-ellátás evaluációja, értékelése során ugyanúgy teret kap, mint bármely más szolgáltatás értékelése az élet minden területén. A szubjektív indikátorok esetében is fontos az időről időre ismétlődő adatfelvétel. Bár az egyéni vélemények eltérnek, az idősoros elemzések megmutatják például egy szolgáltatáshoz kapcsolódó észlelt várakozási idő csökkenését.

Az indikátorok szerepe a stratégia-alkotásban

Az indikátor fogalmi értelmezése során említettük azt, hogy az indikátorok nem csupán valamely társadalmi jelenség leírására használhatók, hanem valamilyen beavatkozás *eredményességének* vagy *hatékonyságának* értékelésére is. Az alapos tervezéshez elengedhetetlen az aktuális helyzet minél pontosabb megismerése. *Az indikátorok mögötti elgondolás ugyanakkor nem áll meg a jelenségek pusztá leírásánál, hanem megjelenik a tervezés során is. Az elemzés eredményeként az indikátorok alkalmasak a változások előrejelzésére és a döntési alternatívák bemutatására.* Az indikátorok segítségével a döntéshozók képesek megadni a prioritásokat a társadalmi tervezéshez. Az ennek eredményeként megszülető *beavatkozások monitorozására, a hatások értékelésére, evaluációjára is alkalmasak az indikátorok.* Az indikátorok – azáltal hogy törekednek a közérthetőségre, az összehasonlíthatóságra, az információk szintézisére és a változások szemléltethetőségére – nem csak a szakemberek számára készülnek, hanem a döntéshozók pl. politikusok vagy igazgatási szakemberek számára is informatívak. Éppen ezért egy ágazati szakpolitikai célkijelölő deklaráció, mint például az európai szintű vagy a nemzeti alkohol vagy drogstratégia egyrészt nagyban támaszkodik az indikátorok nyújtotta helyzetértékelésre, másrészt meg is fogalmazza a különböző területek monitorozásának szükségességét. A stratégiák megvalósítását részletező akciótervek konkrét megfogalmazásokat is tesznek, hozzárendelve az egyes célokhoz a konkrét indikátorokat és a változás kívánt mértékét. Az indikátorok ilyen módon hozzá is járulnak az akciótervek végrehajtásának ellenőrzéséhez.

Drogepidemiológia Európában: a gyökerek ¹

Az európai drogepidemiológiának különböző tudományterületekre nyúlnak vissza a gyökerei. Nem csak a klasszikus epidemiológia és a népegészségügyi adatgyűjtés, hanem a szociológia, a pszichológia, a demográfia, a kriminológia és a közgazdaságtan is hatott a fejlődésére. A különböző területek fejlődési üteme sem volt azonos, ezért a mai „drogepidemiológia” kifejezés sokszor változatos jelentést takar. A drogepidemiológia fogalma, jelentése reflektált a drogfogyasztás egyes aspektusaira, annak változására is, elsősorban nemzeti, de az 1970-es évektől európai szinten is. A jelen fejezetrész elsősorban azt tekinti át, hogy az epidemiológia és különösen a drogepidemiológiai indikátorok hogyan fejlődtek ki a kábítószer-problémára válaszként adott európai politikai és szervezeti fejlődés részeként.

Hasonló folyamat játszódott le az alkohol-fogyasztás elterjedtségének és hatásainak monitorozására is. Az alkoholprobléma ugyanakkor összetettebb – gondoljunk csak a kulturális különbségekre, a történelmére, a nagyobb elterjedtségére –, a válaszlépések is eltérőek, így e fejezetben a kábítószer-problémára koncentrálnunk ².

Korai példák

A kábítószer-fogyasztás nemzeti ügy maradt az 1960-as évekig, jóllehet már sokkal korábban is felmerült a probléma – kokain-fogyasztás, opiát-függőség – néhány országban. Korai specializált addiktológiai adatgyűjtő rendszerek (Home Office Index of Notified Addicts) már az 1930-as évek közepén létrejöttek Nagy-Britanniában és Észak-Írországbán.

Általánosságban elmondható, hogy az epidemiológiai vizsgálatok iránt az 1960-as és 1970-es évek elején növekedett meg az igény a fiatal szerhasználói szcénák megjelenésével, elsősorban, de nem kizárólagosan Észak-Európában, így a Skandináv államokban, Nagy-Britanniában, Franciaországban, Hollandiában és Németországban. Ezek a vizsgálatok a kórházi és más

¹ A történeti áttekintés Richard Hartnoll (Hartnoll 2001) és Lucas Wiessing és munkatársai (Wiessing és társai 2003) publikációi alapján készült.

² Részletesebben lásd: WHO (2010).

egészségügyi statisztikákat, valamint a rendőrségi és igazságügyi adatokat tekintették át, de történtek a szerhasználók egyes csoportjaira irányuló helyi vagy akár országos szintű felmérések is. Ebben az időben a felmérések elsősorban a kannabiszhasználat elterjedtségének mérésére koncentráltak, de már megjelentek az amfetaminokra vagy az LSD-re vonatkozó kérdések is. Az ilyen jellegű vizsgálatoknak nagy hagyománya van például Norvégiában és Svédországban. Az Egyesült Királyságban már az 1950-es években is végeztek felmérést az amfetaminokra vonatkozóan, még mielőtt a kannabiszhasználat elterjedt probléma lett volna.

A vizsgálatok alapvetően két eltérő szerhasználói csoportot azonosítottak. Az első idősebb, elsősorban nők alkotta csoportban, medicinában használt szerek – barbiturátok, morfin stb. – okoztak függőséget. A másik kisebb, de egyre növekvő csoportot fiatalok – főként férfiak – alkották, akik többféle szert fogyasztottak; a használatra jellemző volt a nem-orvosi kontextus és a csoportos fogyasztás a kortársak körében.

Az 1960-es évek végén, az 1970-es évek elején az Egyesült Királyságban több, a heroin-fogyasztás felmérését célzó vizsgálat történt, mint például a de Alarcón nevéhez köthető vizsgálat, melynek során hólabda módszert alkalmaztak a droghasználat terjedésének modellezéséhez. A vizsgálatok során becsléseket végeztek a heroin-fogyasztás előfordulására, prevalenciájára is. Ezek a vizsgálatok tekinthetők a mai ún. problémás kábítószer-fogyasztás indikátor elődjének, az Egyesült Királyságban az ún. multiplikátor módszer, Svédországban a fogás-visszafogás módszer alkalmazásának eredményeként. Az epidemiológiai vizsgálatok mellett szociológiai kutatások is születtek a szerhasználó populáció leírására, a szerhasználati mintázat változásának megértésére vagy a közösség attitűdjeinek és válaszainak mérésére.

Az európai együttműködés kezdetei

A szerhasználati mintázatok változása az 1960-as években nemzetközi figyelmet kapott, elsősorban az ENSZ és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) részéről. Európai szinten az akkori francia elnök Georges Pompidou tett javaslatot 1971 augusztusában az együttműködés és a koordináció erősítésére, melyben a közös epidemiológiai vizsgálatok végrehajtása is szerepelt. Az Európai Gazdasági Közösség és az Egyesült Királyság miniszteri szintű találkozásán 1972 októberében, Rómában fogadtak el egy közös, átfogó együttműködési programot, mely az egészségügy, az oktatás, a törvényhozás és a büntető igazságszolgáltatás területét egyaránt érintette. Ez az együttműködés, melyhez később további államok csatlakoztak (pl. Svédország) a Pompidou Csoport néven vált ismerté. Az Európa Tanács (Council of Europe, mely nem azonos az EU politikai döntéshozó szervével az Európai Tanáccsal (European Council)) népegészségügyi részlege 19 ország részvételével jelentést készített az epidemiológiai vizsgálatok szükségességéről, melyet a Tanács 1973-ban hozott határozata követett. A határozat szorosabb együttműködésre és információcserére szólított fel a kábítószer-fogyasztással összefüggő szociális és népegészségügyi kérdések területén.

Az 1970-es évek látványos módszertani fejlődést hoztak az Egyesült Államokban és Kanadában, ami nagy hatással volt az európai drogepidemiológiára is. Ennek eredményeként az 1980-as évek felmérései és indikátorai a korábban említettek mellett már a sürgősségi betegellátás és a halálozási adatokat, a kábítószerpiac indikátorait és átfogóbb rendőrségi adatokat is tartalmaztak. Megjelentek a survey módszerrel készült vizsgálatok az általános népesség és az iskoláskorúak körében, az egyedi, kliens alapú egészségügyi nyilvántartások, a szerhasználói populáció nagyságát célzó prevalencia becslések, az etnográfiai vizsgálatok és a különböző kvalitatív módszerek; valamint olyan statikus vagy dinamikus modellek, melyek integrálták a különböző indikátorokat.

Az európai indikátorrendszerre nagy hatással volt az a nemzetközi szakmai munka, mely számos – főként amerikai – nagyváros rendszeres adatgyűjtésén alapult. A nemzeti szintű jelentések kiegészítéseként e program (Community Epidemiological Working Group) keretei között az indikátorok és egyéb információs rendszerek módszertani fejlesztése is megvalósulhatott. Az eredményeket a WHO 1980-ban és 1981-ben kézikönyv-sorozatában meg is jelentette. 14 nyugat-európai OECD tagország részvételével 1981-ben további kutatás indult a lehetséges epidemiológiai indikátorok azonosítására, melynek eredményeként ajánlás született standardizált adatgyűjtési eszközök kidolgozására.

Európai eredmények az 1980-as években

Az 1980-as években alakult ki és került alkalmazásra a „kábitószerügyi indikátorok” koncepciója, európai szinten és az egyes tagállamokban egyaránt. Szemléletes nemzeti példa a londoni Drug Indicators Project, melynek keretében kidolgoztak

és kipróbáltak egy sok indikátorból álló eszköztárat a lokális kábítószer-probléma természetének és kiterjedtségének vizsgálatára. E projektben számos közvetett indikátor kombinálására került sor, mint például: kezelési igény, halálozás, kábítószerpiaci adatok, a szerhasználók létszáma irántuló becslések, „hólabdás” módszerek eredményei és az etnográfiai kutatások adatai. Hasonló kezdeményezések indultak Franciaországban, Németországban, Olaszországban, Svédországban és Hollandiában. Néhány ország a fentieknél is szélesebb körben gyűjtött adatokat, például Görögország, Írország és Dánia. A korábbi rendszeres felmérések az iskoláskorúak körében tovább folytatódtak Norvégiában és Svédországban, melyekhez csatlakozott Németország is. Spanyolország 1987-től működteti nemzeti adatgyűjtő rendszerét, mely kezdetben három jelzőszám, a (kokain és heroin miatti) kezelési igények, a mérgezéses esetek és a halálozási adatok monitorozásán alapult.

Ezekkel a fejlesztésekkel egyidőben egyre nagyobb érdeklődés mutatkozott az olyan rejtőzködő droghasználói populáció szerhasználati mintázatainak megismerése iránt, melynek jellemzői nem tükröződnek sem az egészségügyi ellátás, sem az igazságügyi statisztikáiban; és melynek tagjait nem érik el a populációs kérdőíves felmérések sem. Ilyen vizsgálatokra példa a kokain-fogyasztók körében, vagy a kezeléstől távol maradó intravénás szerhasználók körében végzett, hólabdás mintavételt alkalmazó vizsgálatok. Ezek a vizsgálatok néhány esetben helyi, más esetekben országos felmérések voltak; jellemzően egy kisebb kutatói kör lelkesedésén alapultak. A helyi és a nemzeti hatóságok érdeklődése a jelenség iránt a megváltozó szerhasználat, elsősorban a heroin-használat növekedését kísérő HIV-AIDS fertőzések gyakoribbá válása kapcsán jelent meg.

Pompidou Csoport

Európai szinten a legnagyobb előrelépést az Európa Tanács Pompidou Csoportjának megalakulása jelentette. Ahogyan azt korábban már láthattuk, a Pompidou Csoport elsőként egy kormányok közötti szervezatként jött létre az Európai Gazdasági Közösség országainak körében, majd 1980-tól „átkerült” az Európa Tanács keretei közé. 1982-ben a Pompidou Csoport találkozót szervezett Strasbourgba a kábítószer-fogyasztással összefüggő népegészségügyi és szociális problémák adminisztratív monitorozásának fejlődéséről. A találkozó egy epidemiológiai szakértői csoport felállításához vezetett, és két területre koncentrált. Egyik terület az iskolai felmérések bevezetése volt. Egységes eszköz, kérdőív került kidolgozásra, melyet hat ország részvételével próbáltak ki. Az iskolai felmérések európai szintű alkalmazása 1995-től rendszeresen megvalósul. A másik terület a kábítószer-probléma leírása során alkalmazható különböző indikátorok kiválasztására, kidolgozására koncentrált. Összeállítottak egy indikátorkészletet, melyet alkalmasnak gondoltak arra, hogy a droghasználat különböző aspektusait megfelelő összetettséggel és összehasonlítható módon leírják egy-egy városban (az ún. multi-city study). Nagy hangsúlyt fektettek arra, hogy a különböző indikátorokat egy egységes készletben, a helyi, városi háttérinformációkkal kiegészítve, kontextusba helyezve, összehasonlítható módon értelmezzék. Úgy vélték, hogy a jelenség összetettségét nemzeti szinten sokkal nehezebb visszaadni, nemcsak amiatt, hogy a probléma számos tekintetben eltér a különböző területeken, hanem azért is, mert a különböző indikátorok szerepét, fontosságát a különböző tagállamok eltérően értékelik. Bár ez a feltevés alapvetően igaz, gyakran túlértékelt. Bármilyen legyen ugyanis a leírásra került földrajzi egység – város, régió, ország vagy akár Európa – és bármennyire is egységesek, standardizáltak a jelenség leírására alkalmazott indikátorok, a következtetések levonásához elengedhetetlenül szükséges a kontextus – ide értve a társadalmi attitűdöket és a problémára adott válaszokat is – alapos, akár kvalitatív kutatásokon alapuló ismerete. Az indikátorok alkalmazhatóságának vizsgálatában kezdetben 7 város, később több mint 20 város vett részt (Hartnoll 2003:58).

Eltekintve a rendszeres adatgyűjtés és elemzés hasznától az 1980-as évektől napjainkig, a Pompidou Csoport szakmai munkája eredményeként létrejött egy modell a különböző indikátorok integrált alkalmazásával. Ezek az indikátorok, módszertani eszközök a következők voltak: a kezelési igény indikátor, az iskolai felmérések eszközei, a problémás kábítószer-fogyasztás becslésének módszertana és hólabdás mintavétel eszközei. Különböző megvalósíthatósági tanulmányok születtek a következő indikátorok alkalmazására: kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás, sürgősségi esetek, rendőrségi letartóztatások, heroin lefoglalások, az illegális szerek utcai árai és tisztasága valamint a populációs vizsgálatok módszertana. A Pompidou Csoport szakértői különféle tréningeket tartottak az 1990-es évek elejétől Közép- és Kelet-Európában, melynek eredményeként az indikátorok alkalmazhatóságát vizsgáló projekt további városokkal bővült, Oroszország bevonása mellett.

A szakértők munkáját segítette az amerikai droghelyzetet monitorozó intézmény, a NIDA (National Institute on Drug Abuse) is. A Pompidou Csoport munkája már előrevetítette az amerikaihoz hasonló egységes intézmény, az európai kábítószer-

helyzetet monitorozó intézet létrejöttét, mely végül 1993-ban alakult meg Kábítószeres és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Center of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)) néven.

A Központ feladatait és tevékenységét részletesebben az 5. fejezetben tárgyaljuk.

Módszertani korlátok

Az eltérő definíciók, különösen makroszinten, gyakran felvetnek bizonyos módszertani vagy tudományos problémákat. A szerhasználó pontos eset-definíciója, a szerhasználat terjedésének alapvető mechanizmusa és a jelenség mögöttes, rejtett folyamatai nehezen meghatározhatók és egységesíthetők.

Elsőként, a *drogfüggőség orvosi, klinikai meghatározása egyéni szinten lehetséges*, léteznek diagnosztikus (pszichológiai, pszichiátriai) eszközök és nemzetközileg elfogadott klasszifikációk (pl. DSM 4 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases). A rutin adatgyűjtések ugyanakkor valamely ellátóval (pl. egészségügyi, szociális) való kapcsolatfelvételt jelzik inkább. *Makroszinten* a rejtett szerhasználói csoportok nagyságának meghatározására tett becslések ezekre a regiszterekre építenek, és *keveset árulnak el a droghasználat egyéni módjáról, mintázatáról*. Nehéz tehát a változatos egyéni káros következményeket társadalmi szinten összegezni. A legtöbb országban igyekeznek ezért szűkíteni a vizsgált csoportokat a magasabb kockázatú szerhasználókra pl. a heroin-használók csoportjára, és így a droghasználat általános társadalmi problémája helyett az egyes szerekre koncentrálni (pl. heroinnal kapcsolatos társadalmi problémák, szerves oldószer-használat, alkohol-fogyasztás, dohányzás társadalmi kárai stb.). Az ilyen indikátorok nagyon hasznosak az ellátás-tervezés számára.

Másodsorban, *a droghasználat terjedése vagy a függőség kialakulásának modellezése megosztja a kutatókat is*. A kockázati tényezők között megjelennek biológiai, pszichoszociális és társadalmi tényezők is. Az *epidemiológiai megközelítés* kézenfekvőnek tűnik abban az értelemben, hogy ebben az esetben is beszélhetünk hálózatokról és azon belül különböző terjedési sebességről és módokról. A biológiai „fertőzéssel” szemben azonban ezek nem annyira állandók, más tényezők (média, divat, kínálat stb.) is megjelennek. A *gazdasági megközelítés* megemlíti a hozzáférést, az árakat, a kereslet és a kínálat kapcsolatát, de ezeknek a tényezőknek a hatása áttételes, és a rejtettség miatt sok esetben nehezen mérhető tudományos módszerekkel. Fontos tehát kiemelni az indikátorok együttes értelmezésének szükségességét.

Harmadrészt, *a szerhasználat és annak problémássá válása sem egyértelmű*. A szakértők egyetértenek abban, hogy fiatal életkorban az illegális szerek vagy az alkohol kipróbálása mögött meghúzódó motivációk nem különböznek. Mégis, egyes esetekben a szerhasználat – legyen az bár legális vagy illegális – megáll néhány kísérletnél, más esetekben problémás használattá fejlődik. A pszichoaktív szerhasználathoz sok esetben mentális problémák társulnak, ezt hívjuk pszichiátriai komorbiditásnak, más esetekben nem jelentkeznek ilyen tünetek. Kutatók felvetik a mentális problémák és a szerhasználat ok-okozati viszonyának kérdését is, pl. az önmedikalizációs elméletek szerint az egyén a szerhasználattal egy kezdődő, fel nem ismert mentális problémát (pl. hangulati zavart, anhedóniát) kezel nem megfelelő módon. Az ilyen eltérések megnehezítik az indikátorok interpretációját. Példaként: A kannabisz-használat elterjedtsége és a problémás szerhasználat összefüggése korántsem egyértelmű. Egyes szerhasználói csoportokban bár vannak jellemző problémák (pl. pszichiátriai komorbiditás, fertőzés stb.) az egyéni problémák nehezen általánosíthatók a csoport egészére. Még ha a problémák hasonlóak is egy-egy szerhasználói csoporton belül, az eltérő szociális körülmények (pl. hozzáférés az ellátórendszerhez, kriminalizáció stb.) és a kulturális tényezők (pl. attitűdök, média stb.) hatásai eltérnek az egyes országok között, így ugyanazon indikátor adta hasonló helyzetleírás más értelmezést és beavatkozási irányt adhat különböző országok számára.

Az indikátorok mögött meghúzódó „szervezőerő”, értelmezési keret eltér, hisz a döntéshozók és a különféle területek, tudományágak szakemberei más-más célok mentén különféle aspektusból vizsgálnak egy jelenséget. Az *indikátorok célja, fókusza* is eltérhet. Ugyanazon számszerűen kifejezett statisztikák felhasználása mellett máshova kerülnek a hangsúlyok például az ellátás-szervezés, a stratégiai tervezés, a gazdasági értékelés stb. számára. Az indikátorok felosztása gyakran történik a *kémiai anyag legális státusza* (alkohol, dohányzás, legális szerek/gyógyszerek (elsősorban altatók, nyugtatók) visszaélészerű használata, illegális szerek) alapján. Más esetekben különféle indikátorok az *egészségmagatartás, az általános egészségügyi állapot vagy a pszichoaktív szerhasználat* szélesebb kérdéseit vizsgálják bizonyos életkori csoportokban, mely történhet az *általános populációban* (felnőtt korú normál népességben (pl. OLAAP és ADE vizsgálatok); iskoláskorúak körében (pl. HBSC, ESPAD vizsgálatok), vagy történhet *speciális csoportok körében* (pl.

hajléktalanok, lakóotthonban nevelkedő fiatalok, fegyveres testületek dolgozói, börtönpopuláció stb.). Ezekben az esetekben a hangsúly egy csoport leírásán, jellemzésén van, és általában együtt vizsgálják a dohányzás, az alkohol, a gyógyszer-fogyasztás és a kábítószer-fogyasztás elterjedtségét és a káros következmények előfordulását. Említettük, hogy a földrajzi és időbeli szempontú összehasonlíthatóság kiemelkedően fontos cél az indikátorok esetében. Éppen ezért ezeket az indikátorokat aszerint is megkülönböztethetjük, hogy *mely területre érvényesek* (lásd pl. UNODC World Drug Report vs. az EMCDDA európai kábítószerjelentése) és *milyen időtartamra vonatkoznak* (pl. éves jelentés az adott év új eredményeiről vs. történeti áttekintés egy jelenség tendenciáiról).

Az indikátor jelentéstartalmának általános áttekintése után a következőkben az egyes területekre vonatkozó különböző indikátorok kerülnek részletesebb bemutatásra.

Irodalomjegyzék:

- [1] Bukodi, E.. *Társadalmi jelzőszámok – Elméletek és megközelítések. In: Szociológiai szemle. 2001/2.. 2001. 35-57.*
- [2] Hartnoll, R.L.. *Drug epidemiology in the European institutions: historical background and key indicators. In: Bulletin on Narcotics, LV: 1-2. 2003. 53-71.*
- [3] Hegedűs, R.. *Szubjektív társadalmi indikátorok - szelektív áttekintés a téma irodalmából. In: Szociológiai szemle. 2001/2. 2001. 58-71.*
- [4] Wiessing, L., Hartnoll, R., és Rossi, C.. *The epidemiology of drug use at the macro level: indicators, models and policy-making, In: Bulletin on Narcotics, LIII: 1-2. 2001. 119-133.*

2. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás becslése

World Health Organisation (2000): Estimating Per Capital Alcohol Consumption in: International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm,

Geneva, WHO, p. 21-35

Az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó problémák megelőzéséhez fontos tisztán látni e problémák nagyságát. Az egyes problémákhoz kapcsolódó önálló adatgyűjtés hiányában, az egy főre jutó alkoholfogyasztás becslése segíthet érzékeltetni a döntéshozókkal az alkohollal összefüggő problémák nagyságát és várható trendjeit. Főként a fejlett országokban készített tanulmányok alapján elmondható, hogy az egy főre jutó becsült alkoholfogyasztás megbízható kiindulópont a nagyívők népességén belüli arányának becsléséhez, kifejezetten az erre vonatkozó országos adatgyűjtések hiányában (Edwards és társai, 1994). Főleg a krónikus nagyiváshoz köthető problémák esetében, mint amilyen az alkohol okozta májcirrózis, de néhány országban az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható közlekedési balesetek és öngyilkosság esetében is, az egy főre jutó fogyasztási adatok alapján következtetni lehet az adott probléma prevalenciájára, bár az ivási mintázatok különbözőségei miatt az országok között időbeni eltolódások és kultúránkénti eltérések lesznek. Az egy főre jutó fogyasztás az adott országban hozzáférhető italajták nagyobb csoportjainak mindegyikére kiszámítandó. A legtöbb nemzetközi forrás csak sör, bor és tömény szesz kategóriákat használ. Ezt minimumnak kell tekinteni, külön kategóriát létrehozva a hazai fogyasztásnak jelentős részét kitevő, de alkoholtartalmuk alapján egyik nagyobb italajtához sem sorolható helyi italajtáknak (pl. cider, gyümölcsborok, shochu, arrack, aguardiente, samsu stb.). A különböző italajták más-más kapcsolatban állnak az egyes alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó ártalmakkal. Például, sok országban az alkoholfüggő személyek a tömény szeszeket preferálják, míg a fiatal mértéktelen ivók a legolcsóbb italokat részesítik előnyben. Az ilyen és ehhez hasonló mintázatok beazonosíthatóak és monitorozhatóak, országokon belül és országok között is. Kombinálva az adott ártalomra vonatkozó információkkal, az egy főre jutó alkoholfogyasztás fontos információt nyújthat a magas kockázatú italok azonosításában, amelyekre a döntéshozóknak kiemelt figyelmet kell fordítani.

Definíciók

Az összes becsült alkoholfogyasztás egy országban, adott évben

egyenlő az összes (adott évben) előállított alkohol mennyiség és az importált alkohol mennyiség összegével, ebből kivonva az exportált alkohol mennyiségét. Ennek alapján, a következő képletet használják leginkább az egy főre jutó alkoholfogyasztás kiszámítására (Smart, 1991).

Az egy felnőttre jutó éves alkoholfogyasztás kiszámítása:

$$\frac{\text{Előállított alkohol} + \text{importált alkohol} - \text{exportált alkohol}}{\text{15 éves és idősebb népesség száma}} \quad (1)$$

A társadalmak eltérő korszerkezete miatt az egy *felnőttre* jutó fogyasztás becslése előnyösebb az egy főre jutó fogyasztásénál. Az egy főre vonatkozó adatok rendszerint alábecslik a fogyasztást azokban az országokban, ahol a 15 év alattiak aránya magas a népességén belül, amely igaz sok fejlődő ország esetében.

A tényleges ivási mintázatok pontosabb közelítését kaphatjuk, ha kombináljuk az egy felnőttre jutó alkoholfogyasztás becsült értékét országos reprezentatív felmérések alapján becsült prevalencia értékekkel, amennyiben ez utóbbi rendelkezésre áll.

Az egy ivó által egy nap alatt átlagosan elfogyasztott alkoholemennyiség fogyasztáson alapuló becsült értéke egyenlő:

$$\frac{\text{Egy főre jutó éves alkoholfogyasztás}}{\text{15 éves vagy idősebb ivók aránya a népességén belül (\%)}} \times \frac{100}{365} \quad (2)$$

Az alkoholfogyasztás kiszámításához használt adatforrások

Legpontosabban általában kiskereskedelmi adatok alapján becsülhető meg a lakosság által adott évben elfogyasztott alkohol mennyisége. Sok országban az adóbehajtáshoz kapcsolódóan a kormány alaposan monitorozza a szeszes italok kereskedelmével kapcsolatos adatokat, amelyek kormányzati szervektől vagy kiadványokból hozzáférhetők. Ugyanakkor, az ilyen kimutatások sem szükségszerűen tükrözik a tényleges alkoholfogyasztást, mivel az adott évben vásárolt szeszes italokat nem feltétlenül fogyasztják el még ugyanabban az évben. Ez különösen igaz a jobb minőségű termékek esetében, mint például a minőségi borok vagy az érlelt szeszes italok (bár ezek a termékek a teljes fogyasztásnak rendszerint csak kis hányadát adják). Alkoholt árusító raktárházak is felhalmozhatnak nagyobb készleteket, jövőbeni adóemelkedésre számítva, ami szintén torzíthatja az adatokat (Kling, 1991). A kereskedőktől kapott adatok nem tartalmaznak információt a házilag előállított, illetve a csempészett italok fogyasztására vonatkozóan sem.

Az értékesítési statisztikák származhatnak az alkoholpiacon működő piackutató cégektől is. Az USA-ban például az M. Shanken Communications nevű cég fenntart egy ún. *Impact Databank*-ot, melynek kutatói az adott évben kereskedelmi forgalomba kerülő 9 literes tömény szeszes - és boros tartályok, illetve söröshordók számát becsülik. Kormányzati vagy közegészségügyi szakemberek számára az ilyen adatok megfizethetetlenül drágák lehetnek, de esetenként kevésbé naprakész, kereskedelmi szempontból már nem annyira értékes adatokhoz olcsóbban is hozzá lehet jutni, amennyiben megőrzik azokat. Előfordul, hogy a forgalmi adatokat a nagykereskedelem szintjén gyűjtik, ami növeli az esélyét annak, hogy a számok nem a tárgyévi fogyasztást tükrözik, mivel az italokat tovább is szállíthatják.

Megbízható értékesítési statisztikák híján, az alkoholfogyasztás a szeszes italok gyártására és kereskedelmére vonatkozó adatok alapján becsülhető, a fentebb bemutatott képletet használva. Ilyen adatokkal globálisan számos statisztikai forrás rendelkezik, bár ezek minősége változó. (...)

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás becslése és a kérdőíves adatgyűjtés

Az egy főre jutó alkoholfogyasztásra vonatkozó becslésekhez az országos felméréseket nem ajánlatos használni. Az országos felmérések, melyek azt elemzik, hogy a népességen belül ki iszik, mennyit, és milyen gyakran, nagyon fontosak a hatékony alkohol irányelvek létrehozásához. Azonban az ilyen felmérések alapján becsült, illetőleg az értékesítési adatok alapján számított egy főre jutó alkoholfogyasztás között több kutatás jelentős eltéréseket talált. Az önkitöltős kérdőívek válaszai alapján becsült egy főre jutó alkoholfogyasztás jellemzően csak a 40-60%-a volt az értékesítési adatok alapján becsültnek (Pernanen, 1974). Az atipikus alkoholfogyasztási formák bevonása, vagy a lekérdezésben való részvételhez túl fiatalok alkoholfogyasztásának valamilyen módon történő reprezentálása alig csökkentette az adatok közötti ellentmondásokat. (Fitzgerald & Mulford, 1987). Az eltérések egyéb lehetséges okai között szerepelt az alkoholfogyasztási szokások szezonális változása és ennek hatása az egy éven belül lekérdezett kérdőívek esetében (Lemmens & Knibbe, 1993); a nagyivók háztartáspanel vizsgálaton keresztüli elérésének nehézségei; az italmennyiségek pontatlan becslése; az ivók feledékenység; a nagyivók szelektív válaszadói hajlandósága vagy a valódinál szándékosan kevesebb fogyasztás bevallása jólneveltségből, vagy az interjúztató iváshoz vélt hozzáállásának érzékelése miatt (Pernanen, 1974); és végül az önbevalláson alapuló adatgyűjtés módját illető egyéb különbségek. Az USA-ban kimutatták, hogy a kérdőívekre adott válaszok alapján becsült sörfogyasztás és az eladási statisztikák szerint ténylegesen megvásárolt sör mennyisége között nem volt akkora az eltérés, mint más italajták esetében (Rogers&Greenfield, megjelenés alatt).

Az eltérések egy része megmagyarázható az eladási statisztikák alapján készült becslések hiányosságaival. Mint azt később részletesen kifejthetjük, a nagy - és kiskereskedőknél, vagy esetenként a fogyasztóknál felhalmozott készletek, valamint a turisták és a nem hazai állampolgárok belföldi alkoholfogyasztása a helyi lakosság alkoholfogyasztásának felülbecslését eredményezheti. Ugyanakkor, az önbevalláson alapuló adatok és az eladási adatok alapján becsült alkoholfogyasztás összehasonlításakor az is látható, hogy a két indikátor trendjei szorosan korrelálnak egymással. Az értékesítési adatok

alapján becsült egy főre jutó alkoholfogyasztás és az önkéntesen bevallott nagyívás, alkalmoszerű nagyívás és az ittas vezetés prevalenciái között szoros korreláció mutatható ki (Smith és társai., 1990). Ez megerősíti az ilyen becslések hasznosságát, amennyiben a populáció ivási szokásairól részletesebb információ nem áll rendelkezésre.

Az egy főre számított adatok használatában rejlő problémák

Az egy főre jutó fogyasztási becslések használata óvatosságot igényel. A mutatóval kapcsolatos problémák három csoportba sorolhatók: mi az, amit a mutató nem mér, mi az aminek mérésére nem alkalmas, és végül, mennyire megbízható adatokon alapul a számítása. Ezeket a problémákat, valamint a lehetséges megoldási stratégiákat foglaltuk össze a lenti táblázatban.

2. táblázat - Az egy főre jutó alkoholfogyasztásra vonatkozó becslések pontosságátgyengítő tényezők

Tényező	Hatás	Kiküszöbölése
„Feketén” előállítás	Figyelmen kívül hagyása az egy felnőttre jutó fogyasztás alulbecslését okozhatja	Rendszeres időközönként kérdőíves felmérés a nem hivatalosan előállított alkohol fogyasztásának becslésére. Az „egy felnőttre jutó alkoholfogyasztás” képletének számlálójához kell hozzáadni
Turisták által belföldön fogyasztott alkohol	Kihagyása a hazai fogyasztás túlbecsléséhez, a turisták országában a fogyasztás alulbecsléséhez vezethet	I. A képlet nevezőjének korrigálása a turisták adott évi becsült számának hozzáadásával, vagy II. A képlet számlálójának korrigálása a turisták által belföldön fogyasztott alkohol mennyiségének (ez pl. a turistáknak szánt italok megjelölésével vagy megadóztatásával becsülhető) levonásával
Hazaiak által külföldön fogyasztott alkohol	Kihagyása a hazai fogyasztás alulbecsléséhez vezethet.	Országos kérdőívekben rákérdezni a külföldön fogyasztott alkohol mennyiségére és a fogyasztás gyakoriságára. Ezt a számot a képlet számlálójához kell hozzáadni.
Készletfelhalmozás	A hazai fogyasztás negatív előjelűvé válhat, ha adott évben az export mennyisége meghaladja az import és a hazai termelés összegét.	A képlet számlálójához kell hozzáadni az év elején, illetve az év végén rendelkezésre álló készletek különbségét.
Hulladék és kiömlés	A hazai fogyasztás túlbecslését okozhatja.	Ezek becslésére irányuló kérdés beiktatása a kérdőíves vizsgálatokba.
Csempészet	Figyelmen kívül hagyása a hazai fogyasztás alulbecsléséhez vezethet.	Rendészeti szervek és az adóhatóság adatai alapján becsülhető az országba csempészett alkohol mennyisége, amit a képlet számlálójához kell hozzáadni.
Vámmentes kereskedelem	Kihagyása a hazai fogyasztás alulbecslését okozhatja.	A vámmentesen vásárolt alkoholok fogyasztásának mennyiségére és gyakoriságára vonatkozó kérdések alapján becsülhető; a képlet számlálóját növeli.
Különbségek az italok erősségében	A tiszta szeszben kifejezett fogyasztás pontatlan becslését okozhatja	A hazai alkoholpiac részesedési adatai alapján az egyes italfajták, illetve a fontosabb alkategóriák alkohol erősségének középértékét kell megbecsülni.

Amit az egy főre jutó alkoholfogyasztás mutatója nem mér

Mivel az egy főre jutó alkoholfogyasztást általában a szeszes italok értékesítésével, gyártásával, kereskedelmével és adóztatásával kapcsolatos adatok alapján becslik, így a becslések a feketén előállított italok mennyiségét és fogyasztását ritkán tartalmazzák. Parry és Bennetts (1998) megbecsülte, hogy a házilag főzött „sorghum” sör a dél-afrikai alkoholpiac 22%-át tette ki. Haggblade (1992) Botswanában vizsgálta a házilag előállított szeszes italokat, és a teljes sörfogyasztáson belül 68%-ra becsülte a házilag főzött sörök fogyasztásának arányát. A vámmentesen vásárolt és a csempésztett italok fogyasztásával kapcsolatban szintén hiányoznak az adatok, ahogy a hazai lakosság által külföldön fogyasztott alkohol mennyiségéről is. Az országos felmérések fontos szerepet játszhatnak e hiányosságok pótlásában, amennyiben rákérdeznek a vámmentes alkoholvásárlások (vagyis a külföldi üzletekben vagy a határátlépő helyek duty-free boltjaiban vásárolt, belföldi fogyasztásra szánt alkoholok) mennyiségére, valamint a külföldi alkoholfogyasztás mennyiségére és gyakoriságára. Néhány országban (pl. Mexikó) az is előfordulhat, hogy a fogyasztók nincsenek tudatában annak, hogy illegálisan előállított alkoholt fogyasztanak, mivel az italok csomagolása és címkéje jól ismert, legális márkákét utánozza. A helyi gazdasági jellemzők szintén befolyásolják az illegális alkoholpiac nagyságát. Nigériában például, az 1980-as évek folyamán a tradicionális helyi italok (pálmabor, burukutu, ogogoro) veszítettek népszerűségükből, mert a gazdaság erősödésével a sör olcsóbbá vált. A naira elértéktelenedésekor a sör ára jelentősen emelkedett, és a helyi italok újra visszaszerezték valamennyire a népszerűségüket. Néhány ország a nemzetközi szeszes ital kereskedelemben legális szállítási tranzitpontként funkcionál. Ilyenkor fontos az importált alkohol mennyiségének kiigazítása a reexportált alkohol mennyiségével az egy főre jutó fogyasztás számításakor. Az illegális tranzit szállítmányozás és a csempészet egyéb formáinak volumenére vonatkozóan nincsenek megbízható adatok. A FAO adatai szerint 1996-ban az előállított alkoholok 2,2%-a „tűnt el” a nemzetközi kereskedelemben (sör 0,81%, tömény szesz 3,10%, bor 2,17%) - ennyi volt a világ alkoholexportjának importhoz viszonyított többlete. Alkoholipari források a világon bárhol beszerezhető tömény szeszek (melyek becsült aránya világ összes tömény szeszes itala között 46%) értékesítésén belül 4%-ra becsülik a vámmentesen értékesített italok arányát. Tehát a vámmentes kereskedelem a tömény szeszek „eltűnését” nem magyarázza.

Az alkoholcsempészet mértéke régióként eltérő lehet. A csempésztett szeszes italok mennyisége sok esetben a rendőrségtől vagy adóhatóságtól kapott információk alapján becsülhető. A csempészet visszaszorítását célzó törvényi kezdeményezések, mint például speciális jelzések használatának előírása vagy magasabb büntetések kiszabása, a csempészet felderítését és mérését is segíthetik (Dohány vagy Egészség Program, 1995).

Az egy főre jutó alkoholfogyasztási mutatók figyelmen kívül hagyhatják a turizmus hatását is, amelyet a hazai lakosok és a turisták alkoholfogyasztására vonatkozó adatgyűjtés különválasztásával lehet korrigálni. Ilyen adatok úgy állíthatók elő, ha a potenciálisan turisták által fogyasztott alkoholok árusítását speciális címkék használatához, engedélyeztetéshez vagy adó fizetéséhez kötik. Amennyiben nincs ilyen adatgyűjtés, de a turizmus volumenére vonatkozó becslés a rendelkezésünkre áll, a turizmus hatása megközelítőleg korrigálható úgy is, ha megbecsüljük a teljes adott évi turistapopulációt (például úgy, hogy a 14 évesnél idősebb turisták által az országban töltött napok számát elosztjuk 365-tel) és ezt hozzáadjuk az egy felnőttre jutó alkoholfogyasztás becslésére használt képlet nevezőjéhez.

Végül, a fentebb megadott alapképlet nem számol a házi készletfelhalmozással sem, ami igen gyakori az érlelést igénylő termékeknél (például a whisky és a konyak). Az ilyen terméket nagy mennyiségben előállítók esetében előfordulhat, hogy egyes években az exportált alkohol mennyisége meghaladja a termelés és az import összegét, ha a korábbi években előállított italok közül beérik és exportforgalmazásra kerül egy nagyobb tétel. Ennek kiküszöbölése úgy lehetséges, hogy számba vesszük az év elején és az év végén rendelkezésre álló készleteket, majd ezek különbségét hozzáadjuk az egy felnőttre jutó fogyasztás becslésére használt képlet számlálójához, hogy ellensúlyozzuk az export növekedését. Mindemellett, a készletfelhalmozás hatása a teljes népesség körében becsült alkoholfogyasztásra a legtöbb országban valószínűleg kicsi, mert főként a piac jobb minőségű termékeit, és csak a tömény italokat és a borokat érinti.

Ideális esetben, amennyiben a vámmentesen vásárolt szeszes italok mennyiségét, a házilag vagy illegálisan előállított alkohol mennyiségét, a hazaiak külföldi alkoholfogyasztását, a turizmus nagyságát, az importált majd reexportált alkohol mennyiségét, valamint a felhalmozott raktárkészletekből adott évben forgalomba hozott alkohol mennyiségét is becsülni tudjuk, az egy főre jutó alkoholfogyasztás becslésének képlete a következő lesz:

előállított alkohol + importált alkohol + illegálisan előállított alkohol + hazaiak által külföldön fogyasztott alkohol + vámmentesen vásárolt alkoholok - turisták által belföldön fogyasztott alkohol – exportált alkohol – re-exportált alkohol + maradék raktárkészletek) / 15 évesnél idősebb népesség száma.

Egy főre jutó alkoholfogyasztás, ivási mintázatok és a magas kockázatokkal járó ivás

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás mutatója a népességben belül az ivási szokások különbözőségeinek mérésére csak kevéssé alkalmas. Az egyes nemzetekre vagy kultúrákra jellemző ivás mintázatok ugyanakkor nagyon fontosak: minél többet tudunk az ivás mintázatairól és az egy főre jutó fogyasztásról, annál pontosabban tervezhetők az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó ártalmak csökkentését célzó intézkedések.

Az egy főre jutó fogyasztási adatok bármilyen nemzetközi összehasonlításakor fontos figyelembe venni az absztinensek arányát a népesség körében. Afrikai városokban végzett felmérések alapján Partanaen (1990) az absztinensek arányát a következőképpen becsli a férfiak, illetve a nők körében: Harare (36% és 80%), Bulaway (47% és 82%) és Lusaka (29% és 40%). Ez azt sugallja, hogy az afrikai városok egy főre jutó alkoholfogyasztási adatainak összehasonlításakor (még ha azok megbízható országos adatokon is alapulnak) figyelembe kell venni az absztinencia arányai közötti különbségeket. Még fontosabb figyelembe venni az ivók népességben belüli arányát, ha a fogyasztási adatokat olyan fejlett országok adataival hasonlítjuk össze, ahol az absztinensek aránya 20% körüli mindkét nem esetében (pl. Ausztrália).

Az értékesítési adatok segítségünkre lehetnek a különböző fogyasztási mintázatok, mint a nagyobb, illetve kisebb fontossággal bíró alkoholfajták fogyasztási mértékének azonosításában, például a gyenge és átlagos erősségű sörök fogyasztása esetében. Ausztráliában az olcsó folyóborok és a jobb minőségű palackozott borok, illetve a különböző erősségű sörök eladásra vonatkozó adatokat választották szét e célból. (Stockwell és társai, 1998). Nem szeretnénk azt a benyomást kelteni, hogy bizonyos italok lényegesen ártalmasabbak lennének, csupán úgy véljük, hogy bizonyos alkoholfajták (jellemzően az olcsóbb változatok) a „veszélyeztetett” ivók körében kedveltebbek, és ezek eladási adatai jelezhetik a magas kockázatokkal járó fogyasztás mértékét. Általánosságban a sör fogyasztása hozható leginkább összefüggésbe a súlyos ártalmakkal (lásd még Stevenson és társai), az alacsony alkoholtartalmú sör fogyasztása pedig a legkevésbé. Az „átlagos” erősségű sör (kb. 3,5%-os alkoholtartalom fölött) egy főre jutó fogyasztása tehát fontos kiegészítő indikátora a magas kockázatokkal járó alkoholfogyasztásnak és az ehhez kapcsolódó ártalmaknak. Amennyiben egyes országokban más magas kockázatúnak tekintett italok fogyasztásáról is rendelkezésre állnak ilyen egy főre jutó becslések, ott azokat célszerű beemlíteni a nemzeti monitorozó rendszerbe.

Az egy főre jutó alkoholfogyasztási adatok nemzetközi összehasonlításakor nem szabad megfeledkezni az egyes országok eltérő társadalmi és demográfiai jellemzőiről sem. Az alkoholfogyasztás mértéke és mintázatai nagy változatosságot mutatnak egy országon belül is, különösképp az ivók életkorának függvényében. Rendszerint az idősebbek isznak a legkevesebbet, a fiatalabbak, főképp a 20-as éveikben járó férfiak pedig a legtöbbet, összességében is, és az olyan napok számát tekintve is, amikor fogyasztott alkoholt a személy. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás életkorral történő kiigazítása ajánlott például annak eldöntéséhez, hogy az egy főre jutó fogyasztás változása vagy eltérései mennyiben köszönhetők a vizsgált populációk eltérő korszerkezetének. Ahhoz, hogy ilyen korstandardizált összehasonlításokat végezhessünk, olyan országos reprezentatív kérdőívekre van szükség, melyek módszertana összehasonlítható, és lehetővé teszi az alkoholfogyasztás jellemző mértékének korcsoportokénti becslését, mind a férfiak, mind a nők körében. Az ivási mintázatok egyéb jellemzői leginkább a lakosság körében végzett populációs vizsgálatok és etnográfiai terepmunka segítségével mérhetőek fel.

Adatokkal és feltevésekkel kapcsolatos problémák

Végezetül, az egy főre jutó fogyasztás becsléséhez használt információk több különböző, különféle adatgyűjtési módszerrel dolgozó forrásból származhatnak. Nehéz lehet megítélni ezek megbízhatóságát, és az is előfordulhat, hogy az egyes országok adatai nem teljes mértékben összehasonlíthatóak. Gyanús lehet, ha több egymást követő évben ugyanazokat az értékeket

jelentik; ilyenkor más adatforrások tanulmányozásával győződünk meg arról, hogy adatgyűjtési anomáliáról van-e szó, vagy valóban stagnál a fogyasztás mértéke. Hasonló óvatossággal kezelendő, ha az egymást követő évek adatai között nagyok az ingadozások, kivéve háború vagy nemzeti katasztrófa esetén.

Az egy főre jutó fogyasztás becsléséhez használt fenti képlet alkalmazása megkívánja a gyártási és kereskedelmi statisztikákból származó adatmennyiségek tiszta vagy abszolút szeszre való átszámítását, ami a különböző italajték alkohol tartalmának becslését teszi szükségessé. Ideális esetben, az alkoholpiac részesedési adatai alapján minden országnak rendszeres erőfeszítéseket kellene tennie annak érdekében, hogy az egyes italajték alkoholtartalmának középértékét megbecsülje, hiszen az országok között e tekintetben nagy különbségek lehetnek. Amikor az italok alkoholerőssége egy italkategórián belül is jelentős eltéréseket mutat (pl. magas alkoholtartalmú és alacsony alkoholtartalmú sörök), olyankor optimális a fontosabb alkategóriára nézve az alkoholtartalom és a fogyasztás becslése. Amennyiben a szesz italokat sújtó adók mértékét az adott ital erőssége, illetve alkoholtartalma alapján határozzák meg (ami közegészségügyi szempontból helytálló megközelítés), akkor az adózással kapcsolatos statisztikák használhatók az egyes italajték átlagos alkoholtartalmának becslésére is.

Nemzeti szintű becslés hiányában, továbbra is kérdés marad, hogy milyen becsléseket használjunk az egyes alkoholfajták erősségére. A sör alkoholtartalmát a Finnish Foundation (1977) 5%-ra becsülte, az USA-ban a NIAAA (1977) 4,5%-ra. Egyes országokban a sörök alkoholtartalma egészen széles skálán, 0,9 és 12% között mozog. Az országok közötti ilyen mértékű különbségek, hektoliterek millióinak esetében, az egy főre jutó fogyasztási értékek alakulását jelentősen befolyásolhatják. Általánosan alkalmazható nemzetközi standard bevezetésére nincs túl sok esély, a három nagy szesz italajték alkoholtartalmában tapasztalható fentebb említett óriási különbségek miatt. Különösen nagyok lehetnek az eltérések a feketegazdaságban gyakran alkalmazott, alacsony szintű technológiák használatával előállított italok esetében. Továbbá, a sör/bor/tömény szesz kategorizálás nem fedi le a világszerte fogyasztott italok mindegyikét, sem az egyes kategóriákon belül is meglévő alkoholtartalombeli különbségeket. Ebből a szempontból, a főbb italajték alkohol erősségére vonatkozó nemzetközi egyezmény nem is feltétlenül kívánatos, mivel csak gyenge alternatíva az egyes szesz italok alkoholtartalmának átlátható és jól megalapozott nemzeti szintű becslése mellett. (...)

Irodalomjegyzék:

- [1] Adrian, M.. *International trends in alcohol production, trade and consumption, and their relationship to alcohol-related problems, 1970 to 1977. Journal of Public Health Policy*, 5. 1984. 344-367.
- [2] Brewers and Licensed Retailers Association. *Statistical Handbook, 1997 Edition*. 1997. Brewing Publications. London.
- [3] Datamonitor. *Global Beer*. 1994. Datamonitor. London.
- [4] Edwards, G., Anderson, P., Babor, T., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., és Skog, O.-J.. *Alcohol Policy and the Public Good*. 1994. Oxford University Press. Oxford.
- [5] Finnish Foundation for Alcohol Studies. *International Statistics on Alcoholic Beverages: Production, Trade and Consumption 1950-1972*. 1977. Finnish Foundation for Alcohol Studies. Helsinki. .
- [6] Fitzgerald, J.L. és Mulford, H.A.. *Alcohol consumption in Iowa between 1969 and 1979: a comparison of sales and survey estimates. Journal of Studies on Alcohol*, 43. 1982. 1171-1189.
- [7] Fitzgerald, J.L. és Mulford, H.A.. *Self-report validity issues. Journal of Studies on Alcohol*, 48. 1987. 207-211.
- [8] Greenfield, T.K. és Rogers, J.D.. *Beer drinking accounts for most of the hazardous alcohol consumption reported in the U.S. Journal of Studies on Alcohol*. 60. 1999. 78-89.
- [9] Haggblade, S.. *The shebeen queen and the evolution of Botswana's sorghum beer industry. In: C. Crush; J. Ambler (Eds.): Liquor and labour in Southern Africa*. 1992. Ohio University Press. Athens OH. 395-412.

- [10] Harkin, A.M.. *Profiles of Alcohol Consumption in the Member States of the European Region of the World Health Organisation*. 1995. Copenhagen, WHO.
- [11] Jernigan, D.. *Multinational alcohol companies in developing countries. Presentation to the 37 International Conference on Alcohol and Drug Dependence*. 1995. San Diego, CA..
- [12] Kling, W.. *Measurement of ethanol consumed in distilled spirits: revision*. *Journal of Studies on Alcohol*, 52. 1991. 503-504.
- [13] Lemmens, P.H. és Knibbe, R.A.. *Seasonal variation in survey and sales estimates of alcohol consumption*. *Journal of Studies on Alcohol*, 54. 1993. 157-163.
- [14] *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: U.S. Apparent Consumption of Alcoholic Beverages Based on State Sales, Taxation, or Receipt Data*. 1997. National Institutes of Health. Bethesda.
- [15] *Pan American Health Organisation: Special report. Epidemiological report on the use and abuse of psychoactive substances in 16 countries of Latin America and the Caribbean*. *Bulletin of PAHO*, 24. 1990. 97-139.
- [16] *Parry CDH Bennetts AL Alcohol Policy and Public Health in South Africa*. 1998. Oxford University Press. Cape Town.
- [17] Partanen, J.. *Abstinence in Africa*. In: J. Maula, M. Lindblad, C. Tigerstedt, L. Green-Rutanen (Eds.): *Alcohol in developing countries*. 1990. Nordic Council for alcohol and Drug Research. Helsinki. 70-85.
- [18] Partanen, J.. *Sociability and intoxication: Alcohol and drinking in Kenya, Africa and the modern world*. 1991. Finnish Foundation for Alcohol Studies. Helsinki.
- [19] Pernanan, K.. *Validity of survey data on alcohol use*. In: Gibbins R.J., Israel Y., Kalant H., Popham R.E., Schmidt W., Smart R.G. (Eds.): *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*. 1974. Wiley. New York.
- [20] *Q-Mulative Research: Q-Mulative Data Package: Alcoholic Beverage Extracts January 1994 - December 1995*. 1996. Q-Mulative Investments. Harare.
- [21] *Shanken Communications: Impact Worldwide Distilled Spirits Report 1995 Edition*. 1995. Shanken Communications. New York.
- [22] Smart, R.G.. *World trends in alcohol consumption*. *World Health Forum*, 12. 1991. 99-103.
- [23] Smith, P.F., Remington, P.L., Williamson, D.F., és Anda, R.F.. *Comparison of alcohol sales data with survey data on self-reported alcohol use in 21 states*. *American Journal of Public Health*, 80. 1990. 309-312.
- [24] Stevenson, R., Lind, B., és Weatherburn, D.. *The relationship between alcohol sales and assault in New South Wales, Australia*. *Addiction* **FIXME**.
- [25] Stockwell, T., Masters, L., Phillips, M., Daly, A., Midford, R., Gahegan, M., és Philp, A.. *Consumption of different alcoholic beverages as predictors of local rates of assault, road crash and hospital admission*. *Australian and NZ Journal of Public Health*, 22, 2. 1998. 237-242.
- [26] *Tobacco or Health Programme: Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. 1995. WHO. Geneva.
- [27] Walsh, B. és Grant, M.. *Public Health Implications of Alcohol Production and Trade*. 1985. WHO. Geneva.
- [28] Williams, B., Chang, K., Truong, M.V., és Saad, F.. *International Profile: Alcohol and Other Drugs, 1994*. 1994. Alcoholism and Addiction Research Foundation. Toronto.
- [29] *World Drink Trends: International Beverage Alcohol Consumption and Production Trends*. 1997. NTC Publications. Henley-on-Thames.

[30] *World Health Organization: Global Status Report on Alcohol*. 1999. WHO. Geneva.

3. Hogyan képezhetők indikátorok az alkohol okozta ártalmak mérésére egészségügyi, rendőrségi és más hivatalos statisztikákból

World Health Organisation (2000): How to develop indicators of alcohol-related harm from health, police and other official statistics in: International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, Geneva, WHO, p. 77-95

Az esetazonosítás problematikája

Elsőre könnyen elcsügged az ember, amikor azzal a kihívással találkozik, hogy hivatalos adatforrások felhasználásával képezzen indikátorokat alkohol okozta ártalmak mérésére. Látszólag leküzdhetetlen problémának tűnik a tény, hogy miközben független kutatások erős kapcsolatot mutatnak bizonyos problémás események és az alkohol között, ezt a tényt ritkán jelzik hivatalos rendőrségi jegyzőkönyvek vagy kórházi kártonok. Gyakori reakció erre a problémára, - eltekintve a próbálkozással való felhagyástól -, olyan rutin rendszerek létrehozása, amelyek megpróbálják rögzíteni az alkohol szerepét a bűntényekben, sérüléseknél és a kórházi felvétel során. Olyan körülmények között, amelyek előfordulása valószínűtlen (főleg a fejlődő országokban), mint például a szigorú protokollt követő, jól képzett alkalmazottak, akik éjjel-nappal rendelkezésre állnak, talán lehetséges lenne egy megbízhatóbb nyilvántartás kialakítása. Gyakori tapasztalat azonban, hogy még ha a nyilvántartási rendszerben egy külön rovatban jelölhető is, ha a nővér vagy rendőr véleménye szerint az alkohol szerepet játszott az eseményben, ezek az információk akkor is hiányosan és inkonzisztensen vannak rögzítve (pl. Brinkman és társai, 2000). A valóságban nehéz annak megítélése, hogy az alkohol okozta-e a sérülést vagy a bűntényt, azok a személyek pedig, akiknek ezt meg kellene ítélnie, lehet, hogy különböző kritériumokat alkalmaznak, és rendszerint a sürgős problémával vannak elfoglalva.

Kreatív megoldások

(i) Koncentráljunk kizárólag az alkohol-specifikus esetekre

Először is, a legtöbb ország nyilvántart korlátozott számú alkohol-specifikus esetet és körülményt. Az egészségügyi statisztikák szolgáltatják a legjobb példákat. Az English és társai (1995) által készített áttekintés 12 olyan BNO-9 diagnosztikai kategóriát azonosít, amelyek alkohol-specifikusak, pl. alkoholos májcirrózosis, vagy gastritis. Ezek közül az egyiket, a félrenyelést, nem mindig tulajdonítják az alkoholnak, például Shulz és társai (1991) az ilyen esetek 25%-át ítélte úgy, hogy alkohol okozta. (...)

A mérés szempontjából különböző körülmények jelenthetnek problémát, pl. hiányos diagnózis a család stigmatizációtól való védelme érdekében, az igazságszolgáltatás változó gyakorlata. A továbbiakban tárgyaljuk, hogy ezek részét képezik az ártalmak mérésére szolgáló indikátorok összességének.

(ii) Alkoholfogyasztással nagymértékben összefüggőnek tekintett regisztrált esetek és körülmények alcsoportjainak azonosítása

A problémás esetek trendjének vizsgálatára, ellentétben a pontos prevalencia értékkel (ami a hagyományos epidemiológia kulcskérdése), elegendő az olyan esetek típusainak rutinszerű azonosítása, amelyről a helyi kutatások megállapították, hogy az alkoholfogyasztással nagymértékben összefüggnek. A klasszikus példa erre, hogy az útbiztonsági kutatásokban proxy változóként használják az egyjárműves, éjszakai, közúti baleseteket az alkohollal összefüggő balesetek mérésére. (pl. Holder és Wagenaar, 1993). Független kutatások többször kimutatták, hogy sok alkoholfogyasztó országban ezek gyakran összefüggnek az alkoholfogyasztással (pl. Hingson és társai, 1993). Miközben az alkohol szerepének jelölése ritka, ha egyáltalán rögzítésre kerül, az esemény időpontját gyakran rögzítik. Az akut alkoholfogyasztás okozta ártalmak mérésére proxy változóként szolgálnak az éjszaka elkövetett testi sértések és a sürgősségi osztályokon ellátott sérülések. Figyelembe

kell venni a fontosabb változásokat az ellátásban, a rendőrség eljárási gyakorlatában és a nyilvántartási rendszerekben, de egyébként az ilyen „proxy” vagy „helyettesítők” helyet érdemelnek az alkohol okozta ártalmak indikátorainak sorában.

(iii) Olyan események kontrollindikátorként való alkalmazása ugyanazoknál a hivatalos statisztikáknál, amelyek nem vagy csak ritkán kapcsolódnak alkoholfogyasztáshoz

A helyettesítő mérések esetében egyértelműen megvan az esélye annak, hogy az alkoholfogyasztáson kívüli számos egyéb faktor is torzítja. Ezen torzító tényezők legalább részben kontrollálhatók, ha kialakíthatók olyan kontrollváltozók, amelyeknél ismert, hogy nem, vagy csak ritkán kapcsolódnak alkoholfogyasztáshoz. Ezt a megközelítést alkalmazták Ausztrália északi részén, távoli, többnyire falusi körzetekben, ahol magas az őslakosok aránya. Rendelkezésre álltak alkoholfogyasztással összefüggő és ahhoz nem kapcsolódó morbiditási és mortalitási adatok. (Chikritzhs és társai, 1999).

A négyéves kutatási időszakban eltérő trendeket figyeltek az alkohollal összefüggő és az azzal nem összefüggő esetekben, amelyek arra utaltak, hogy az alkohollal összefüggő esetek számának megfigyelt csökkenése valós volt és nem más alternatív magyarázatok okozták. Kontrollfeltételeket alkalmaztak ahhoz is, hogy összehasonlítsák az alkoholfogyasztáshoz kis, illetve nagymértékben kapcsolódó közúti baleseteket, úgymint balesetek napközben, munkanapon, szemben az éjszaka, hétvégén (és fizetésnapon) történt esetekkel.

(iv) Kutatási adatok használata annak becslésére, hogy mekkora az alkohol egyedi hozzájárulása a problémás eseményekhez, és az indikátorok ennek megfelelő korrigálása

A megközelítés szemléletes példája az egészségügyi statisztikáknál alkalmazható ország vagy régió specifikus ‘oksági arányszámok’ (Aetiologic Fractions – AFs) képzése ismerten alkoholfogyasztással összefüggő halálesetek alapján (English és társai, 1995). Az elgondolás szerint vegyük az összes olyan megfigyelt morbiditási és mortalitási esetet, amelyeknél tudjuk, hogy legalább részben összefüggnek az alkoholfogyasztással, és becsljük a valóban alkohollal összefüggő esetek számát az oksági arányszámok segítségével, minden korcsoportra és nemre külön kalkulálva. A használt módszerek kissé komplexek, a fejezet később tartalmaz részletesebb útmutatást arra vonatkozóan, hogy ez a megközelítés hogyan alkalmazható a rendelkezésre álló nemzeti morbiditási/mortalitási statisztikák esetén. English és társai (1995) munkájának módszertani részei szintén ajánlhatók az olvasónak, valamint célszerű megismerni a tanulmány eredményeket ismertető fejezetét is.

(v) Összetett indikátorok képzése

Bármely, részben alkohol okozta esemény prevalencia értékét egyértelműen befolyásolják más rizikófaktorok változásai. Több ilyen eseményből, az oksági arányszámmal történő korrigálás után, további arányokat számolva összevont mérőeszközt hozhatunk létre, amely növelni fogja ugyan a torzítási lehetőségeket, de szinte biztosan tompítja az átfogó hatásukat az indikátorra, mivel elég valószínűtlen, hogy mind ugyanabba az irányba torzítsanak, így a különböző torzítások inkább kiegyenlítik egymást. Ezért az alkoholfogyasztással összefüggő események összetett mérőszámainak változása nagyobb valószínűséggel tükrözi annak mértékét, hogy az alkohol fogyasztása mennyiben járul hozzá az ilyen ártalmakhoz.

Halálozási statisztikák, valamint sérülések és betegségek adatainak használata alkohol okozta ártalmak indikátorainak képzéséhez

Miközben az egészségügyi következmények csak egy részét képezik azoknak a terheknek, amelyeket az alkoholfogyasztó országok viselnek, ezek mégis a legjelentősebbek és a legkölségesebbek között vannak. Nemzeti vagy akár nemzetközi szintű monitorozás céljából az egészségügyi statisztikák használta alkohol okozta ártalmak indikátorainak képzéséhez több okból is megfelelő:

- i. A világ legtöbb országának van valamilyen formában halálozási okokra vonatkozó adata, amely használja a betegségek nemzetközi, összehasonlító osztályozása szerinti diagnosztikai kategóriákat. (BNO-9, BNO-10, DSM-IVR).
- ii. A fejlett országokban és néhány másokban is lehetséges a kórházak betegfelvételi adatainak és zárójelentéseinek használata, amelyek ismételten, szinte univerzálisan használják a betegségek és sérülések okainak standard nemzetközi osztályozási rendszereit.
- iii. English és társainak (1995) összefoglaló tanulmánya is rendelkezésre áll, amelyben szisztematikusan összefoglalták és feldolgozták az alkohol és az egészség kapcsolatáról szóló teljes, aktuális, nemzetközi tudományos szakirodalmat. Ez az információforrás módszertant és kiindulási pontot ad az arányok becsléséhez 38 halálok, sérülés vagy betegség esetén, amelyeket bizonyíthatóan legalább részben alkohol okozott. Nincs hasonló tanulmány vagy módszertan, amely az alkoholfogyasztással összefüggő ártalmak más nagyobb típusait, mint például társadalmi vagy személyes problémák, tárgyalná.

Az oksági arány módszere az alkohol okozta morbiditás és mortalitás számszerűsítéséhez

Az oksági arányszám azon feltételnek megfelelő nyilvántartott esetek aránya egy populációban, melyről valószínűsíthető, hogy kizárólagos oka egy sajátos kockázati tényező, - esetünkben az alkoholfogyasztás -, miután kontrolláltuk a demográfiai változók zavaró hatásait vagy egyéb kockázati tényezőket, mint például a dohányzás, hatását. Ez az arányszám országról országra változik számos olyan tényező következtében, mint például az alkoholfogyasztás mértékében és mintázataiban megmutatkozó különbségek.

A betegségek, sérülések és halálozás alkoholos oksági arányszámának becsléséhez elméletileg három fő adatforrás szükséges:

1. olyan meta-analízisből származó relatív kockázati értékek, amely meghatározott szintű alkoholbevitelt tárgyaló epidemiológiai vizsgálatok széles skáláját dolgozta fel,
2. ugyanilyen szintű alkoholfogyasztás prevalencia értékei az érintett populációban
3. az aktuális halálesetekről és a kórházi betegfelvételtől készült egészségügyi statisztikák

Az oksági arányszámok becsléséhez az akut alkohol intoxikációval összefüggő eseményeknél (a sérülések legtöbb formája) a gyakorlatban egyszerűbb 'direkt módszer' használatos, ami nem igényel helyi kutatási adatokat a különböző szintű alkoholfogyasztás prevalenciájára vonatkozóan. Helyette English és társai (1995), valamint Single és társai (1999) úgy becsülik az oksági arányszámot autóbaleset és fulladás esetén, hogy azon esettanulmányok sorozatának adatait használják, amelyekben szisztematikusan vizsgálták, milyen arányban volt szerepe az alkoholnak a sérülés bekövetkezésében.

(...)

Alkohol okozta ártalmak népességen belüli arányainak számítása

Monitorozási és epidemiológiai célból fontos az adott probléma népességen belüli arányának becslése, hogy lehetővé váljon a közvetlen összehasonlítás időben és térben, figyelembe véve a populáció kisebb változásait. Ezeket az arányokat tanácsos a „veszélyeztetett populációban” (azaz alkoholfogyasztók) számolni a teljes populáció helyett. A legtöbb országban, ahol az alkohol túlnyomó többségét felnőttek fogyasztják, legjobb az alkohol okozta ártalmak arányát a 15 évnél idősebb népességre vonatkozóan számolni (pl. 10,000 felnőtt lakosra jutó esetek száma). Alkoholhoz kapcsolódó egészségügyi problémák alacsony számban előfordulnak gyerekeknél is, gyakrabban más emberek fogyasztásából fakadóan. A legtöbb egészségügyi probléma magukat az alkoholfogyasztókat érinti, meglehetősen alacsony arányban fordulnak elő problémák a nem érintettek körében, különösen a fejlődő országokban. Mindezekon felül, ha összehasonlítjuk az arányokat akár időben, akár térben, határozottan ajánlott az életkor standardizálása, hogy a vizsgált népesség kormegoszlásának különbségeit korrigáljuk. Például azokban az országokban, ahol a népesség nagy része 65 év feletti, a teljes népességre vetített alkohollal kapcsolatos problémák száma alacsonyabb, mivel ebben a korosztályban a fogyasztás általában alacsony. Az életkor standardizálásának módját a legtöbb epidemiológiai tankönyv leírja (pl. Hennekens, Mayrent, 1987).

Absztinencia vagy alacsony kockázatú fogyasztás, mint a relatív kockázat becslésének alapja

Single és társai (1999) tanulmányában a relatív kockázat becslések zéró fogyasztással (absztinenciával) számolnak, mint viszonyítási alappal, ugyanis az volt a cél, hogy megbecsüljék az alkohol és más drogok által okozott teljes gazdasági költség nagyságát Kanadában. English és társai (1995) az alacsony kockázatú fogyasztást használták viszonyítási alapként a relatív kockázat becsléséhez. Az előbbit az utóbbira egyszerű átalakítani: a közepes és magas fogyasztás relatív kockázata az absztinencia helyett az alacsony kockázatú alkoholfogyasztás relatív kockázatával van elosztva.

Mindkét viszonyítási alap használata mellett és ellen is szólnak érvek. Az alacsony kockázatú alkoholfogyasztás valóban emeli a halálozás vagy megbetegedés kockázatát bizonyos körülmények, pl. mellrák esetén. Ugyanakkor az alacsony kockázatú alkoholfogyasztást védő faktornak tekintik az ischaemiás szívbetegségek esetén. Mivel az utóbbi a halálozások egyik fő oka a fejlett országokban, ezért bizonyos számítások azt mutatják, hogy több életet ment meg, mint amennyit követel. További érv az absztinencia, mint mérce használata ellen a morbiditás és mortalitás kockázatának összehasonlítása során, hogy az alacsony kockázatú ivás néhány országban normatív jellegű (legalábbis a mértéke, ha a mintázata nem is), és a kisebbségben lévő absztinensek más kockázati faktorokkal rendelkezhetnek. Ezen kívül azzal is lehet érvelni, hogy az alkohol okozta ártalmak megelőzésében éppen az alacsony kockázatú fogyasztás a legfőbb közegészségügyi cél, amelynek olyan mércének kell lennie, amihez viszonyítható a megbetegedés és halálozás kockázata. Az alacsony kockázatú alkoholfogyasztás által megmentett életek becslését néha félreértelmezik, sugallva, hogy az alkoholfogyasztás minden formája egészséges.

Mindezek jól szemléltetik, hogy az elvesztett életek (Person Years of Life Lost -PYLLs) és az egészségkárosodással korrigált életek (Disability Adjusted Life Years - DALYs) számítása túlmutat a halálesetek egyszerű számbavételén. Ezek a mérőszámok egyértelművé teszik, hogy a közepes és a magas kockázatú alkoholfogyasztás teljes emberi vesztesége messze meghaladja annak előnyeit.

Végül két javaslat:

- i. Mindig legyen egyértelmű, hogy melyik módszert alkalmazták, hogy megkönnyítsék az összehasonlítást és elkerüljék a zavart.
- ii. Ahol az absztinenciát használják viszonyítási alapként, ott külön kell választani a megmentett és az elvesztett életek becslését. A megmentett vagy elvesztett életek nettó értéke hiányzik az egyenlet mindkét oldaláról, ugyanakkor tény,

hogy rendszerint a meglehetősen különböző alkoholfogyasztási mintázatok szolgálnak mind a látszólagos egészségügyi hasznok, mind a nagyon is valóságos egészségügyi költségek alapjául.

iii. Ahol lehetséges, becsüljük a PYLLs vagy a DALYs értékét

Az alkohol okozta ártalmak mérésére szolgáló összetett indikátorok használatának értéke

További kérdés ezeknek az epidemiológiai módszereknek időbeli trendek monitorozásához való használatakor, hogy egy bizonyos körülmény szintjeinek varianciája milyen mértékben tudható be az alkoholon kívüli okoknak. Például Single és társai (1999) becslései szerint a mellrákos eseteknek csak 4%-a volt az alkoholfogyasztáshoz köthető, azaz 0,04 oksági arányszámú. Ez azt jelenti, hogy a teljes variancia 96%-át más okok magyarázzák, így a mellrák prevalencia értékének trendjeit, az oksági arányszám módszerét használva, nem lehet megbízhatóan a közepes és magas kockázatú ivás változásának tulajdonítani – még ha a közepes és a magas kockázatú alkoholfogyasztás prevalenciájának változása figyelembe is lett véve. Ezen mérési kérdés megoldására két megközelítés ajánlott.

Először is az alkoholhoz köthető morbiditási és mortalitási adatokat célszerű kategorizálni a becsült oksági arány (AFs) nagysága alapján. Minden esetet be lehet sorolni vagy alkohol specifikus eseményként (AFs = 1,0), vagy magas (AFs > 0,49 és < 1,0), közepes (AFs > 0,24 és < 0,5) és alacsony (AFs > 0 és < 0,25) alkohol oksági viszonytal rendelkezőként. Ez a sajátos mérési probléma egyértelműen kevésbé komoly, amikor az oksági arányszámok magasabbak, és az adatokban megjelenő trendek interpretálásában nagyobb hangsúly esik olyan körülményekre, amelyek jobban köthetők az alkoholfogyasztáshoz. Az alkohol-specifikus események egyik hátránya, hogy egy részük nagy valószínűséggel nem kerül be a nyilvántartásokba, mivel a legtöbb társadalomban stigma kötődik az alkoholproblémákhoz. Ennek következtében fontos a közepes és magas alkohol-okság eseteit is vizsgálni, amelyeket kevésbé valószínű, hogy befolyásolnak ilyen torzítások.

Másodszor, az összetett mérőszámokat célszerű több, különböző, alkoholhoz kapcsolódó körülményből létrehozni, azonos módon fogva, hogy ezeknek az adatoknak a varianciája különbözik az alkoholadatokétól, valószínűleg nem konstans, és így az összetett mérőszám nagyobb valószínűséggel tükrözi a valós alaptendenciákat az alkohol okozta ártalmakra vonatkozóan.

Ilyen összetett mérőszámok képezhetők alacsony, közepes, magas és teljes alkohol-okságot mutató események, illetve azok megfigyelt és összehasonlított trendjeinek összegyűjtésével. Ismételt nagyobb hangsúlyt kell fektetni a magasabb alkohol-oksággal magyarázható trendekre. A különböző kategóriák közötti konzisztens trendek lennének a legerősebb bizonyítékaik az alkohollal összefüggő morbiditás és a mortalitás valós trendjére.

(...)

Korai halálozás miatt elvesztett életévek becslése (Person Years of Life Lost - PYLL)

Miután minden egyes alkohol-oksági kategóriában azonosítottuk az alkohol okozta halálesetek számát (a körülmény-specifikus oksági arányszámok alkalmazásával), lehetséges az elvesztett idő mennyiségének becslése (években) olyan emberek esetén, akiknek korai halálát magas kockázatú alkoholfogyasztás okozta. Ez egy meglehetősen hatékony módszer, ajánlott annak becslésére, hogy az alkohol mennyiben járul hozzá a korai halálozáshoz. Nagy előnye, hogy összekapcsolja a ténytet, miszerint néhány alkohol okozta esemény fiatalok halálához vezet, pl. a balesetek fő oka, más események pedig csökkentik a várható élettartamot a későbbi években.

Többféle statisztikai módszert dolgoztak ki, amelyek megkísérlik megbecsülni a korai halálozás miatt elvesztett életévek számát, ugyanakkor a legtöbbnek megvan a maga hiányossága is. A legegyszerűbb és a legkönnyebben konceptualizálható csupán annyit tesz, hogy az életkort, amikor az egyén meghalt, kivonja a vizsgált populációra jellemző, várható élettartam becsült átlagából.

Murray és Lopez (1996) a Global Burden of Disease című munkájában a következő egyszerű képletet ajánlja a korai halálozás miatt elvesztett életévek kiszámítására:

$$APYLL = \sum_{x=0}^L d_x(L-x) \quad (1)$$

ahol

APYLL = korai halálozás miatt elvesztett életévek megközelítő száma

L= egy tetszőleges maximális életkor

dx= halálesetek száma egy azonos korú populációban

Forrás: Murray és Lopez (1996)

Sajnos ez az egyszerű módszer végül felülbecsüli az elvesztett életévek számát, mivel nem veszi figyelembe a tényt, miszerint az egyén bármilyen korban ki van téve a halálozás bizonyos kockázatának, és ez a kockázat az évek számával változik. Lényegében, ha azok nem haltak volna meg, akik az alkohol miatt egyébként nem érték meg az öregkort, akkor is számolni kell más okból bekövetkező halálozás lehetőségével. Változó annak valószínűsége, hogy az egyén megéri a várható élettartamot és függ az egyén születésének időszakától és a nemétől. Mindebből következően, annak érdekében, hogy reális becslést kapjunk az elvesztett életévek számáról, olyan számítási módszert kell alkalmazni, ami használja az aktuális halandósági táblákat. Az egyik ilyen módszert, aminek a megközelítése eredetileg Chiangtól (1961, 1968) származik, Hakulinn és Teppo (1976) írta le. Ezt a módszert használták Holman és társai (1990), valamint English és társai (1995) is a PYLL számításához, és jelen esetben is ennek kifejtésére esett a választásunk.

A halálozási tábla alkalmazásához a PYLL kiszámításában a halál okával kapcsolatban több előfeltevés is megfogalmazódott:

1. az egyének ki vannak téve számos olyan egymást kölcsönösen kizáró, egymással versengő halálokoknak, amelyek független kockázatot jelentenek
2. az az átlagos időintervallum (t), amit egy adott életkorban elhunyt egyén megélhet, az egy halálok kiiktatásával sem változik, vagyis feltételezzük, hogy a korral járó halálozási ráta változásának mértéke konstans
3. a t előtti halálozás valószínűsége egyenlő a t utáni halálozás valószínűségével a releváns életkori intervallumban
4. a t átlagos intervallumban „megmenekült” és az adott intervallumban elhunyt egyén rendszerint a hátralévő intervallum közepén hal meg (Holman és társai 1990)

Annak érdekében, hogy ki tudjuk számolni a PYLL-t, az alkohol okozta halálozásokat (azaz alkohol okozta halálozások nyers számát szorozva az alkohol oksági arányszámmal) először ötéves életkori csoportokba kell rendezni, kezdve a 0-4 éves korcsoporttal, külön férfiakra és nőkre. A legfelső életkori csoport, amit bevonnak a PYLL számításába változhat, de általában tükrözi a vizsgált régió várható átlagos élettartamát. Például a legutóbbi vizsgálat, ami Ausztráliában becsülte az elvesztett életévek számát az alkohol okozta haláleseteknél, bevont minden halálesetet 70 éves korig, azaz a maximális életkori csoport a PYLL számításakor a 65-69 közötti volt (Holman és társai 1990, English és társai 1995). Mivel akkoriban a legtöbb fejlett országban a várható élettartam átlaga 70-74 év között mozgott, ez megfelelőnek tekinthető. Ahogy a várható élettartam átlaga növekszik, úgy célszerű az idősebbek bevonása is. További megfontolás tárgya, amikor meghatározzuk, hogy melyik korosztályok relevánsak a korai halálozás becsléséhez, hogy vajon a 0 és 15 éves kor közöttiek ide tartoznak-e. A visszaélészerű alkoholfogyasztásból eredő csecsemő- vagy gyermekhalálozás nagyon kis arányban fordul elő az alkohol okozta halálesetek között, de abból adódóan, hogy ilyen halálesetek előfordulnak nagyon fiatal korban is, a kapott PYLL az összehasonlításkor nagy értéket vehet fel. Míg önmagában nem probléma, ha a PYLL-t arra használják, hogy a halálokokat besorolják a közösségre nehezedő terhek alapján, a többnyire csak csecsemőket és gyerekeket érintő okok (pl. alacsony születési súly) aránytalanul nagy súlyt kaphatnak azokhoz képest, amelyek a középkorúakat vagy a fiatal felnőtteket érintik.

Ezen oknál fogva néhány kutató a 15 éves kor előtti halálozásokot, azaz a 0-4 éves, 5-9 éves és a 10-14 éves korcsoportokat inkább kihagyja az elemzésből, így a PYLL-t csak a 15-69 éves kor közötti halálozásokra számolja ki (vagy ami a felső határ) (Holman, Shean 1986).

A korai halálozás becslése rugalmasabból a szempontból, hogy számítható egyéni feltételek szerint, „minden halálokra” vonatkozóan, vagy a feltételek kombinálásával. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy ha a PYLL-t egyszer egyéni feltételek szerint vezeték le, nem összegezzük más számításokkal. Például amikor a PYLL-t az alkohol okozta halálozások minden típusára szeretnék becsülni, akkor a kor- és nem-specifikus halálozások teljes számát (korrigálva az alkohol okozta aránnyal) először össze kell adni, és aztán lehet a releváns képletet alkalmazni. Ennek oka, hogy a két vagy három eseményre csoportosan kiszámított PYLL mindig meghaladja a minden feltételre külön kiszámított egyéni PYLL-ek összegét. Ez azért merül fel, mert minél több halálról távolítunk el, annál alacsonyabb a fennmaradó mortalitás – vagy a más okból bekövetkező halálozás kockázata. Ahogy a reziduális mortalitás csökken, a feltételek kombinációjának tulajdonított PYLL növekszik. English és társai az 1995-ös publikációjukban a PYLL becsléséhez külön erre a célra Dr. Jim Codde (Western Australian Health Department) által kifejlesztett számítógépes szoftvert használtak, a halandósági táblán alapuló módszerhez. Codde azóta kidolgozta a programot, és megalkotta a Rates Calculator szoftvert (1999). A PYLL számításához jelenleg az ausztrál népességére vonatkozó legutóbbi halandósági táblákat használják, ugyanakkor ezek helyettesíthetők alternatív halandósági táblákkal, ha szükséges.

Irodalomjegyzék:

- [1] Chiang, C.L.. 1960. *Introduction to stochastic processes in biostatistics*. Wiley. New York.
- [2] Chikritzhs, T., Stockwell, T., Hendrie, D., Ying, F., Cronin, J., Fordham, R., és Phillips, M.. 1999. *The public health and economic benefits of the Northern Territory's Living With Alcohol program 1992/3 to 1995/6*. National Drug Research Institute, Curtin University. Perth.
- [3] Codde, J.. 1999. *Rates Calculator software. Epidemiology and analytical services*. Western Australian Health Department.
- [4] English, D.R., Holman, C.D.J., Milne, E., Winter, M.G., Hulse, G.K., Codde, J.P., Bower, C.I., Corti, B., De Klerk, N., Knuiman, M.W., Kurinczuk, J.J., Lewin, G.F., Ryan, G.A., és B., De Klerk. 1995. *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia*. Commonwealth Department of Human Services and Health. Canberra.
- [5] Hakulinen, T. és Teppo, L.. 1976. *The increase in working years due to the elimination of cancer as a cause of death. International Journal of Cancer, 17. 429-435.*
- [6] Hennekens, C.H. és Mayrent, S.L.. 1987. *Epidemiology in Medicine*. Little Brown and Company. Boston.
- [7] Holder, H. és Wagenaar, A.. 1993. *Mandated server training and reduced alcohol involved crashes: a time series analysis of the Oregon experience. Accident, Analysis and prevention, 26, 1. 89-97.*
- [8] Holman, C.D.I és Shean, R.E.. 1986. *Premature adult mortality and short-stay hospitalisation in Western Australia attributable to the smoking of tobacco, 1979-1983. The Medical Journal of Australia, 145. 7-11.*
- [9] Murray, C. J. L. és Lopez, A. 1996. *Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murray, C. J. L. & Lopez, A., (eds.): The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. 201-246. Harvard School of Public Health. Boston.*
- [10] Shultz, J., Rice, D., Parker, D., Goodman, R., Stroh, G., és Chalmers, N.. 1991. *Quantifying the disease impact of alcohol with ARDI software, Public Health Reports 106. 443-450.*
- [11] Single, E., Robson, J., Rehm, J., és Xie, X.. 1999. *Morbidity and Mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada, American Journal of Public Health, 89 (3). 385-390.*

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

Kim Bloomfield, Ann Hope és Ludwig Kraus: A review of alcohol survey methodology: towards a standardised measurement instrument for Europe. *Drugs: Education, Prevention, Policy* 2011. megjelenés alatt)

Háttér

Az alkoholfogyasztás az egyik legfontosabb, egészségi állapotot befolyásoló tényező az Európai Unióban. A becslések szerint 53 millió európai felnőtt (15%) egyáltalán nem fogyaszt alkoholt, míg körülbelül 58 millióan (16%) nagyivók, akik közül 23 millióan (6,5%) alkohol-függők (Anderson, Baumberg 2006). A legutóbbi Eurobarometer felmérés során 133 millió EU polgár számolt be legalább havi egy kockázatos alkoholfogyasztásról (≥ 50 gramm alkohol alkalmanként), amely a felnőtt populáció egyharmadát jelenti (TNS Opinion 2010). Azonban a kockázatos alkoholfogyasztási mintázatok prevalenciája nagymértékben függ a felmérésekben használt kérdésektől, definícióktól, illetve módszertanoktól (Anderson, Baumberg 2006). Jelenleg az EU-ban nem létezik standardizált, összehasonlítható vizsgálati módszertan, amely alkalmazható lenne a nagyivás, az alkalmoszerű nagyivás, a lerészegedés, az alkohol abúzus, és az alkohol-függőség mérésére. A Monitorozandó Közegészségügyi Indikátorok Európában (European Community Health Indicators for Monitoring – ECHIM) projekt keretében már megkezdtek az összehasonlíthatóság értékelését az Európai Bizottság által jóváhagyott összes egészségügyi indikátor esetében. Az ECHIM a mai napig a kockázati tényezők indikátorai közé sorolja az alkoholfogyasztás, illetve a kockázatos alkoholfogyasztás minden mérőeszközét. Az Európai Lakossági Egészségfelmérés (EHIS) során is törekszenek arra, hogy alkoholfogyasztásra vonatkozó standardizált kérdéseket dolgozzanak ki és alkalmazzák azokat a nagyszabású egészségfelmérésben. Az alkoholfogyasztási adatokért, indikátorokért és definíciókért felelős EU Bizottság az alkoholfogyasztás és ártalmi kapcsán 3 kulcsindikátort javasol: a fogyasztás mennyiségét; a fogyasztás mintázatait; és az alkoholfogyasztásból eredeztethető egészségügyi ártalmakat. Az alkoholfogyasztás mennyiségét az egy főre (≥ 15 év) jutó összes fogyasztás mennyiségeként határozzák meg, az alkoholfogyasztás mintázatait az ártalmas ivás (≥ 60 gramm alkalmanként) legalább havi előfordulása méri, illetve a harmadik az alkoholfogyasztásnak betudható elvesztett életévek száma (idő előtti halálozás) (Comm. on Alcohol Data 2009).

Az Európai Bizottság 2007-es munkatervében szerepel az ivási szokásokra vonatkozó standardizált, összehasonlítható vizsgálatok kidolgozása. A SMART projekt (Standardized Measurement of Alcohol-Related Troubles – Az alkohollal összefüggő problémák standardizált mérése) legfőbb célja, hogy kifejlesszen egy átfogó és összehasonlítható vizsgálati módszertant az alkoholfogyasztásra, az ivás mintázataira, az alkohollal összefüggő problémákra vonatkozóan, illetve támogatást szerezzen az alkoholpolitikával kapcsolatos vizsgálatokhoz az EU-ban.

A SMART projektet 2008-ban indították 10 tagállam alkoholfogyasztási vizsgálatok módszertanában jártas szakértőinek részvételével. Ez a cikk áttekintést ad különböző, jelenleg alkalmazott alkoholfogyasztási vizsgálatok módszertanairól, azért hogy alapot adjon az európai szintű standardizált, összehasonlítható vizsgálati módszertan kidolgozásához. Az összefoglaló bemutatja az alkoholfogyasztás, azon belül is a kockázatos ivás vizsgálatához használt különféle mérőeszközöket, továbbá kitér az adatfelvételi módszerekre is. A cikk ezt követően az alkohol okozta ártalmak 3 fő területére koncentrál: az abúzusra/függőségre, a negatív szociális következményekre, és a másoknak okozott károokra.

Az alkoholfogyasztás mérése

Gmel & Rehm (2004) és Dawson (2003) munkássága kitűnő eligazodást nyújt ahhoz, hogy a különböző mérőeszközök közül válasszunk. Gmel & Rehm (2004) először azt a kérdést teszi fel, hogy miért akarunk mérni. Az alkoholfogyasztásra vonatkozó információt arra használjuk, hogy:

- a. leírjuk a jelenséget (pl. becsüljük a pontos fogyasztás mértékét),

- b. vizsgáljuk a különbségeket (pl. összehasonlítjuk különböző populációk, alcsoportok fogyasztását),
- c. megállapítsuk az összefüggéseket (pl. a fogyasztás mértékét összekapcsoljuk bizonyos következményekkel).

A SMART projekt célja egy standardizált mérőeszköz készlet kidolgozása az alkoholfogyasztást vizsgáló európai kutatások számára. Ez azt is jelenti, hogy a kiválasztott mérőeszközöket fogják használni Európa minden országában. Ezért az alkoholfogyasztás mértékének becslése és a különbségek vizsgálata a SMART legfőbb prioritása a megfelelő mérőeszközök kiválasztása során.

A kérdőíves kutatásokban az alkoholfogyasztás mérésére alkalmazott főbb megközelítések a következőképpen kategorizálhatók: mennyiségi-gyakorisági mérés; gyakorisági fokozat vizsgálat; rövid időszakokra visszaemlékező vizsgálatok. Az alkoholfogyasztás legegyszerűbb vizsgálati módszere a gyakoriság mérése. Ezt alkalmazták az orvosi epidemiológiai vizsgálatok során (Rehm 1998) és a populációs egészségfelmérésekben is. Azonban ezzel a módszerrel nem lehet kiszámítani az elfogyasztott alkohol mennyiségét. A mennyiségi-gyakorisági vizsgálat (*quantity-frequency* - QF) lehetővé teszi a mennyiség kiszámítását, mivel az elfogyasztott mennyiség a fogyasztás gyakoriságával együtt rögzítésre kerül. Bár ennek a vizsgálatnak hosszú története van (pl.: Straus, Bacon 1953), az egyik legáltalánosabb és legraktikusabb eszköz az alkoholfogyasztást vizsgáló kutatásoknál. Az elmúlt időszakban módosították és fejlesztették is a módszert, például létrejött egy italfajta-specifikus verzió is, amely elkülönítve kérdez rá a három fő italfajta. Illetve hozzáadtak egy kérdést, amely a nagyivásra vagy alkalomszerű nagyivásra vonatkozik, így az ivási mintázatok még több változata deríthető fel.

A QF vizsgálat során különböző időszakokra lehet rákérdezni: jellemzően 1 héttől 1 évig terjedhet, azonban ez függ a kutatási kérdés természetétől, illetve a vizsgált populáció jellemző ivási mintázataitól.

A második fő vizsgálati módszer, a gyakorisági fokozat vizsgálat (*graduated frequency* - GF), egy másik megközelítést alkalmaz, amelynek értelemszerűen szándéka a mennyiség mérése. Az egy alkalommal elfogyasztott italok számát fokozatos kategóriákba sorolják. A GF legújabb verziója azt kérdezi, hogy mennyi volt az a legnagyobb számú ital, amelyet a válaszadó egy adott időperiódus során elfogyasztott. Miután meghatározásra került, hogy melyik kategória a legmagasabb egy adott válaszadó esetében, utána megkérdezik, hogy milyen gyakran történt ez meg. Azután fokozatosan haladva a kisebb mennyiséget jelölő kategóriák felé megkérdezik, hogy hányszor fogyasztotta egy alkalommal a kategóriába tartozó mennyiséget. Ily módon a kutatás megpróbálja lefedni az egyén által fogyasztott teljes mennyiséget úgy, hogy a kérdezés során a legnagyobb elfogyasztott mennyiségtől halad fokozatosan a kisebb tételek felé. Ezt a módszert az 1960-as évek eleje óta használják, főként Észak-Amerikában. A GF modern verziója általában nem italfajta-specifikus és nem lehet számításokat végezni külön gyakorisági dimenziókra. A lekérdezés általában az elmúlt 1 évre vonatkozik. Azonban a módszer egyik előnye, hogy általa könnyen lehet azonosítani a nagyivás alkalmait.

Az utolsó fontos módszertani megközelítés az alkoholkutatások területén a rövid időszakokra visszaemlékező vizsgálatok, mint például az elmúlt egy hétre visszaemlékező vizsgálatok. Ezen módszertani eljárás során, a válaszadókat az elmúlt rövid időszakban - például az elmúlt héten - elfogyasztott összes alkohol mennyiségéről kérdezik. A rövid időtáv miatt feltételezhető, hogy a válaszadók pontosan fognak emlékezni a mennyiségre, amelyet az adott időszakban fogyasztottak. A módszertani eljárás előnye, hogy meglehetősen egyszerű felvenni az adatokat, és a válaszadók is könnyen megértik a kérdéseket. Nagy hátránya az, hogy mivel rövid időintervallumra kérdez rá, nehéz komplex képet kapni a nem gyakori ivók fogyasztási mintázatairól, akik például, lehet, hogy az elmúlt héten nem ittak semmit vagy épp a megszokottól eltérően nagyon sokat ittak. Az ezen az időintervallum vizsgálaton alapuló mennyiségi és mintázati meghatározások ezeket az ivókat tévesen tipizálnák.

A módszertani eljárások összehasonlítása

Széleskörű szakirodalom áll rendelkezésre a fent említett mérőeszközök összehasonlító értékeléséről. Azok a kulcsfontosságú tanulmányok, amelyek relevánsak és informatívak e tanulmány szempontjából, az alábbi táblázatban kerülnek bemutatásra. Először a mennyiségi-gyakorisági vizsgálat (QF) általános, illetve kibővített verzióját hasonlítjuk össze. Kühlhorn & Leifman (1993) és Williams és társai (1994) tanulmányainak alapvető következtetése az, hogy amikor több kérdést tesznek fel, nagyobb összefogyasztás jön ki a végén. Kühlhorn & Leifman (1993) tanulmánya szerint, amikor a QF mérés során felosztották a hetet hétfő-csütörtök, péntek, szombat és vasárnap időszakokra, akkor nagyobb

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

fogyasztási mennyiség jött ki, mint ha egy „normális hét” fogyasztására kérdeztek volna rá. A Williams és társai (1994) tanulmány összehasonlította az általános QF módszert egy italfajta-specifikus QF-vel (beverage-specific QF - BSQF), illetve a BSQF-t specifikus italnagyságokkal. Ez egy jóval nagyobb összmennyiséget eredményezett, az általános QF bonyolultabb kidolgozásának köszönhetően. További tanulmányok is igazolják azt az alapelvet, miszerint minél több kérdést teszünk fel a fogyasztásra vonatkozóan, annál nagyobb lesz a bevallott alkohol összmennyisége is (Rehm 1998, Dawson 1998, Knibbe, Bloomfield 2001).

3. táblázat - A fontosabb tanulmányok áttekintése az alkoholfogyasztás mérőeszközeiről

Összehasonlítás	Tanulmány	Ország	Eredmények/Konklúziók
Általános QF vs. bővített QF	Kühlhorn & Leifman, 1993	Svédország	Összehasonlították a nap-specifikus QF kérdéseket az általános QF kérdésekkel. A nap-specifikus nagyobb fogyasztott mennyiséget mutatott.
	Williams és társai, 1994	Amerikai Egyesült Államok	Összehasonlították a QF kérdéseket az ital-specifikus QF kérdésekkel. Ez utóbbi magasabb fogyasztott mennyiséget becsült.
GF vs. QF	Hilton, 1989	Amerikai Egyesült Államok	Nincs szignifikáns különbség a GF és a BSQF között.
	Midanik, 1994	Amerikai Egyesült Államok	A GF magasabb fogyasztott mennyiséget mutat, mint az általános QF.
	Poikilainen és társai, 2002	Finnország	A GF magasabb fogyasztott mennyiséget mutat, mint az általános QF, de az éves gyakoriság esetén felfele torzít.
	Graham és társai, 2004	Kanada	A GF nagyobb elfogyasztott mennyiség mutat, de az éves gyakoriság esetén felfele torzít.
	Gmel és társai, 2006	Nemzetközi	A BSQF nemzetközi összehasonlításban jobban alkalmazható. A GF nagyobb gyakoriságokat mutat. alkalmazási problémák előfordulnak.
QF vs. retrospektív naplózás	Redman és társai, 1987	Ausztrália	A naplózás jobban mutatja a kis mennyiségű fogyasztást.
	Werch, 1989	Amerikai Egyesült Államok	A naplózás nagyobb gyakoriságot és elfogyasztott mennyiséget mutat az elmúlt 7 napra vonatkozóan.

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

Összehasonlítás	Tanulmány	Ország	Eredmények/Konklúziók
	Webb és társai, 1990	Ausztrália	A naplózás jobban mutatja a kis mennyiségű fogyasztást az elmúlt 7 napra vonatkozóan..
	Shakeshaft és társai, 1999	Ausztrália	A naplózás nagyobb mennyiségű fogyasztást mutat az elmúlt 7 napra vonatkozóan.
Áttekintések	Rehm, 1998	Kanada	“Minél specifikusabbak az alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések, annál nagyobb elfogyasztott mennyiséget mérnek.” Nem preferálja a GF vagy a QF kérdéseket.
	Feunekes és társai, 1999	Hollandia	A BSQF kérdéseket részesíti előnyben, ha a naplózás nem lehetséges.
	Dawson, 2003	Amerikai Egyesült Államok	A GF és a QF kérdéseket tekinti fontosabb mutatóknak.
	Gmel & Rehm, 2004	Svájc	Részletes áttekintés, mely megállapítja, hogy „a megfelelő mérőeszköz a vizsgálat céljaitól függ”.
	Greenfield & Kerr, 2008	Amerikai Egyesült Államok	Nem tett ajánlást a mérőeszköz típusára vonatkozóan, de megállapította, hogy „a GF kérdések megfelelőek azokban az országokban, ahol a személyek alkalmanként kisebb mennyiséget fogyasztanak.”

Sok tanulmány hasonlítja össze a QF és GF vizsgálatokat. Egy korai tanulmány nem talált nagy eltéréseket a két mérési módszer között (Hilton 1989), ahol egy italfajta-specifikus QF-t és egy általános GF-t hasonlítottak egy 10 hetes prospektív naplóhoz. Midanik (1994) azt találta, hogy a GF 38%-kal nagyobb mennyiséget mutat, mint az általános QF. A későbbi tanulmányok, amelyeket az Egyesült Államokon kívül végeztek, szintén komplikációkba ütköztek a GF használatával. Bár ez a mérés magasabb mennyiséget eredményez, mint az általános QF, alkalmazása sokszor az ivási gyakoriságok többlet-számolását eredményezi, a válaszadók jelentős aránya esetében a becsült éves gyakoriság meghaladta a 365 napot (Gmel és társai 2006, Graham és társai 2004, Poikolainen és társai 2002). Ezért nem egyértelmű, hogy a nagyobb összmennyiség érvényes, avagy torz az érték. Egy 10 országra kiterjedő nemzetközi összehasonlítás során Gmel és társai (2006) problémákat talált a GF alkalmazásával kapcsolatban, azonban a BSQF jól működött. Összefoglalva, a GF jobban használható mérsékelt ivók esetében, illetve olyanok körében, akik jobb kognitív képességekkel rendelkeznek, mivel az ivás középértékét (medián) is kérdezik, illetve az összes napot, amikor alkoholfogyasztás történt, fel kell tudni osztani a mennyiségi szintek szerint. Ha sokféle társadalom kerül összehasonlításra egy mérőeszköz szerint, Gmel és társai (2006) szerint a BSQF működik jobban. Végezetül, számos tanulmány hasonlította össze a QF módszert retrospektív naplókkel

vagy rövid időszakra visszaemlékező vizsgálatokkal. Az összehasonlítások közül az eredmények itt a legkonzisztensebbek, és a naplók hoznak ki nagyobb mennyiséget, főleg a mérsékelt ivók esetében (Redman és társai 1987 , Shakeshaft és társai 1999 , Webb és társai 1990 , Werch 1989). Azonban meg kell jegyezni, hogy a mérőeszköz korlátozza az, hogy csak rövidebb visszaemlékezési időszakokra lehet alkalmazni, hosszabb időintervallumok esetében nem használható, míg a QF összesítő mérése igen.

Referencia időszak

A referencia időszak kiválasztása szorosan összefügg azzal, hogy az alkoholfogyasztás mértékének méréséhez mely mérőeszközt választjuk (Dawson 2003). Ahogy látható, sok mérőeszközbe már eleve bele van építve egy meghatározott időperiódus. Például a retrospektív napló szükségszerűen inkább rövid időszakra vonatkozik, ahol még lehetséges az ivásalkalmak pontos felidézése. Így ezeknél a mérőeszközöknél kompromisszum köttetik a visszaemlékezés nagymértékű pontossága és a rövid referencia időszak között. A rövid referencia időszak hátránya, hogy nem tudja pontosan feltérképezni az ivási mintázatokat és a mennyiséget, különösen a mérsékelt vagy nem gyakori ivók esetében (Dawson 2003). Másrészt a hosszabb időszakok esetén a válaszadóknak összesíteniük vagy átlagolniuk kell alkoholfogyasztásuk mennyiségét és gyakoriságát. Különösképp a QF módszernél valószínűsíthető mindkét mérés alulbecslése, emellett a nagymennyiségű fogyasztás már definíció szerint ki van zárva. Bizonyos mértékig mindez igaz a GF-re is, azonban a válaszadóknak fel kell idézniük azokat az alkalmakat is, amikor egy adott időperiódus során a legtöbb alkoholt itták. Az 1 hónapostól 1 évig terjedő periódus ugyanolyan használatos a GF-nél. Egy másik megfontolandó dolog, hogy ha a kutató az alkoholfogyasztással összefüggő problémákat is fel akarja tárni, mindenképp hosszabb időperiódus szükséges. Elég időnek kell eltelnie ahhoz, hogy bizonyítható legyen, az alkohol okozta kockázatoknak való kitettség összefügg a problémás következményekkel (Dawson 2003).

Adatfelvételi módszerek

Bár az alkoholfogyasztást vizsgáló kutatások adatfelvételi módszerei tekintetében a közelmúltbeli tanulmányok említették az internet alapú megközelítést (pl.: Link, Mokdad 2005) az adatfelvétel (és adatgyűjtés) legfőbb módszerei továbbra is a „face-to-face“ interjúk, a telefonos interjúk és az önkitöltős kérdőívek (amelyeket általában postán küldenek ki). Az adatfelvétel országonkénti különböző módja egy nemzetközi tanulmány szerint problémás lehet, a kutatás szerint eltérés volt a módszerek között a mintabeli és a változók szerinti válaszmegtagadásban, és a válaszadói torzításban. Ezért javasolt egy nemzetközi vizsgálat során egységes adatfelvételi módszert alkalmazni minden országban.

Greenfield és társai (2000) kihangsúlyozza, hogy két úton befolyásolhatja az adatgyűjtési módszer az alkoholfogyasztás és az alkohollal összefüggő problémák mérését. Az első a válaszmegtagadók arányával függ össze, a második a különböző válaszadói torzításokkal (beleértve a kérdésenkénti válaszhianyokat). A válaszmegtagadók aránya a legalacsonyabb a face-to-face technika során volt, magasabb a telefonos kérdőívfelvétel és a legmagasabb a postai úton kiküldött kérdőívek esetében (Hox, De Leeuw 1994). Azonban korábbi kutatások óta egészen a 2000-es évek közepéig jelentős csökkenés figyelhető meg a telefonos kérdőívfelvétel válaszadói hajlandóságánál (Curtin és társai 2005 , Keeter és társai 2006). Korábban a telefonos vizsgálatok során megfigyelt válaszhiany annak volt betudható, hogy sokaknak nem volt telefonja, ami az alacsonyabb iskolai végzettséggel, illetve alacsony jövedelemmel rendelkezők körében volt gyakori (Aquilino, LoSciuto 1990). De az utóbbi időben a csökkenés inkább annak köszönhető, hogy az emberek nem akarnak részt venni felmérésekben, továbbá a fejlődő technológia által a hívások szűrése miatt egyre nehezebb megtalálni és elérni a potenciális válaszadókat (Keeter és társai 2006). A legnagyobb probléma az alkohol- és kábítószer-fogyasztást vizsgáló kutatásokban tapasztalható válaszhiany pedig az, hogy emiatt alulbecsülik a fogyasztás mértékét és a problémákat, mivel a legtöbb válaszmegtagadó nagyívó vagy kábítószer-fogyasztó. Azonban néhány közelmúltbeli kutatás kimutatta, hogy ez nem szükségszerűen igaz minden esetben (Caspar 1992 , Gmel 2000 , Lemmens és társai 1988), néha az absztinensek felülreprezentáltak a választ megtagadók körében (Lahaut 2002). Az adatgyűjtési módszerek különbözőségeiről szóló legtöbb kutatás a torzítások második kategóriáját vizsgálta, azaz a válaszadói torzítást és a rögzítési hibát. Korábban a face-to-face interjút tartották a kérdőívfelvétel optimális módszerének, mivel nemcsak a válaszadói hajlandóság nagyobb, de magasabb a kérdésenkénti válaszadói hajlandóság is. Azonban probléma adódhat az interjú bizalmas mivoltával, illetve a kérdező és a válaszadó közötti feltételezett társadalmi különbség miatt, így az adatok érvényessége nem mindig a lehető legjobb. Ez főleg az

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

érzékeny, zavarba ejtő kérdések esetében igaz (Bradburn 1983). A telefonos interjúk népszerűek és használatosak lettek, ami olyan előnyöknek köszönhető, mint a minőségellenőrzés az interjú alatt, a költséghatékonyság, az adatgyűjtés gyorsasága (Lavrakas 1993). A legtöbb, adatfelvételi módszereket összehasonlító szakirodalom a telefonos és a face-to-face interjúkat veti össze. Számos tanulmány fő következtetése szerint, ha az adatfelvételt jól kivitelezik, akkor ez a két módszer hasonló eredményt ad, habár a válaszadói hajlandóság alacsonyabb a telefonos felmérések esetében (Greenfield és társai 2000, De Leeuw 1992, De Leeuw, Collins 1997, Groves 1989, Johnson és társai 1989, Mangione és társai 1982, Sykes, Collins 1988). Továbbá a kérdések típusát is számításba kell venni. Midanik és társai (2001) kimondottan az alkoholfogyasztással összefüggő ártalmakat vizsgálta és azt találta, hogy a telefonos interjúk nagyobb mértékben tárták fel a problémákat, mint a face-to-face interjúk. Ezt a telefonos interjú kevésbé szembesítő jellegének tudják be.

A postai úton kiküldött vagy önkitöltős kérdőívek másik két adatgyűjtési módszerrel való összehasonlítása már vegyes eredményeket hozott. Általánosságban, korábbi tanulmányok azt mutatták, hogy a postai úton kiküldött vagy önkitöltős kérdőívek jobb minőségű adatokat eredményeznek, főleg akkor, amikor érzékeny, például alkohol- vagy kábítószer-fogyasztásra vonatkozó kérdések is szerepelnek benne (De Leeuw 1992, De Leeuw 1996, Schwartz és társai 1991, Sudman, Bradburn 1974). Ez köszönhető az anonim módon történő kérdőív kitöltésnek, továbbá a társadalmi elvárások miatti torzítás hatása lecsökken (e.g.pl. Torangeau 1996). Azonban az utóbbi időben kimutatták, hogy az alkohol kutatás során nem mindig erről van szó. Rehm & Armingier (1996) összehasonlította a személyes interjúkat a postai kérdőívekkel, és azt találta, hogy nagyobb mértékű az alkoholfogyasztás bevallása a személyes interjúkban. Azonban Bongers és Van Oers (1998) nem talált említésre méltó különbséget sem az alkoholfogyasztásra, sem az alkohollal összefüggő problémákra vonatkozóan, amikor ugyanezeket a módszereket hasonlította össze. Azonban a telefonos interjúkhoz viszonyítva, a postai kérdőívek valóban nagyobb mértékű alkoholfogyasztást és ezzel összefüggő problémákat tártak fel (Gmel 2000, Kraus, Augustin 2001). Rehm & Armingier (1996) kutatását kivéve, úgy foglalhatjuk össze, hogy általánosságban a postai kérdőívek ugyanolyan, ha nem jobb minőségű adatokat eredményeznek az alkoholfogyasztásról és az ezzel összefüggő problémákról, mint a személyes vagy a telefonos interjúk.

A postai kérdőívek hátránya, a már említett valószínűsíthetően magasabb arányú válaszmegtagadás mellett, a hiányosan kitöltött kérdőívek magasabb aránya. Ez annak köszönhető, hogy nincs jelen a kérdező, aki felügyelné a kérdőív kitöltési folyamatot. Ugyanakkor a magasabb arányú hiányos kérdőív ellenére, mind Bongers & Van Oers (1998) mind Kraus & Augustin (2001) magasabb mértékű alkoholfogyasztást és ezzel összefüggő problémákat talált a postai kérdőívekben, mint a face-to-face vagy a telefonos interjúknál. Egy általános korlátja mind a postai kérdőívnek, mind a telefonos felmérésnek az, hogy a kutató nem tudja kontrollálni, hogy tényleg a mintába választott személy válaszolja-e meg a kérdéseket vagy valaki más.

A telefonos felmérések úgy tűnik, egyre népszerűbb vizsgálati módszert képviselnek. Azonban a módszer használata során kihívásokkal kell szembenézni. Először is, egyre komplikáltabb kidolgozni a mintavételi keretet a mobiltelefon piacra törése miatt (Kempff, Remington 2007). Ennek oka, hogy a mintavételi keretek nem elhatárolhatók a vonalas és a mobiltelefonok esetében, átfedésben vannak, amely a valószínűségi mintavétel feltételeinek megvalósulását akadályozza (azok, akinek több telefonjuk van, nagyobb eséllyel kerülnek bele a mintába). Továbbá a mobiltelefon nincs földrajzi helyhez kötve, mivel hordozható, így nehezen lehet létrehozni mintavételi egységeket egy régió belül. Emellett nehéz beazonosítani, és a mintából kihagyni a céges mobiltelefonokat. Így a mintavétel egyre több problémát jelent. Továbbá a megnövekedett hívásszűrés megnehezíti a kutatók számára a potenciális válaszadókkal történő kapcsolatfelvételt. A kutatók új módszereket dolgoznak ki ezeknek a problémáknak a kezelésére, például előzetes postai értesítés, a kérdező képzése, többszöri hívási kísérlet, a hívás időpontjának célzott megválasztása, illetve a kutatóintézet megbízólevelének kiküldése (Kempff, Remington 2007, O'Toole és társai 2008).

4. táblázat - *A különböző kérdőív-rögzítési technikák előnyei és hátrányai*

Rögzítés módja	Előnyök	Hátrányok	Megjegyzések
Face-to-face interjú	<ul style="list-style-type: none"> Magas válaszadási arány Kevesebb meg nem válaszolt kérdés 	<ul style="list-style-type: none"> Szociális megfelelési torzítás Költséges 	<ul style="list-style-type: none"> Még mindig a legjobb módszer, de költséges és időigényes
Telefonos interjú	<ul style="list-style-type: none"> Kevesebb meg nem válaszolt kérdés A szociális megfelelési torzítás alacsony Olcsóbb 	<ul style="list-style-type: none"> Alacsony válaszadási arány Nehéz a mintavételi keret meghatározása 	<ul style="list-style-type: none"> Alkalmas lehet, de a megfelelő mintavételi keret kialakítása sok munkát igényel
Önkitöltős kitöltés postai vagy személyes kézbesítéssel	<ul style="list-style-type: none"> Közepes válaszadási arány A szociális megfelelési torzítás alacsony Olcsóbb 	<ul style="list-style-type: none"> Magas a meg nem válaszolt kérdések száma 	<ul style="list-style-type: none"> Úgy tűnik, hogy megfelelően működik

A kockázatos ivás mérése

A kockázatos ivásba beletartozik az alkalmoszerű súlyos ivás (episodic heavy drinking), a nagyivás (binge drinking), az egyszeri alkalommal történő kockázatos (risky single occasion drinking) ivás és a szélsőséges ivás (extreme drinking). Mivel az átlagos napi alkoholfogyasztás és következésképpen az átlagos alkoholfogyasztás nem pontosan tükröz bizonyos kockázatos következményeket, ezért a rövid időszakon belül történt intenzív és koncentrált fogyasztás az alkoholfogyasztási mintázatok vizsgálatokor kritikus mértéket képvisel (Dawson 2008). Ez a mérték általánosságban úgy lett meghatározva, hogy a vér alkohol-szintje (BAC – blood alcohol concentration) eléri a részegség állapotát egyetlen alkalom folyamán. Ez a szint körülbelül 60 gramm etanolnak felel meg. Az Egyesült Államokban, ahol egy átlagos ital 13,6 gramm etanolt tartalmaz, ez körülbelül 4-5 italnak felel meg. Néhány országban nemenkénti szinteket különítenek el, például néhány amerikai kutató 5 vagy több italt tekint határnak a férfiak, és 4 vagy annál több italt a nők esetében. Az alábbi táblázat bemutatja azokat a kockázatos ivás definiálásához használt mennyiségeket, amelyeket Gender, Alcohol and Culture: An International Study – GENACIS (Nem, Alkohol és Kultúra: Nemzetközi Tanulmány) projekt során összegyűjtött felmérésekben alkalmaztak.

5. táblázat - A GENACIS projekt által alkalmazott kockázatos ivás definíciók áttekintése (egy alkohol-fogyasztási alkalomra jutó mennyiség)

Ország	Kockázatos ivás mennyiségi meghatározása a standard (egységnyi) italok száma szerint (etanol grammban)	
	standard (egységnyi) ital / pohár	Gramm (körülbelül)
Svájc	8+	80 g férfiaknak és nőknek
Németország	5+	70 g férfiaknak és nőknek
Izrael	5+	60 g
Mexikó	5+	65 g
Svédország	6+	72 g
Finnország	6+ / 5+ GF kérdések alapján	60 g
Hollandia	6+	60 g
Cseh Köztársaság	5+	90 g
Magyarország	3-5 vagy 6-nál több ital elfogyasztása gyakoriságának összege	60 g
Brazília	5+	60 g
Izland	5+	65 g
Dánia	6+	72 g
Sri Lanka	5+	60 g
Nigéria	5+	60 g
Kazahsztán	5+	60 g
Argentína	5+	60 g
Kanada	5+	68 g
Amerikai Egyesült Államok	5+	60 - 70g
Uganda	5+	60 g
Japán	6-9 vagy 10-nél több egység elfogyasztása gyakoriságának összege	72 g
Costa Rica	5+	60 g
India	5+	50 g
Ausztrália	6+	60 g
Írország	6+	60 g
Uruguay	5+	60 g
Belize	5+	50 g
Peru	5+	60 g
Ausztrália	6+	60 g
Új-Zéland	6+	60 g

Forrás: GENACIS Recommendations for the use of drinking indicators

Az elfogadhatónak tartott mennyiség határa

Az országoként vagy nemzetközileg elfogadhatónak tekinthető fogyasztási mennyiségekről nem készült még szisztematikus áttekintés. Valójában általánosságban a témával kapcsolatban kevés szakirodalom érhető el, amely azt a tényt tükrözi, hogy ezek az irányelvek politikai döntéshozatal során kerülnek bevezetésre és nem a kutatók által. Úgy tűnik, hogy a korábbi ajánlások a fogyasztási határértékekre vonatkozóan, például az 1960-as években inkább a szervi károsodás veszélyét (például májcirrózis) felmérő, mint a függőség vagy szociális ártalmak kockázatát vizsgáló tudományos kutatásokon alapultak (Bühringer 2002). Ezért a határértékek meglehetősen magasak voltak, amelyek napi 120 gramm és 160 gramm tiszta alkohol között mozogtak (Bühringer 2002). Az 1970-es évekre ezeket a határokat meglehetősen lecsökkentették és belevették az egészségnevelési kampányokba, ahol inkább az alkohol-függőség kockázatát helyezték előtérbe és nem a szervi károsodást. Dawson (2000) idézi, hogy 2000-re legalább egy tucat ország meghatározta a saját ajánlott határértékeit. Ezek leginkább angol anyanyelvű országok voltak, mint Kanada, az Egyesült Államok, Ausztrália, Új-Zéland és az Egyesült Királyság (Dawson 2000). Bár az ajánlott határértékek csökkentek az 1960-as évek óta, sok variáció létezik országonként és nemenként, illetve a vizsgált fogyasztási időszak tekintetében, amely lehet egy nap vagy egy hét is.

Nemrég az Egyesült Királyság Egészségügyi Minisztériuma végezte el ezt a feladatot, akik belevonták az Európai Bizottságból a témáért felelős országonkénti képviselőket (kormányzati képviselők) és összegyűjtötték az érvényben lévő fogyasztási határértékeket. Az Európán kívüli országok ivási szokásokkal kapcsolatos irányelveit az alkohol irányelvek nemzetközi központjának (International Centre for Alcohol Policies - ICAP) honlapjáról érték el. Az ICAP egy nemzetközi szervezet, amelyet a globális alkohol iparág támogat.

A következő táblázat adatainak forrása:

Európai országok: Az Egyesült Királyság Egészségügyi Hivatala munkája nyomán készült összeállítás (Anderson 2009). Az információk az Európai Bizottság nemzeti kormányainak képviselőitől származnak, melyet a Nemzeti Alkohol Stratégia és Akciótervhez bocsátottak rendelkezésre; Európán kívüli országok (International Center for Alcohol Policies. International drinking guidelines 2010).

6. táblázat - Az ivás határértékeinek áttekintése az európai és az Európán kívüli országokban

Ország	Férfi		Nő		Standard ital/egység
	gramm/nap	gramm/hét	gramm/nap	gramm/hét	
Európa					
Ausztria	24		16		10-20
Bulgária	16-48	224	8-32	112	8-10
Cseh Köztársaság	20		20		n.a.
Dánia	60/alkalom	252 (21 egység)	60/alkalom	168 (14 egység)	12
Észtország	20		10		10
Finnország	84/alkalom	288	60/alkalom.	192	12
Franciaország	30		20		10
Németország	24		12		14
Írország		210 (21 standard ital)		140 (14 standard ital)	10
Olaszország	40		20		12
Lettország		220		120	10
Málta		168-210		112-140	8-10
Hollandia	20-30		10-20		10
Lengyelország	40		20		10
Szlovákia	20		20		na
Szlovénia	20	140	10	70	10
Spanyolország	40/nap 60/alkalom	280	20-25/nap 40/alkalom	170	10
Svédország		168		108	12
Svájc	20		20		10-13
Egyesült Királyság	24-32			16-24	8
Ausztrálázsia					
Ausztrália	20		20		10
Japán	1-2 egység				19,75
Új-Zéland	30	210	20	140	10
Észak-Amerika					
Kanada	27,2	190	27.2	121,5	13,6
Egyesült Államok (DHHS)	14,28	196	14	98	14
Egyesült Államok (NIAAA)	56	196	42	98	14

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

Ország	Férfi		Nő		Standard ital/egység
Egyesült Államok (AHA)	28		14		14
Afrika					
Dél-Afrika		252		168	

Európában a 25 adatszolgáltató ország közül 20 ország rendelkezik útmutatóval a „biztonságos” (safe), a „felelős” (responsible), és az „alacsony-kockázatú” (low risk) alkoholfogyasztásról, amelyet egy kormányzati/ hivatalos közegészségügyi testület adott ki. 14 ország határoz meg napi fogyasztási határértéket, 3 ország egy alkalomra vonatkozót, míg 10 ország 1 hétre vonatkoztatva definiálja azt. Ahogy a fenti táblázat mutatja, az országok nagy többsége nemenként elkülöníti a határértékeket. Régióként is eltér a fogyasztási határérték egyes európai országokban, főleg a heti határértékek esetében. Ez egyértelműen mutatja a társadalmi és kulturális különbségeket tekintetben, hogy az egyes országok mit észlelnek alkoholfogyasztással összefüggő veszélyként/ kockázatként. Az Európán kívüli országokban, különösen Észak-Amerikában vagy Ausztráliában, nem ennyire változók a fogyasztási határértékek.

Azonban, hogy empirikusan is alá tudják támasztani ezeket a szinteket, kutatás készült legalábbis az Egyesült Államokban, amely megkísérelte értékelni az alkoholfogyasztás határértékei és a kockázatok mértéke közötti összefüggéseket (Dawson 2008 , Bühringer és társai 2002 , Dawson 2000). Dawson (2000) négy különböző amerikai fogyasztási határértéket vizsgált. Kettő ezek közül az Egyesült Államok Mezőgazdasági Minisztériumától származott, a másik kettő pedig a Nemzeti Alkohol-abúzus és Alkohol-függőség Intézetétől (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism - NIAAA). Megvizsgálta őket a specifikusságuk és szenzitivitásuk szerint, illetve, hogy mennyi a pozitív prediktív erősségük az olyan következményeket illetően, mint alkohol-függőség; csökkent járművezetési képesség; májbetegség; emésztőrendszeri fekély, magas vérnyomás. Az eredmények azt mutatták, hogy a NIAAA ajánlások tartalmazták az érvényesség indikátorainak optimális kombinációját mind a napi, mind a heti határértékek tekintetében. Ezek a határértékek a következők voltak: „férfiak esetében 14 átlagos ital hetente, ÉS a napi fogyasztás nem lehet több, mint 4 ital, a nők esetében heti 7 átlagos ital, ÉS a napi fogyasztás nem lehet több, mint 3 ital” (Dawson 2000, p. 1821). Egy átlagos ital 14 g etanolt tartalmaz. Továbbá Dawson és társai (2005) felállított kockázati görbéket is, amelyek az amerikai ajánlott határértéket meghaladó fogyasztás (≥ 5 ital a férfiak esetében, és ≥ 4 ital a nők esetében) és az alkohol-függőség és/vagy abúzus incidenciája közötti összefüggéseket ábrázolja. Egyértelmű, szinte lineáris kapcsolat figyelhető meg az ábrán a fogyasztási határértéket meghaladó napok száma és az abúzussal párosuló függőség incidenciája között. Így, legalábbis az amerikai kutatások szerint, igazolható a fogyasztási határértékek empirikus bizonyítékon alapuló érvényessége.

Alkohollal összefüggő problémák: Abúzus/ függőség; szociális következmények; másoknak okozott károk

Az alkohollal összefüggő problémák és következmények egy igen széles spektrumon helyezkednek el és a teljesség igényével még nem igen lettek feltérképezve. Ez az áttekintés 3 területre fókuszál: abúzus / függőség, szociális következmények, másoknak okozott károk, ahogy azok a populációs vizsgálatokban megjelennek. Itt nem kerülnek bemutatásra a halálozási és megbetegedési statisztikák, mint alkohollal összefüggő ártalmak, illetve a rendőrségi feljelentések és a gazdasági modellek sem (WHO 2000, Rehm és társai 2009 , WHO 2009).

Alkohol-függőség és abúzus

Az alkohol-függőség és abúzus mérése főleg pszichiátriai, epidemiológiai és közegészségügyi kutatásokban gyökerezik. Néha szociológiai kutatások is készültek, de az utóbbi 20 évben ezt a területet nagyobb egészségügyi szervezetek vették a kezükbe (pl.: WHO, NIAAA), hogy szisztematikusan kifejlesszenek érvényes és valamennyire univerzális mérőeszközöket. A diagnózis kritériumainak, továbbá a mérőeszközöknek - amelyek operacionalizálják ezeket a kritériumokat – a kidolgozása egy bonyolult és egybefonódó történet, amely túl hosszú ahhoz, hogy itt tárgyaljuk. További bővebb információ erről Hasin (2003) munkájában található.

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

3 fő mérőeszközt használnak leginkább manapság a populációs alkohol vizsgálatokban: a kompozit nemzetközi diagnosztikus interjú szer-abúzus modult (*Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module - CIDI-SAM*, Üstün és társai 1997), az alkoholfogyasztási zavar és ezzel összefüggő csökkent képességek interjú táblázatát (*Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule – AUDADIS*, Grant és társai 1995), és az alkoholfogyasztási zavarokat azonosító tesztet (*Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*, Saunders 1993). Mindegyiket nagyjából egy időben fejlesztették ki, habár a CIDI-t és az AUDIT-ot nemzetközi összehasonlító vizsgálatokhoz tervezték. Valamilyen oknál fogva egyedül az AUDADIS-t használják leginkább az Egyesült Államokban. Rövidebb verziók is léteznek, mint például a CAGE, amely az alkohol-függőséget méri (Ewing 1984), a Michigan alkoholizmus szűrőteszt (*Michigan Alcoholism Screening Test - B-MAST*, Pokorny és társai 1972) és a TWEAK, amely az alkoholizmust/ nagyivást vizsgálja (Russel és társai 1994). Bár rövidek, ezek a tesztek inkább az általános népesség valamely alcsoportjára fókuszálnak. Például a B-MAST a krónikus alkoholistákat fedi fel, a TWEAK a várandós nőket vizsgálja. Továbbá, ezeket a tesztek továbbra is leginkább Észak-Amerikában használják, így azt a kulturális sajátosságot tükrözik. Egy másik rövid szűrőeszköz a Rapid alkohol probléma szűrő (*Rapid Alcohol Problem Screen - RAPS4*, Cherpitel 2000), amelyet bár először arra fejlesztettek ki, hogy a sürgősségi ellátásban levő pácienseknél azonosítsa a problémás ivókat, később populációs vizsgálatokban is alkalmazták (Cherpitel 2002). Ezt az eszközt nemzetközi kutatásokban is használták, és ígéretes eredmények születtek.

Ez az áttekintés a CIDI és az AUDIT eszközökre, mint az alkohol abúzus és dependencia mérésére irányuló potenciális survey eszközök bemutatására irányul, európai kontextusban. Megvizsgálja a RAPS rövid szűrőeszközt is, mely Európában széles körben alkalmazható. Fontos megemlíteni azonban az elején, hogy e három eszköz a mérési képességeiket tekintve eltér egymástól. A CIDI megismétli a DSM-IV és az BNO-10 (ICD-10) alkohol abúzus és dependencia kritériumait, operacionalizálja azokat. Az AUDIT egy olyan rövid eszköz, mely a „kockázatos vagy káros alkoholfogyasztás” kiszűrésére készült, mielőtt a „függőség kialakul, vagy a fogyasztás egyéb súlyos következményekkel járna” (Saunders 1993, p. 791). A RAPS még egy ennél is rövidebb eszköznek indult, mely a függőség azonosítására szolgált sürgősségi ellátás keretei között. Az eltérő célok ellenére mindhárom eszközt alkalmazták survey típusú és járóbeteg-ellátásban részt vevőkre irányuló vizsgálatok során is, a problémás és/vagy függő alkoholfogyasztók azonosítására. A következő táblázat (Hasin 2003 alapján) áttekintést nyújt az egyes eszközök által vizsgált dimenziókról.

7. táblázat - A diagnosztikus kritériumok áttekintése CIDI, AUDIT és RAPS4 eszközök esetén

DSM-IV függőség kritériumai (APA 1994)	BNO-10 (ICD-10) függőség kritériumai (WHO 1992)	CIDI	AUDIT	RAPS4
Megvonás	Megvonás	√		
Tolerancia	Tolerancia	√	√	
Többet vagy hosszabban ivott, mint tervezte	Nagyobb mennyiséget vagy hosszabb ideig ivott, mint tervezte /Állandó késztetést érzett arra, hogy csökkentse, vagy kontrollálja alkohol-fogyasztását.	√		
Állandó késztetést érzett, vagy sikertelen kísérletet tett arra, hogy csökkentse fogyasztását		√	√	
Fontos tevékenységeket nem végzett el, vagy kevesebbet végzett.	Egyéb fontos örömforrások vagy érdeklődési területek elhanyagolása vagy feladása / Jelentős időt fordít az alkohol megszerzésére, fogyasztására vagy annak hatásaiból való felépülésre.	√		
Jelentős időt fordít az alkoholfogyasztásra vagy annak hatásaiból való felépülésre.		√		
Az ivás folytatása annak ellenére, hogy felismeri az azzal járó súlyos problémákat.	Folyamatos fogyasztás a káros következményekre utaló bizonyítékok ellenére.	√		
	Erős vágy/késztetés a fogyasztásra.	√		
DSM-IV szerabúzus kritériumai				
Alkalmatlanság a szerepek betöltésére		√	√	√
Kockázatos / veszélyes fogyasztás		√	√	
Ismétlődő jogi problémák		√		
Folytatólagos használat a szociális interperszonális problémák ellenére		√		
BNO-10 káros használat kritériumai				
Egészségre káros szerhasználati mintázat. A károsodás lehet fizikai (pl. májcirrózis) vagy mentális (pl.: depressziós epizódok nagyívást követően).				
Egyéb kritériumok				
Megbánás (CAGE)			√	√
Eszméletvesztés			√	√
Reggeli ivás (CAGE)				√
Jelezték, hogy csökkentse fogyasztását (kvázi-CAGE, TWEAK)			√	

Az eszközök által vizsgált kérdések (itemek) áttekintése során kiderül, hogy a CIDI teljes körűen lefedi az abúzus/káros használat és a függőség tüneteit egyaránt a DSM-IV és a BNO-10 kritériumai alapján, míg az AUDIT inkább a probléma kezdeti tüneteire koncentrálna. Az eszköz rövid múltjára való tekintettel a RAPS4 (és korábban az eredeti RAPS) úgy került kifejlesztésre, hogy erős összefüggést mutasson a függőség DSM-IV és a BNO-10 szerinti kritériumaival egyaránt (Cherpitel 2000, Cherpitel 1995). A RAPS4 kérdései nagyon hasonlóak a korábbi CAGE szűrőeszköz kérdéseivel és az AUDIT néhány kérdéséhez.

A CIDI célja (hasonlóan a kapcsolódó, de teljesebb eszközökhöz, mint például a SCAN) az volt, hogy létrejöjjön egy olyan eszköz, mely megfelelően igazodik az alkohol abúzus és a dependencia kritériumaihoz, hogy az epidemiológusok

nemzetközileg meghatározott alapokra helyezve azonosíthatóak az eseteket a mentális egészség felmérésére irányuló nagymintás populációs vizsgálatok során (Üstün és társai 1997). Az AUDIT célja hasonló, de a kérdései hat ország részvételével, az alapellátásban résztvevő kliensek körében zajlott 150 különböző kérdés teszteléséből származnak (Saunders 1993). Inkább korábbi szűrőeszközökön alapul, nem önmagában a DSM és a BNO kritériumokon. A CIDI egy terjedelmesebb eszköz, mely a pszichiátriai diagnózisok hosszú listáját lefedi, beleértve a különböző kábítószerekre vonatkozó függőséget is (Üstün 1997). Egy 1997-ben publikált fontosabb vizsgálat (Üstün 1997) tíz országban vizsgálta a CIDI (valamint a SCAN és az AUDADIS) kérdőív érvényességét és megbízhatóságát. Kappa statisztikák segítségével vizsgálták az időbeli stabilitást és az összehasonlító érvényességet. A CIDI alkoholra vonatkozó részének érvényessége elfogadhatónak bizonyult a DSM-IV és a BNO-10 kritériumaival szemben, és az összehasonlító érvényesség tekintetében a SCAN és az AUDADIS eszközökkel szemben. Hasin (2003) tanulmánya szerint a későbbi vizsgálatok eredményei is megfelelőek. A CIDI alkalmazásának legnagyobb akadálya ugyanakkor a terjedelme. Egy németországi csoport kifejlesztette a München Összetett Nemzetközi Diagnosztikus Interjú (M-CIDI, Lachner és társai 1998) elnevezésű eszközt. A diagnosztikus kritériumokra vonatkozó kérdések megegyeznek az eredeti CIDI-ben lévőkkel, de más részeken az M-CIDI fejlődést mutat a CIDI-hez képest. A szűrő szekcióban például a mennyiségi és a gyakorisági kérdések kiegészítésre kerültek az első használat körülményeire, hatásaira és a droghasználat elkezdéséhez kapcsolódó problémákra vonatkozó kérdésekkel. A szerhasználat kezdetére és az aktuális szerhasználatra külön kérdéssor vonatkozik. Ezen felül több újítás történt a vizuális megjelenésében, mely segíti a szerek azonosítását és a komplex kérdések megértését. Ez az eszköz is elfogadható kappa értékeket mutatott az érvényességre és a megbízhatóságra vonatkozóan. Új fejlemény, hogy az eszköz ellenőrzése nem csak klinikai mintán, hanem a normál népesség körében is megtörtént. Az elmúlt évtizedben a CIDI-t a világ számos országában alkalmazták általános populációs mintákon.

Kifejlesztése és 1993-as publikálása (Saunders 1993) óta az AUDIT alapos tesztelésen és értékelésen esett át (pl.: Allen és társai 1997, Berner és társai 2007, Reinert, Allen 2002). Érdekes módon, az évek során az AUDIT vagy egyes részeinek felhasználása kiterjedt az egészségügy területéről az általános populációs vizsgálatokra is (pl.: Bloomfield és társai 2010, Fleming és társai 1991, Gmel és társai 2001, Homila 1995, Ivis és társai 2000, Knibbe és társai 2006, Medina-Mora és társai 1998, Selin 2006, Wicki és társai 2009). Ahogy már említettük, az AUDIT kifejlesztése egy olyan eszköz iránti igény eredménye, melynek segítségével a kockázatos alkoholfogyasztás kiszűrhető, célja tehát nem az abúzus vagy a függőség szigorú kritériumainak azonosítása. Az AUDIT egy rövid, önmagában is alkalmazható, 10 kérdésből álló kérdőív.

Allen és munkatársai (1997) és Reinert és Allen (2002, 2007) rendszeresen áttekintették az AUDIT teljesítményére vonatkozó szakirodalmat. Ezek az áttekintések azt mutatják, hogy az eszköz pszichometriai tulajdonságai megfelelőek, megbízhatósága és érvényessége elfogadható, könnyű használni, viszonylag mentes a kulturális különbségek okozta torzításoktól, és szerzői jogdíj kifizetése nélkül hozzáférhető. Amint azt Reinert és Allen 2007-es tanulmánya ismerteti, nagyobb számú bizonyíték áll rendelkezésre az angol nyelvű eszközről, további pszichometriai munka lenne indokolt más nyelvű verziók esetében, valamint megfontolandó nem-specifikus határértékek megállapítására. Egy további meta-analízis készült 19 vizsgálat eredményei alapján. Berner és munkatársai (2007) szerint az eredmények aszerint változtak, milyen környezetben végezték az adatfelvételt a betegekkel. Habár a szenzitivitás és a specificitás értékei a megengedett tartományon belül maradtak, a szerzők figyelmeztetnek arra, hogy az eszköz alkalmazását az alapellátásra, a fekvőbeteg-ellátásra és az idősebb betegek ellátására kellene korlátozni.

Selin (2006) átfogó elemzést végzett az eszköz érvényességéről a problémás alkoholfogyasztás változatos összetevőinek mérésével kapcsolatban, úgy mint: nagy mértékű fogyasztás, szociális problémák, egészségügyi problémák és függőség (a BNO-10 kritériumai alapján). Az ő véleménye szerint a korábbi kutatási eredmények alapján nem egyértelmű a meghatározó tényezők struktúrája ennél az eszköznél. Néhány kutató egy kéttényezős struktúrát állított fel a fogyasztásra és a problémákra (Kelly, Donovan 2001), míg mások egy háromtényezős szerkezetet említenek, mely a fogyasztást, a káros használatot és a függőséget foglalja magában (Rist és társai 2009). Egy további csoport négy tényezőt állapított meg: egyet-egyét minden fogyasztáshoz kapcsolódó kérdéshez, egyet pedig a problémákhoz kapcsolódóan. Elgondolkodtató, hogy sem Selin korábbi munkája, sem más szerzők nem említenek egyetlen, önmagában a függőségre vonatkozó tényezőt. Selin munkája nem célozza a tényezők feltárását, csak az eszköz tesztelését a négy említett komponenssel szemben. Összességében Selin megállapította, hogy az AUDIT megfelelően azonosította a négy kritériumot, 8+ eredménnyel a teljes eszközre vonatkozóan (azaz AUDIT-10). Az egyik, az AUDIT-ot a normál népesség körében alkalmazó vizsgálat közül Knibbe és társai (2006) elemezte az egyes kérdések megbízhatóságát nemek szerint, kilenc európai ország eredményei alapján. A következtetések szerint a fogyasztásra vonatkozó kérdések közül az italfogyasztás gyakorisága csökkentette a

Cronbach alpha érték korrelációját szinte minden országban. A következményekre irányuló kérdések közül néhány kérdés (különösen a sérülésekre és a mások visszajelzéseire vonatkozók) ugyancsak csökkentette a belső konzisztenciát, ami arra a következtetésre juttatta a szerzőket, hogy ezeknek a jelentése eltér a vizsgálatban részt vevő országokban.

Ahogy azt korábban említettük, a RAPS4 (és elődje a RAPS) eszközt úgy fejlesztették ki, hogy nagyon rövid szűrőeszközként szolgáljon az alkoholfüggőség azonosítására sürgősségi ellátás keretében (Cherpitel 2000 , Cherpitel 1995). Ez az eszköz jó pszichometriai tulajdonságokat mutatott (Cherpitel és társai 2005), és sikeresen alkalmazták egy sor általános népesség körében, sürgősségi ellátás keretében készített vizsgálatnál, például Lengyelországban (Cherpitel és társai 2009), Argentínában (Cremonte, Cherpitel 2008) és Mexikóban (Cherpitel, Borges 2000). Az Egyesült Államokban az alkoholfüggőségre irányuló lakossági vizsgálat során is jól teljesített az eszköz, de az alkohol abúzusra vonatkozóan már kevésbé (Cherpitel 2002). A mennyiségre és a gyakoriságra (QF) vonatkozó kérdések (több mint öt ital elfogyasztása egy alkalommal az elmúlt év során, vagy havonta egy alkalommal történő italfogyasztás az elmúlt év során) hozzáadásával a RAPS4 alkohol abúzusra irányuló érzékenysége is javult. Az eszköz mérési alapul szolgált nagy nemzetközi vizsgálatokban Észak- és Dél-Amerikában, Európában, Ázsiában és Afrikában (pl.: Cherpitel és társai 2005). Nemzetközi felhasználása során a RAPS4 nagyobb szenzitivitást és specificitást mutatott a toleranciára vonatkozóan (mint a függőség közvetítő változójára) olyan országokban, melyekben kulturálisan érzékenyebbek a problémás alkoholfogyasztással szemben (azaz ahol az alkohol nem integrált része a kultúrának) (Cherpitel és társai 2005). A fejezet rész konklúziójaként elmondható, hogy az abúzus/függőség mérésére szolgáló megfelelő eszköz kiválasztása során ésszerűen kell tartani, hogy a kiválasztásra kerülő eszköz szűrési vagy diagnosztikai célokat szolgál-e. Szűrés esetén az AUDIT vagy a RAPS4 eszközök megfelelőbbnek tűnnek. Ha valaki diagnosztikus eredményekhez kíván közelíteni, úgy a CIDI vagy az AUDADIS eszközök, illetve a BNO-10 kritériumok egy operacionalizált változata jobb választás lehet. Ebben az esetben azonban hosszabb mérési eszközökkel kell számolnunk.

Szociális következmények

Hagyományosan elkülönítve kezelik az alkohol-fogyasztással összefüggő problémákat, melyek az abúzust és a függőséget (korábban alkoholizmust) fedik, és a szociális problémákat, melyeket az alkohol-fogyasztók észlelnek a fogyasztás következményeként (pl. házastárral/rokonokkal/barátokkal való problémák, munkahelyi gondok, problémák a rendőrséggel, pénzügyi nehézségek, agresszió). Ezeket számos módon osztályozzák, például „belülről fakadó és kívülről jövő” problémák (Bloomfield és társai 2010), „belső és külső” problémák (Plant és társai 2000), „problémák az ivás következményeként” vagy „megrögzött ivás” (Mulford, Miller 1960), „függőség és következmények” (Hilton 1991), „személyes következmények” és „szociális következmények” (Rootman, Moser 1985). Minden dichotómia a probléma személyes és a társas dimenziójára reflektál. Legalább két kutatás azt mutatta ugyanakkor, hogy a pszichometriai elemzés során, mikor a kérdések dimenziókra bonthatóságának bizonyítékát keresték, a kutatók egy főkomponenst találtak minden kérdéshez (Wicki és társai 2009 , Gmel és társai 2000). Statisztikai szempontból ezért minden alkoholfogyasztással összefüggő probléma látszólag egyetlen dimenzióba tartozik, még akkor is, ha a kutatók szeretnék azokat elméleti vagy konceptuális alapon szétválasztani.

Ebben az áttekintésben a korábbi kategorizáló megközelítés került alkalmazásra, ezért ez a rész most azzal foglalkozik, amit külsőnek vagy extrinzik problémáknak neveznek, azaz melyek a társas kapcsolatokban nyilvánulnak meg. Ahogy Room (2000) megjegyezte, nincs igazi egyetértés vagy standard eszköz az alkoholfogyasztás szociális következményeinek mérése terén, melyeket ma összefoglalóan „társadalmi károknak” nevezünk. Room definíciója szerint a társadalmi kár „észlelt teljesítmény-romlás vagy sikertelenség a főbb szociális szerepek teljesítésében, úgy mint: családtag, dolgozó, barát vagy szomszéd, vagy a nyilvános viselkedés tekintetében” (Room 2000 p. 94). Megjegyzi továbbá, hogy az elmúlt fél évszázadban az ezen területekre vonatkozó kérdések száma változott, míg a problématerületek száma állandó maradt. Általánosságban az elmúlt négy évtizedben feltett kérdések a következő területekre vonatkoztak: problémák a házastárral, rokonokkal, szomszédokkal és barátokkal, munkahelyen vagy a rendőrséggel, valamint agresszió, ellenséges magatartás és pénzügyi gondok. Ugyanakkor, a problémák csak egy bizonyos „intenzitáson” túl mérhetők. Room (Room 2000, p.106) a következő szinteket különbözteti meg, a legsúlyosabbtól indulva:

1. mások által jelentett konkrét cselekedetek, válaszként a válaszadó alkoholfogyasztására
2. utalás arra, hogy szóvá tették, vagy kontrollálni próbálták alkoholfogyasztását

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

3. egy adott területen észlelt problémát a válaszadó az alkoholfogyasztásának tulajdonítja

4. a válaszadó viselkedése alkoholfogyasztása során problémás

Room kategóriáinak megfelelően, a következő táblázat példákon keresztül mutatja be, hogy az élet különböző területeire vonatkozó kérdések – az intenzitás különböző fokain – hogyan manifesztálódnak. Megjegyzendő, hogy a kérdések egy része hipotetikus, nem olyan kérdőívben szereplő kérdés, amely empirikus vagy pszichometriai szempontból ellenőrzésre került volna.

8. táblázat - A szociális következmények területeinek áttekintése

	1. szint	2. szint	3. szint	4. szint
Területek	Konkrét cselekedetek	Szóváltás, kontrollálási kísérletek	Életvezetési problémák általában	A válaszadó problémás viselkedése alkoholfogyasztás során
Házastárs	A feleségem elhagyott, mert ittam.	A feleségem megfenyegetett, hogy elhagy, mert iszom.	Az alkoholfogyasztásom ártott a házasságomnak.	Majdnem lefeküdtem egy másik nővel a feleségem születésnap buliján.
Rokonok	A rokonok nem állnak szóba velem többé, mert iszom.	Egy rokonom azt mondta, hogy igyak kevesebbet.	Az alkoholfogyasztásom károsan befolyásolta a kapcsolatomat a rokonaimmal.	Néhány ital után rátámadtam az anyósomra.
Barátok és szomszédok	Egy barátság véget ért amiatt, hogy ittam.	Egy barátom azt tanácsolta, hogy igyak kevesebbet.	Az alkoholfogyasztásom károsan befolyásolta egy baráti kapcsolatomat.	Erőszakos, durva dolgokat mondtam valakinek/egy barátnak mikor ittam.
Munka	Az ivás miatt elveszítettem a munkámat.	Munkatársaim azt tanácsolták, hogy igyak kevesebbet.	Az alkohol-fogyasztásom károsan befolyásolta munkahelyi előmeneteletem vagy akadályozta egy jobb állás megszerzését.	Ki kellett vennem egy nap betegszabadságot az ivás után.
Rendőrség	Letartóztattak, mert ittam.	Egy rendőr kérdőre vont vagy figyelmeztetett az ivás miatt.	Összeütközésbe keveredtem a törvénnyel az ivás miatt.	Szerencsémre nem állítottak meg a rendőrök mikor részegen vezettem, mert el voltak foglalva egy másik sofőrrel.
Agresszió /ellenséges viselkedés	Verekedésbe keveredtem, mikor ittam. Agresszív vagy mogorva voltam, amikor ittam.	Egy pultos azzal fenyegetett, hogy hívja a rendőröket, ha legközelebb nem tudok viselkedni.	Erőszakosan viselkedtem, amikor ittam.	Néhány ital után majdnem megütöttem a kisgyermekemet.

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

	1. szint	2. szint	3. szint	4. szint
Anyagiak	El kellett adnom az ékszereimet, hogy kifizessem az adósságaimat, amit az ital miatt szedtem össze.	Üzlettársam azt tanácsolta, hogy igyak kevesebbet.	Az alkoholfogyasztásom károsan befolyásolta a pénzügyeimet.	Elittam az új TV-re félretett pénzt.

Alkoholnak tulajdonított problémák

A szociális következményekkel foglalkozó kérdések kapcsán felmerül a problémák és az alkoholfogyasztás közötti összefüggések körüli vita, melyet érdemes röviden megemlíteni. Egyesek szerint, csak az alkohol-epidemiológiában feltételeznek eleve közvetlen összefüggést a mérni kívánt veszélyeztető tényezők (alkoholfogyasztás) és a következmények között (Room 2000, Rehm, Gmel 1999). Ez azt jelenti, hogy a legtöbb, a szociális következményekre vonatkozó kérdés felteszi, hogy a kár az alkoholfogyasztás miatt következett-e be. Ez az epidemiológiai kutatások számára problematikus, mert ott a veszélyeztető tényezőket és a kimeneteket két különálló egységként kellene kezelni. A közelmúltban Gmel és munkatársai (2010) azt találták, hogy kevesebb saját fogyasztáshoz kötődő problémát jelentenek, mintha csak általában az alkoholhoz köthető problémát (AAF) kérdeznék. Bár a vita évek óta tart, nem sikerült megegyezni arról, hogy töröljék-e a problémák alkoholnak tulajdonítását (alkohol attribúciót) az alkohol-fogyasztás káros következményeire vonatkozó kérdésekből. Ezt a témát nem részletezzük a továbbiakban, de az olvasónak tekintetbe kell vennie a tulajdonítás és az összefüggés elemzése körüli kérdéseket. További megfontolás tárgyát képezik az alkoholfogyasztás időtartamára (mint veszélyeztető tényezőre) és az alkohol-fogyasztással összefüggő problémák (mint következmények) (Gmel és társai 2000) megjelenésére vonatkozó kérdések. Az alkoholfogyasztásnak természetesen meg kell előznie a problémák kialakulását. A legtöbb vizsgálat azonban ugyanazt az időintervallumot alkalmazza mindkét változó esetében – általában az egy éves időtartamot (Dawson 2003). Ennél rövidebb időintervallum valószínűleg túl rövid a problémák jelenlétének vizsgálata szempontjából.

Károkozás másoknak

Az alkoholfogyasztással összefüggő problémák vizsgálatának relatíve új területe a másoknak okozott károk mérése survey módszerekkel (Room 2000, Rossow, Hauge 2004). A problémák ezen területéről, melyeket egyéni szinten mérnek, rendkívül kevés a szisztematikus irodalmi áttekintés vagy egyéb dokumentum. A legelső, a másoknak okozott károkat mérő kérdéssor alkoholfogyasztásra irányuló kérdőíves kutatásban egy 1989-es kanadai tanulmányból származik (Eliany 1992). Ezzel nagyjából egyidőben született egy észak-európai kérdőív, mely a mások által okozott szociális károkra vonatkozó kérdéseket tartalmazott (Makela és társai 1999). Az ebből a két kutatásból származó kérdéseket az alábbi táblázat tartalmazza. Rossow és Hauge (2004) az észak-európai kérdőív kérdéseit elemezte Norvégia esetében, hogy megvizsgálja a mások által okozott károk mértékét. A beszámoló szerint súlyosabb károkat kevesen tapasztalnak (kb. 3-5%), de a kevésbé súlyos károk (pl.: éjszaka nem tudott aludni) gyakoriak – a megkérdezettek 20%-a számolt be arról, hogy az előző 12 hónapban legalább egyszer nem hagyták aludni. Azt is megállapították, hogy a súlyosabb károk elszenvedői maguk is problémás ivók, valamint, hogy ilyen károkat gyakrabban szenvednek el nők, mint férfiak (Rossow, Hauge 2004).

A problémásságra vonatkozó tárgyalt kérdések szerepelhetnek egy alkohol-fogyasztást vizsgáló populációs vizsgálat általános kérdései között is. Kiterjedtebb, a másoknak okozott károk speciális dimenziójára vonatkozó kérdéssorok – úgy mint a családtagok által elszenvedett problémák (pl.: Orford és társai 2005), vagy partner erőszakossága (Bergmark és társai 2005) okozta problémák – száma alacsony a szakirodalomban.

9. táblázat - Másoknak okozott károkra vonatkozó kérdések listája alkoholfogyasztásra irányuló populációs vizsgálatokból

Kanadai kérdőív (Eliahy és társai 1992)	Problématerület
Előfordult-e valaha,	
hogya megszegyenítette vagy inzultálta olyan, aki ivott?	Inzultus
hogya ultimátumot adott vagy vitatkozott valakivel alkoholfogyasztása miatt?	Agresszió
hogya véget ért egy baráti kapcsolata más személy alkoholfogyasztása miatt?	Barátság
hogya családi vagy házasságbeli problémái voltak más személy alkoholfogyasztása miatt?	Család/házasság
hogya utazott olyan sofőr mellett, aki túl sokat ivott?	Autóvezetés
hogya részese volt egy autóbalesetnek más személy alkoholfogyasztása miatt?	Autóvezetés
hogya megrongálta tulajdonát olyan személy, aki ivott?	Vandalizmus
hogya fellökte, megütötte vagy megtámadta olyan személy, aki ivott?	Erőszak
hogya nyugalma megzavarták a hangos bulik vagy olyan személyek, akik ittak?	Hábortás
hogya pénzügyi gondjai támadtak más személy alkoholfogyasztása miatt?	Anyagi
Észak-európai kérdőív (Makela és társai 1999)	
Előfordult-e valaha,	
hogya zaklatták, vagy zavarták ittas személyek az utcán vagy más nyilvános területen?	Nyilvános inzultus
hogya zaklatták, vagy zavarták ittas személyek egy bulin vagy más privát területen?	Privát inzultus
hogya egy ittas személy fizikai sérülést okozott Önnek?	Erőszak
hogya egy ittas személy tönkretette ruháit vagy egyéb tulajdonát?	Vandalizmus
hogya gúnyolták, vagy más módon inzultálták ittas személyek?	Inzultus
hogya félt ittas személyektől, akikkel az utcán találkozott?	Félelem
hogya éjszaka nem tudott elaludni részegek tivornyázása miatt?	Hábortás

Következtetések

A tanulmány betekintést nyújt a mérés kérdéseibe, a kérdőív kitöltés és az adatelemzés módozataiban. Az egyik alapvető megállapítás az alkoholfogyasztás mérésére vonatkozóan, hogy minél több a kérdés, annál nagyobb a kérdezett által vallott fogyasztás mértéke. Az italtípusok szerinti mennyiségi és gyakorisági kérdések (BSQF) alkalmazása ajánlott, ha különféle csoportok kerülnek összehasonlításra, és rendelkezésre állnak európai tapasztalatok. Egyéves referencia időszak alkalmazása ajánlott, amennyiben az alkoholfogyasztás és a kapcsolódó problémák összefüggései képezik a vizsgálat

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

tárgyát. Az áttekintés az alkoholfogyasztással összefüggő problémák kapcsán a következő három területre fókuszál: abúzus/dependencia, a szociális következmények és károkozás másoknak. A szociális következményeket olykor külső és belső problémákra osztják, bár az elemzés többnyire egyetlen dimenziót tekint. A megfelelő eszköz kiválasztását illetően az áttekintés legfőbb megállapítása, hogy azt kell eldönteni, hogy az eszközt szűrőeszközként vagy diagnosztikus eszközként szeretnénk alkalmazni. A függőség szűrésére az AUDIT vagy a RAPS4 mutatkozik a megfelelő eszköznek. Ha valaki diagnosztikus eredményekhez kíván közelíteni, úgy a CIDI, vagy AUDADIS eszközök, illetve a BNO-10 kritériumok egy operacionalizált változata jobb választás lehet. A másoknak okozott károk mérése egy relatíve új terület, és jelenleg úgy tudjuk, hogy inkább a kisebb mértékű károk a gyakoribbak, mint a nagyobb mértékűek. A face-to-face interjú az adatfelvétel előnyösebb módja, mint a telefonos vagy a levélben történő lekérdezés, mert a mobiltelefonok elterjedése hatással van a mintavételi keretre, csökkenti a válaszadók arányát és a meg nem válaszolt kérdések számát. A face-to-face technikának is megvan ugyanakkor a hátránya, elsősorban a magas költsége.

Irodalomjegyzék:

- [1] Allen, J., Litten, R., Fertig, J., és Barbor, T.. 1997. *A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT)*. *Alc Clin Exp Res* 21. 613-619.
- [2] 1994. *American Psychiatric Association: DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association. Washington.
- [3] Anderson, P és Gordon, R.. 2009. *Recommendations about sensible drinking amounts. Results of a survey*. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ev_20090217_co02_en.pdf.
- [4] Anderson, P. és Baumberg, B.. 2006. *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*. Institute of Alcohol Studies. London.
- [5] Aquilino, WS és LoSciuto, L.A.. 1990. *Effects of interview mode on self-reported drug use*. *Public Opinion Quarterly*, 54. 362-395.
- [6] Bergmark, KH., Graham, K., és Nordvik, M.. 2005. *A comparison of alcohol-related aggression in six European countries*. In: Bloomfield K, et al (Eds): *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study*. 103-115. Charité University Medicine. Berlin.
- [7] Berner, M., Kriston, L., Bentele, M., és Härter, M.. 2007. *The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis*. *Journal on Studies of Alcohol and Drugs*, 68. 461-73.
- [8] Bloomfield, K., Wicki, M., Gustafsson, N-K., Mäkelä, P., és Room, R.. 2010. *Changes in alcohol-related problems after alcohol policy changes in Denmark, Finland and Sweden*. *Journal on Studies of Alcohol and Drugs*, 71. 32-40.
- [9] Bongers, IMB és Van Oers, JAM. 1998. *Mode effects on self-reported alcohol use and problem drinking: mail questionnaires and personal interviewing compared*. *Journal of Studies of Alcohol*, 59. 280-285.
- [10] Bradburn, NM.. 1983. *Response effects*. In: Rossi P, Wright J, Anderson A, (Eds): *Handbook of Survey Research*. 331-340. Wiley. New York.
- [11] Bühringer, G, Augustin, R, Bergmann, E, Bloomfield, K, Funk, W, és Junge, B et al.. 2002. *Alcohol Consumption and Alcohol-related Problems in Germany*. Hogrefe & Huber. Göttingen.
- [12] Caspar, R.. 1992. *Survey Measurement of Drug Use*. In: Turner CF, Lessler JT, Gfroerer JC, (Eds): *Follow-up of nonrespondents in 1990*. 155-173. National Institute on Drug Abuse. Rockville.
- [13] Cherpitel, C.. 1995. *Screening for alcohol problems in the emergency room: a rapid alcohol problems screen*. *Drug and Alcohol Dependence*, 40. 133-137.
- [14] Cherpitel, C.. 2000. *A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: The RAPS4*. *Journal of Studies on Alcohol* 61. 447-449.
- [15] Cherpitel, C.. 2002. *Screening for alcohol problems in the US general population: Comparison of the CAGE RAPS4 and RAPS4-QF by gender, ethnicity and service utilization*. *Alc Clin Exp Res* 2002, 26. 1686-91.
- [16] Cherpitel, C. és Borges, G.. 2000. *Screening instruments for alcohol problems: a comparison of cut points between Mexican American and Mexican patients in the emergency room*. *Substance Use & Misuse*, 35(10). 1419-30.
- [17] Cherpitel, C., Ye, U., Bond, J., Borges, G., és Cremonte M. et al., . 2009. *Screening, Brief Intervention and Referral to treatment (SBIRT) in a Polish emergency Department: Three-month outcomes for a randomized, controlled clinical trial*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70. 982-990.

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

- [18] Cherpitel, C., Ye, U., Bond, J., Borges, G., és Cremonte, M.. 2005. *Cross-national performance of the RAPS4/RAPS-QF for tolerance and heavy drinking: data from 13 countries. Journal of Studies on Alcohol*, 66. 428-432.
- [19] 2009. *Committee on Data Collection, Indicators and Definitions: Summary Report. http://ec.europa.eu/health/indicators/events/alcohol_committee_mtg_2_2009-09_minutes_final.pdf.*
- [20] Cremonte, M. és Cherpitel, C.. 2008. *Performance of screening instruments for alcohol use disorders in emergency department patients in Argentina. Substance Use & Misuse*, 43(1). 125-138.
- [21] Curtin, R., Presser, S., és Singer, E.. 2005. *Changes in telephone survey nonresponse over the past quarter century. Public Opinion Quarterly*, 69(1). 87-98.
- [22] Dawson, D., Grant, B., és Li, T.. 2005. *Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits. Alc Clin Exp Res* 29. 902-8.
- [23] Dawson, D., Li, T., és Grant, B.. 2008. *A prospective study of risk drinking: at risk for what? Drug and Alcohol Dependence*, 95. 62-72.
- [24] Dawson, D.. 1998. *Volume of ethanol consumption: Effects of different approaches to measurement. Journal of Studies on Alcohol*, 59. 191-197.
- [25] Dawson, D.. 2000. *US low-risk drinking guidelines: an examination of four alternatives. Alc Clin Exp Res* 24. 1820-9.
- [26] Dawson, D.. 2003. *Methodological issues in measuring alcohol use. Alcohol Research & Health*, 27. 18-29.
- [27] De Leeuw, ED. és Nichols, II W.. 1996. *Technological innovations in data collection: acceptance, data quality and costs. Sociological Research Online*, 1. 1-17.
- [28] De Leeuw, ED.. 1992. *Data Quality in Mail, Telephone, and Face-to-Face Surveys*. T.T.- Publikaties. Amsterdam.
- [29] De Leeuw, ED. és Collins, M.. 1997. *Data collection methods and survey quality: an overview. In: Lyberg L, Biemer P, Collins M. (Eds): Survey Measurement and Process Quality*. 199-220. Wiley. New York.
- [30] Eliany, M., Giesbrecht, N., Nelson, M., Wellman, B., és Wortley, S.. 1992. *Alcohol and other drug use by Canadians: a national alcohol and other drug survey*. Health Canada. Ottawa.
- [31] Ewing, J.. 1984. *Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. Journal of the American Medical Association*, 252. 1905-7.
- [32] Fleming, M., Barry, K., és McDonald, R.. 1991. *The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. International Journal of the Addictions*, 26. 1173-85.
- [33] 2010. *GENACIS: Recommendations for the use of drinking indicators*.
- [34] Gmel, G.. 2000. *The effect of mode of data collection and of non-response on reported alcohol consumption: a split-sample study in Switzerland. Addiction*, 95. 123-34.
- [35] Gmel, G., Graham, K., Kuendig, H., és Kuntsche, S.. 2006. *Measuring alcohol consumption - should the 'graduated frequency' approach become the norm in survey research? Addiction*, 101. 16-30.
- [36] Gmel, G., Heeb, J., és Rehm, J.. 2001. *Is frequency of drinking an indicator of problem drinking? A psychometric analysis of a modified version of the alcohol use disorders identification test in Switzerland. Drug and Alcohol Dependence*, 64. 151-161.
- [37] Gmel, G., Kuntsche, E., Wicki, M., és Labhart, F.. 2010. *Measuring alcohol-related consequences in school surveys: alcohol-attributable consequences or consequences with students' alcohol attribution. American Journal of Epidemiology*, 171(1). 93-104.

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

- [38] Gmel, G. és Rehm, J.. 2004. *Measuring alcohol consumption. Contemporary Drug Problems, 31(3)*. 467-540.
- [39] Gmel, G., Rehm, J., Room, R., és Greenfield, T.. 2000. *Dimensions of alcohol-related social and health consequences in survey research. Journal of Substance Abuse, 12*. 113-138.
- [40] Graham, K., Demers, A., Rehm, J., és Gmel, G.. 2004. *Problems with the graduated frequency approach to measuring alcohol consumption: Results from a pilot study in Toronto, Canada. Alcohol and Alcoholism, 39*. 455-462.
- [41] Grant, B., Harford, T., Dawson, D., Chou, P., és Pickering, R.. 1995. *The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. Drug and Alcohol Dependence, 39*. 37-44.
- [42] Greenfield, TK., Midanik, LT., és Rogers, JD.. 2000. *Effects of telephone versus fact-to-face interview modes on reports of alcohol consumption. Addiction, 95*. 277-284.
- [43] Groves, RM.. 1989. *Survey Errors and Survey Costs*. Wiley. New York.
- [44] Hasin, D.. 2003. *Classification of alcohol use disorders. Alcohol Research & Health, 27*. 5-17.
- [45] Hilton, M.. 1989. *A comparison of a prospective diary and two summary recall techniques for recording alcohol consumption. British Journal of Addiction, 84*. 1085-92.
- [46] Hilton, M.. 1991. *Demographic characteristics and the frequency of heavy drinking as predictors of self-reported drinking problems. In: W. Clark, M. Hilton (Eds): Alcohol in America: drinking practices and problems*. 194-212. New York Press. Albany.
- [47] Homila, M.. 1995. *Intoxication and hazardous use of alcohol: results from the 1992 Finnish drinking habits study*. Social Research Institute on Alcohol Studies. Helsinki.
- [48] Hox, J. és De Leeuw, ED.. 1994. *A comparison of non-response in mail, telephone and face-to-face surveys. Quality and Quantity, 28*. 329-344.
- [49] <http://www.genacis.org/drinkingindicators/recommendations.pdf>.
- [50] 2010. *International Center for Alcohol Policies: International drinking guidelines*. <http://www.icap.org/table/InternationalDrinkingGuidelines>.
- [51] Ivis, F., Adlaf, E., és Rehm, J.. 2000. *Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. Drug and Alcohol Dependence, 60*. 97-104.
- [52] Johnson, TP., Hougland, JG., és Clayton, RR.. 1989. *Obtaining reports on sensitive behavior: a comparison of substance use reports from telephone and face-to-face interviews. Social Science Quarterly, 70*. 174-183.
- [53] Keeter, S., Kennedy, C., Dimock, M., Best, J., és Craighill, P.. 2006. *Gauging the impact of growing nonresponse on estimates from a national RDD telephone survey. Public Opinion Quarterly, 70(5)*. 759-779.
- [54] Kelly, T. és Donovan, J.. 2001. *Confirmatory factor analysis of the alcohol use disorder identification test (AUDIT) among adolescents treated in emergency departments. Journal of Studies on Alcohol, 62*. 838-842.
- [55] Kempf, A. és Remington, P.. 2007. *New challenges for telephone survey research in the twentieth century. Annual Review of Public Health, 28*. 113-126.
- [56] Knibbe, R. és Bloomfield, K.. 2001. *Alcohol consumption estimates in surveys in Europe: Comparability and sensitivity for gender differences. Substance Abuse, 22*. 23-38.
- [57] Knibbe, R., Derickx, M., Kuntsche, S., Grittner, U., és Bloomfield, K.. 2006. *A comparison of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in general population surveys in nine European countries. Alcohol and Alcoholism, 41*. i19-i25.

- [58] Kraus, L. és Augustin, R.. 2001. *Measuring alcohol consumption and alcohol related problems: Comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. Addiction*, 96. 459-471.
- [59] Kühlnhorn, E. és Leifman, H.. 1993. *Alcohol surveys with high and low coverage rate: A comparative analysis of survey strategies in the alcohol field, Journal of Studies on Alcohol*, 54. 542-554.
- [60] Lachner, G., Wittchen, H-U., Perkonigg, A., Holly, A., Schuster, P., és Wunderlich, Uea.. 1998. *Structure content and reliability of the Munich-composite international diagnostic interview (M-CIDI) substance use sections. European Addiction Research*, 4. 28-41.
- [61] Lahaut, V., Jansen, H., van de Mheen, D., és Garretsen, H.. 2002. *Non-response bias in a sample survey on alcohol consumption, Alcohol and Alcoholism*, 37(3). 256-260.
- [62] Lavrakas, P.J.. 1993. *Telephone Survey Methods: Sampling, Selection and Supervision*. Sage. Newbury Park, CA.
- [63] Lemmens, PHHM, Tan, ES, és Knibbe, RA. 1988. *Bias due to non-response in a Dutch survey on alcohol consumption. British Journal of Addiction*, 83. 1069-77.
- [64] Link, M. és Mokdad, A.. 2005. *Effects of survey mode on self-reports of adult alcohol consumption: a comparison of mail, web and telephone approaches. Journal of Studies on Alcohol*, 66. 239-245.
- [65] Makela, P., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., és Simpura, J.. 1999. *Drinking Habits in the Nordic Countries. Oslo, National Institute for Alcohol and Drug Research, Report No.: 2/99*.
- [66] Mangione, TW., Hingson, R., és Barrett, J.. 1982. *Collecting sensitive data: a comparison of three survey strategies. Sociological Methods and Research*, 10. 337-346.
- [67] Medina-Mora, E., Carreño, S., és de la Fuente, J.. 1998. *Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexico. In: Marc Galanter, Lee Ann Kaskutas (Eds): Recent Developments in Alcoholism . Plenum Press. New York*.
- [68] Midanik, L.. 1994. *Comparing usual quantity/frequency and graduated frequency scales to assess yearly alcohol consumption: Results from the 1990 US National Alcohol Survey. Addiction*, 89. 407-412.
- [69] Midanik, LT., Greenfield, TK., és Rogers, JD.. 2001. *Reports of alcohol-related harm: Telephone vs. Face-to-face interviews. Journal of Studies on Alcohol*, 62. 74-78.
- [70] Mulford, H. és Miller, D.. 1960. *Drinking in Iowa: IV. Preoccupation with alcohol and definitions of alcohol heavy drinking and trouble due to drinking. Quarterly Studies on Alcohol*, 60. 203-208.
- [71] Orford, J., Templeton, L., Velleman, R., és Copello, A.. 2005. *Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. Addiction* 100. 1611-24.
- [72] O'Toole, J., Sinclair, M., és Leder, K.. 2008. *Maximising response rates in household telephone surveys. BMC Medical Reserach Methodology*, 8(71).
- [73] Plant, M., Miller, P., Thornton, C., Plant, M., és Bloomfield, K.. 2000. *Life stage, alcohol consumption patterns, alcohol-related consequences and gender. Substance Abuse*, 21. 265-281.
- [74] Poikolainen, K., Podkletnova, I., és Alho, H.. 2002. *Accuracy of quantity-frequency and graduated frequency questionnaires in measuring alcohol intake: Comparison with daily diary and commonly used laboratory markers. Alcohol and Alcoholism*, 37. 573-576.
- [75] Porkorny, A., Miller, B., és Kaplan, H.. 1972. *The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. American Journal of Psychiatry*. 129:342.

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

- [76] Redman, S., Sanson-Fisher, R., Wilkinson, C., Fahey, P., és Gibberd, R.. 1987. *Agreement between two measures of alcohol consumption. Journal of Studies on Alcohol*, 48. 104-108.
- [77] Rehm, J. és Arminger, G.. 1996. *Alcohol consumption in Switzerland 1987-93: adjusting for differential effects of assessment techniques on the analysis of trends. Addiction*, 91. 1335-44.
- [78] Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavornacharoensap, M., Teerawattananon, Y., és Patra, J.. 2009. *Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet*, 373(9682). 2223-33.
- [79] Rehm, J.. 1998. *Measuring quantity, frequency and volume of drinking. Alcohol Clin Exp Res*, 22. 4-14.
- [80] Rehm, J. és Gmel, G.. 1999. *Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8-year follow-up study in Switzerland. Addiction*, 94. 899-912.
- [81] Reinert, D. és Allen, J.. 2002. *The alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of recent research. Alc Clin Exp Res* 26. 272-279.
- [82] Reinert, D. és Allen, J.. 2007. *The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. Alc Clin Exp Res* 31. 185-199.
- [83] Rist, F., Glöckner-Rist, A., és Demmel, R.. 2009. *The alcohol use disorders identification test revisited: Establishing its structure using nonlinear factor analysis and identifying subgroups of respondents using latent class factor analysis. Drug and Alcohol Dependence* 100. 71-82.
- [84] Room, R.. 2000. *Concepts and items in measuring social harm from drinking. Journal of Substance Abuse* 12. 93-111.
- [85] Rootman, I. és Moser, J.. 1985. *Community response to alcohol-related problems*. USGPO. Washington.
- [86] Rossow, I. és Hauge, R.. 2004. *Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others' drinking. Addiction* 99. 1094-102.
- [87] Russell, M., Martier, S., Sokol, R., Mudar, P., Bottoms, S., és Jacobson, S. et al.. 1994. *Screening for pregnancy risk-drinking. Alc Clin Exp Res* 18. 1156-61.
- [88] Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., de la Fuente, J., és Grant, M.. 1993. *Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption, Addiction* 88. 791-804.
- [89] Schwartz, N., Strack, R., Hippler, H-J., és Bishop, G.. 1991. *The impact of administration mode on response effects in survey measurement. Applied Cognitive Psychology*, 5. 193-212.
- [90] Selin, KH.. 2006. *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): What does it screen? Performance of the AUDIT against four different criteria in a Swedish population sample. Substance Use & Misuse*, 41. 1881-99.
- [91] Shakeshaft, A., Bowman, J., és Sanson-Fisher, R.. 1999. *A comparison of two retrospective measures of weekly alcohol consumption: Diary and quantity/frequency index. Alcohol & Alcoholism*, 34. 636-645.
- [92] Straus, R. és Bacon, S.. 1953. *Drinking in College*. Yale University Press.. New Haven.
- [93] Sudman, S. és Bradburn, N.. 1974. *Response Effects in Surveys: a Review and Synthesis*. Aldine. Chicago.
- [94] Sykes, W. és Collins, M.. 1988. *Effects of mode of interview: experiments in the UK. In: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Micholls II WL, Waksberg J, (Eds): Telephone Survey Methodology*. 301-320. Wiley. New York.
- [95] 2010. *TNS Opinion & Social: EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 72.3*. European Commission. Brussels.

4. Az alkoholfogyasztás vizsgálati módszertanának áttekintése egy európai szintű standardizált mérőeszköz rendszer kialakításának érdekében

- [96] Torangeau, R. és Smith, TW.. 1996. *Asking sensitive questions: The impact of data collection, mode, question format and question context. Public Opinion Quarterly, 60.* 275-304.
- [97] Üstün, B., Compton, W., Mager, D., Babor, T., Baiyewu, O., és Chatterji, Seal. 1997. *WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview and methods. Drug and Alcohol Dependence, 47.* 161-9.
- [98] Webb, G., Redman, S., Sanson-Fisher, R., és Gibberd, R.. 1990. *Comparison of a quantity-frequency method and a diary method of measuring alcohol consumption. Journal of Studies on Alcohol, 51.* 271-277.
- [99] Werch, C.. 1989. *Quantity-frequency and diary measures of alcohol consumption for elderly drinkers. International Journal of the Addictions, 24.* 859-865.
- [100] Wicki, M., Gustafsson, N-K., Mäkelä, P., és Gmel, G.. 2009. *Dimensionality of drinking consequences - cross-cultural comparability and stability over time. Addiction Research & Theory, 17.* 2-16.
- [101] Williams, G., Proudfit, A., Quinn, E., és Campbell, K.. 1994. *Variations in quantity-frequency measures of alcohol consumption from a general population survey, Addiction, 89.* 413-420.
- [102] 1993. *World Health Organisation: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry.* American Psychiatric Press.. Washington.
- [103] 1992. *World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva, WHO.*
- [104] 2000. *World Health Organization: International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, Geneva, WHO.*
- [105] 2000. *World Health Organization: International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, Geneva, WHO.*

5. A kábítószer-fogyasztás kulcsindikátorai

Horváth Gergely

Nemzeti Drog Fókuszpont

A Kábítószeres és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) hivatalosan 1993 februárjában alakult az Európai Közösség Európai Tanácsának 302/93 számú határozatával. A határozat értelmében Lisszabonban működik, feladatát teljes körűen 1995-től látja el.

Az európai központ annak a felismerésnek az eredménye, hogy a kábítószer-probléma globális kihívások elé állítja Európát, és így nemcsak a tagállamok közötti együttműködést kell összehangolni, hanem az európai szintű válaszlelééseket is. Bár a Pompidou Csoport már működött, mint egy államok közötti együttműködési szervezet, a Római Szerződés keretei között politikai kompetenciákkal nem ruházták fel. Az 1980-as évektől egyre nagyobb politikai figyelmet kapott a kérdés. Megindult az epidemiológiai és a kezelési adatok standardizálása és összehasonlíthatóságuk javítása. Kezdetben azonban a tagállamok eszközeinek összehangolásáról volt szó, egységes európai rendszer felállításáról, az európai intézkedések integrálásáról azonban nem. Egészen az 1990-es évek elejéig hiányoztak az egységes cselekvési tervek. Az első cselekvési terv része volt a központ felállításáról szóló döntés is 1991-ben. Az első egységes, európai szintű válaszleléések a kínálat-csökkentésre, azaz a csempészet és a rendőri intézkedések összehangolására és a népegészségügyi (pl. fertőző betegségekre adott) válaszleléések összehangolására irányultak. Ezekben az években születtek az első hivatalos jelentések is. A maastrichti szerződés 1993-ban rögzítette először az európai intézményesített jogosultságokat, amit azután 1999-ben az amszterdami szerződés erősített meg.

Az EMCDDA tevékenysége jól mutatja történetének kettősségét: egyrészt az európai politikai és intézményi fejlődést, másrészt a kutatói hálózatok és a módszertani fejlesztés feladatát integrálja, különösen az epidemiológia területén. Az EMCDDA küldetése az alapszabálya szerint így szól:

„Biztosítja az objektív, megbízható és összehasonlítható adatokat az európai kábítószer-problémához kapcsolódóan: a kábítószeres, a kábítószer-függőség és annak következményei területén. [annak érdekében, hogy] a kábítószeresről és a kábítószer-helyzetről adott átfogó elemzéssel segítse az európai Közösséget és a tagállamokat a saját hatáskörükben végrehajtott döntések és intézkedések meghozatalában.”

A Központ elsődleges feladata éppen ezért az adatgyűjtés összehangolása és az elemzés végrehajtása, mely az évente megjelenő ún. Éves jelentés a kábítószer-problémáról Európában címet viselő kiadványban érhető tetten. Az összehasonlítható, objektív és megbízható adatok érdekében javaslatokat tesz indikátorok felállítására, és egységes definíciókkal és kritériumokkal támogatja a tagállamok munkáját az adatgyűjtésben. A Központ javaslatai, ajánlásai a tagállamok számára nem kötelező érvényűek. Az adatgyűjtés az összehasonlíthatóság érdekében történő fejlesztése, összehangolása időigényes és nehéz feladat, a tagállamok eltérő mértékben teljesítik azt. Az összehasonlítható adatok és a tendenciák elemzése azonban komoly segítség a válaszleléések és a cselekvési stratégiák megalkotásához. A Központ támogatja az információáramlást, biztosítja az elemzések publikációját, és a szakemberek közötti tapasztalatcserét.

Az epidemiológiai kulcsindikátorok

Amikor a Központ 1995-ben létrejött, összegyűjtötte az elérhető adatokat a tagállamokból, az egészségügyi ellátás, az igazságszolgáltatás és a kábítószerpiac indikátorait standardizált statisztikai táblák formájában. Minden országban választott kiemelt együttműködő partnert, a nemzeti drog fókuszpontokat, melyek összegyűjtötték és megküldték az elérhető legjobb adatokat. Ezek a fókuszpontok lettek a felelősek az adatok minőségének biztosításáért és az Unió standardjainak megfelelő jelentésért. Ezek a nemzeti irodák feladatuk kapták az egységes módszertanok megismertetését és terjesztését a tagállamokban.

Az adatok európai összegzése kapcsán világossá vált, hogy nemcsak az adatok hozzáférhetősége volt jelentősen eltérő a tagállamokban, hanem különböztek az alkalmazott definíciók, módszerek, források, a lefedettség és az adatok minősége

is, ami megnehezítette az elemzést és az összehasonlítást. Mivel nem volt praktikus az indikátorok széles körét lefedni, kezdetben öt indikátort alkalmaztak, mint az összehangolás és a minőségfejlesztés kiemelt prioritásait. Ezeket a drogprobléma elterjedtségére és az egészségügyi válaszlépésekre koncentrááló indikátorokat kulcsindikátoroknak nevezzük.

1. A szerhasználat elterjedtsége és a szerhasználati mintázatok a normál népesség körében (lakossági felmérések adatai a 15-64 évesek körében).
2. A problémás kábítószer-fogyasztás elterjedtsége és a szerhasználati mintázatok (statisztikai prevalencia és incidencia becslések a 15-64 éves népesség körében).
3. A kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelési igények (eset-alapú egészségügyi nyilvántartási adatok a kezelést kezdő kábítószer-fogyasztók számáról és profiljáról).
4. Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek (a HIV, a hepatitis B és a hepatitis C vírus prevalenciája és incidenciája az intravénás szerhasználók körében).
5. Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás (kábitószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálozás a halálozási nyilvántartásokban, speciális halálozási regiszterekben; és a bármilyen halálok monitorozása a szerhasználói kohorszokban).

Az iskoláskorúak körében végzett vizsgálatok módszertana nem szerepel a felsorolásban, mert a Pompidou Csoport standard eszközét az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) vizsgálatok keretei között alkalmazták, 1995 óta rendszeresen. A sürgősségi esetek adatgyűjtését kihagyták, mert a tagállamok eltérő regisztrációja miatt nem volt mindenhol egyformán megvalósítható. A felsoroltak közül két indikátor – a kezelési igény indikátor és a problémás kábítószer-fogyasztás létszámbecslési adatai – alapvetően a Pompidou Csoport munkájának eredményei.

1995 és 2001 között a módszertani fejlesztés és a terepmunka kapta a főszerepet, a kulcsindikátorok útmutatóinak és technikai leírásainak kidolgozása mellett. A szakértők áttekintették a tagállamok és a hasonló területen tevékenykedő intézetek (WHO, NIDA, Eurostat) bevált gyakorlatait. A nemzeti drog fókuszpontok szakértőinek bevonásával éves találkozót szerveztek minden kulcsindikátorhoz kapcsolódóan, mely találkozók azóta is megrendezésre kerülnek. Ezzel párhuzamosan a nemzeti irodák is megalakították saját munkacsoportjaikat az adatgyűjtés harmonizációja és az egységes európai módszertan megismertetése céljából.

Az indikátorok szerepe az Európai Unió drogstratégiájában

Különböző kísérleti vizsgálatok és szakértői egyeztetések eredményeként 2000-ben befejeződött a munka, melynek eredményeként minden indikátorhoz útmutató és technikai leírás jelent meg. A kulcsindikátorokhoz vezető szakértői munka számára az EU 1999-ben elfogadott, 2000-2004-re szóló Kábítószer-ellenes Cselekvési Terve biztosította a kereteket. Eszerint az EMCDDA meghatározta az indikátorokat, összegyűjtötte és elemezte az adatokat európai szinten. Az értékelést minden évben a Kábítószerügyi Horizontális Munkacsoport elé tárja az eredményekről, a folyamatokról és a problémákról. A tagállamok szerepe az, hogy a technikai leírásoknak és az útmutatóknak megfelelően megbízható információval szolgáljanak a Központ számára az általa javasolt formátumban. A Tanács 2001-ben hozott döntése értelmében javaslatot tett a tagállamok számára drog fókuszpontok létrehozására nemzeti szinten. A nemzeti irodák hálózata (Reitox Hálózat) keretei között minden tagállamban létrejött egy iroda, mely segíti a nemzeti adatgyűjtés összehangolását és/vagy kialakítását az EMCDDA standardizált formátumainak megfelelően. Magyarországon a Nemzeti Drog Fókuszpont 2004-ben, az ország EU csatlakozásának idején alakult. A nemzeti irodáknak nincsenek jogi vagy adminisztratív kompetenciái a feladatok végrehajtása érdekében, ezért az európai drogstratégiák és cselekvési tervek is felszólítják a tagállamokat az irodák céljainak támogatására. Az EMCDDA adatgyűjtése az Európai Statisztikai Hivatallal (Eurostat), és az EU népegészségügyi programjával (Sanco) együttműködésben történik. A Központ adatai, a felvázolt trendek és a válaszlépések monitorozásának eredményei szerves részét alkotják a kábítószer-ellenes cselekvési terveknek, és mutatják az európai drogstratégiában megfogalmazottak teljesülését is. A központ adatokkal, koordinációval támogatja a tudományos kutatómunkát is.

5.1. Populációs vizsgálatok

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009): An overview of the general populations survey (GPS) key indicator, Lisbon, EMCDDA

Az indikátor célja, hogy hiteles, megbízható és összehasonlítható információkat adjon az átlagnépesség (felnőtt, fiatal felnőtt és iskoláskorú populáció) drogfogyasztásának mértékéről, mintázatairól, a drogfogyasztók jellemzőiről és vélekedéseiről. A kulcsindikátor az alábbiakról szolgáltat adatokat:

- a különböző drogok fogyasztásának elterjedtségéről, előfordulásának gyakoriságáról (prevalencia érték) az átlagnépességben és a releváns társadalmi csoportokban (pl.: fiatalok, városi népesség);
- azok szociodemográfiai jellemzőiről és drogfogyasztási mintázatairól, akik jelenleg is használnak kábítószerrel vagy használtak korábban, beleértve a kipróbálást, a szerhasználat abbahagyását, a fogyasztás intenzitását, stb.
- a drogfogyasztás járulékos körülményeiről, úgy mint életstílus, más egészségügyi tényezők, egészségi állapot, lelki egészség, szociális készségek;
- különböző társadalmi csoportok attitűdjéről és vélekedéseiről a drogfogyasztással kapcsolatban (veszélyészlelés, hozzáférhetőség megítélése);
- végül, de nem utolsó sorban, ezen paraméterek változásairól időben és az egyes országok között.

Országos és helyi szinten a megbízható információk a prevalencia értékek változásáról, a drogfogyasztás elterjedtségéről és mintázatairól megfelelő alapot biztosítanak a droghelyzet felméréséhez és megértéséhez, prioritások kijelöléséhez, a válaszlépések és a stratégia tervezéséhez és értékeléséhez. A legtöbb tagállam nemzeti drogstratégiája megköveteli a droghelyzet monitorozását. A pontos prevalencia adatok lehetővé teszik a célok elérésének nyomonkövetését.

Ezen felül, ha az országos vizsgálatok megbízható és hiteles információkkal szolgálnak, lehetővé teszik a különböző országok prevalencia értékeinek és drogfogyasztási mintázatainak összehasonlító elemzését, tágabb kitekintést adva a különböző társadalmi és kulturális közegben adott politikai válaszlépésekhez.

Módszertan

Az EMCDDA szakmai követelményrendszere elvárja a drogfogyasztás elterjedtségéről, mintázatairól az átlagnépesség (felnőttek, fiatalok, iskoláskorúak) körében történő országos szintű információgyűjtést, mely véletlen és reprezentatív mintán végzett önbevallásos vizsgálatok segítségével történik. Ezeket a vizsgálatokat időről-időre konzisztens módszertannal szükséges elvégezni a trendek azonosíthatósága érdekében.

Az EMCDDA számos beszámolót tett közzé a kulcsindikátor kialakításának menetéről és módszertani kérdésekről, összefoglalva egy kézikönyvben (Kézikönyv a normálpopulációs vizsgálatokhoz, EMCDDA 2002a). Ez a kézikönyv a 15-64 éves népesség körében végzett vizsgálatokra koncentrál. A kézikönyvben található útmutató leglényegesebb alkotóeleme tulajdonképpen egy közös tételekből álló lista, amelyet Európai Modell Kérdőívnek nevezünk. Az országos vizsgálatok kérdőívei vagy tartalmazzák ezeket a közös tételeket, vagy segítségükkel azonos adatok nyerhetők ki és jelenthetőek a már meglévő vizsgálatokból. Az országos vizsgálatok fókuszálhatnak kizárólag a Modell Kérdőív tételeire is (gyakorlati kérdések formájában operacionalizálva), bár rendszerint tartalmazznak további hozzáadott tételeket és kérdéseket is.

Az információkat évente jelentik a tagállamok az EMCDDA-nek egységesített adatgyűjtési rendszeren keresztül, ami jelenleg egy online felület. Az iskolavizsgálatok esetében – a nemzeti adatgyűjtések mellett – a nemzetközi projektek (pl.: ESPAD, HBSC) adatait a kutatásvezetők juttatják el az EMCDDA-hez.

Az indikátor magas szintű alkalmazását elősegítő legfontosabb tényezők:

- a vizsgálatok rendszeres időközönként történő megismétlése konzisztens módszertannal (kérdőív, kérdezési technika). Habár az alkalmazott útmutató nem írja elő, de a vizsgálatokat optimális legalább négyévente megismételni, különben az információ idejétmúlttá válik, és csekély stratégiai értékkel bír. A kívánatos cél az lenne, ha kétévente kerülne megismétlésre, ahogy az már néhány országban megvalósult.
- a populáció méretének megfelelő nagyságú véletlen minta alkalmazása
- megfelelő mintanagyság elérése annak érdekében, hogy a stratégia kialakítása és értékelése szempontjából fontos alcsoportokon az elemzés elvégezhető legyen

Módszertani kérdések és a kapott információk köre

Ahogy az illegális szerfogyasztással kapcsolatos kutatási területek mindegyikén, az adatvédelem és az adatkezelési protokollok szabályainak szigorú betartása elengedhetetlen. A válaszadót biztosítani kell arról, hogy a válaszait titkosan kezelik. A kérdezőnek pedig tárgyilagos és semleges hozzáállást kell tanúsítania. Ugyanezen szempontokat kell figyelembe venni a papír alapú vagy számítógépes adatfelvételi eszközök szóhasználatában is. Mindezek nemcsak etikai szempontból fontosak, hanem növelik a kapott válaszok hitelességét is. A beszámolóiban a résztvevők nem azonosíthatók személyes adataik vagy viselkedési jellemzőik alapján.

Az EMCDDA kézikönyv a 15-64 éves népesség reprezentatív háztartáspanel vizsgálataira koncentrál, és bemutat egy közös változókészletet (Európai Modell Kérdőív), valamint módszertani útmutatást nyújt.

A Modell Kérdőív meghatározza az országos vizsgálatokra vonatkozó fő változókat, melyekbe beletartoznak a kiválasztott szertípusok (kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin és LSD) fogyasztásának élet-, éves (elmúlt 12 hónapban) és havi (elmúlt 30 napban) prevalencia értékének mérésére szolgáló kérdések.

A prevalencia becslések szabványos időintervallumokon alapulnak. Az illegális szerfogyasztás esetében a következő mérőeszközöket használjuk:

- bármilyen mértékű fogyasztás a válaszadó élete folyamán legalább egyszer (életprevalencia)
- bármilyen mértékű fogyasztás az elmúlt egy évben (12 hónapos prevalencia), vagy közelmúltbeli fogyasztás
- bármilyen mértékű fogyasztás az elmúlt egy hónapban (30 napos prevalencia), vagy aktuális fogyasztás

Az életprevalencia önmagában nem ad információt az aktuális fogyasztásról a felnőttek körében (habár jól használható iskoláskorú populációban), mert azokkal is számol, akik évekkorábban próbáltak valamilyen drogot. Másrészt viszont, ez egy keret, mely az első durva becslést adhatja a drogok kipróbálásának mértékéről, különösen az alacsony prevalenciájú drogok esetében, és segíthet megbecsülni a fogyasztás olyan mintázatait, mint az incidencia (új belépők), a fogyasztás időtartama, annak folytatása vagy abbahagyása, végül pedig a kilépők jellemzőit és az okokat.

Az elmúlt évi prevalencia (éves fogyasztás) kisebb értékeket eredményez, viszont jobban tükrözi a jelenlegi helyzetet, habár ez a fogyasztás lehet alkalmi is. Az élet- és éves prevalencia kombinációja alapvető információkat nyújthat a szerfogyasztás mintázatairól (abbahagyás – akik valaha használtak, de az elmúlt évben már nem; folyamatos fogyasztás – akik régebben is használtak, és az elmúlt egy évben is; incidencia – bár egy bizonyos kor után igen alacsony értéket vesz fel).

Az elmúlt havi prevalencia (aktuális fogyasztás) már jelzi a rendszeresebb fogyasztást, és magába foglalja az intenzívebb használókat, habár sok aktuális fogyasztó nem intenzív fogyasztó.

Az éves és aktuális fogyasztás prevalencia értéke a 15-64 éves populációban a legtöbb országban igen alacsony, kivéve a kannabisz-fogyasztást. Mind epidemiológiai, mind szakpolitikai/stratégiai szempontból érdekesebb leszűkíteni az elemzést a fiatalokra (15-24 éves vagy 15-34 éves populációra), különösen a férfiakra, akik körében a szerfogyasztás leginkább koncentrálódik.

Mindezen felül, érdemes még város - vidék viszonylatokat, és más életstílussal kapcsolatos és társadalmi jellemzőket is figyelembe venni.

A fentieket tekintjük egy minimum változókészletnek az országos vizsgálatok lebonyolításához, habár más drogok (vagy a már említett szerek további bontása pl.: herbál kannabisz és gyanta, vagy kokain por és crack) is szerepelhetnek az adott ország szükségleteinek függvényében.

Minden szertípus vonatkozásában két alapvető változót (első fogyasztás életkora, fogyasztás gyakorisága az elmúlt 30 napban) használnak a drogfogyasztás mintázatának felderítésére, ami értékes információkat nyújthat az incidenciá mértékéről, a fogyasztás intenzitásáról és annak következményeiről. Alkohollal, dohányzással és recept nélküli gyógyszer-fogyasztással kapcsolatos kérdéseket is tartalmaz a Modell Kérdőív, hogy segítsen értelmezni az illegális szerfogyasztást a többféle szer együttes használatának kontextusában. A Modell Kérdőívben található továbbá a drogfogyasztással kapcsolatos attitűdökre, veszélyészlelésre és a válaszadó alapvető szociodemográfiai jellemzőre vonatkozó kérdések is.

A mintanagyság úgy kerül megállapításra, hogy minimális hibahatárral specifikus elemzések elvégzésére is alkalmas legyen, vagyis nem ajánlatos túl kicsi mintát választani. Különösen, amikor stratégiaértékeléshez nem, életkor vagy vallás szerinti bontásban van szükség megbízható adatokra, vagy amikor elvárt az alacsony prevalenciájú szerekkel kapcsolatos becslések megbízhatósága. A mintanagyság növelésén felül, bizonyos mintavételi stratégiák – mint például fiatalok, etnikai csoportok vagy belvárosi kerületek felülreprezentálása – nagyban hozzájárulhatnak az adatok megbízhatóságának növeléséhez kiemelt érdeklődésre számot tartó csoportok vonatkozásában. El kell ismerni azonban, hogy a marginalizálódott fogyasztási minták (pl.: heroin intravénás használata, crack-fogyasztás) prevalencia becsléseinek tekintetében a normálpopulációs vizsgálatoknak vannak korlátai – köszönhetően a nagyon alacsony prevalencia értékeknek, de még inkább a nem valószínűségi hibáknak (nincs benne a mintában, nincs háztartása, nem válaszol). Másrészt viszont ezek a vizsgálatok is azonosítanak alacsony, de nem elhanyagolható számban olyan embereket, akik valaha használtak heroint, de már nem teszik, mely adatok használhatók a valamikori fogyasztók jellemzőinek megismerésére, az abbahagyás esetleges okainak feltárására – összehasonlítva a kezelőhelyeken megjelenő, hosszú szerhasználati múlttal rendelkező fogyasztókkal.

A kulcsindikátor továbbfejlesztésének célja, hogy a néhány vagy minden tagállamban felmerülő, illetve az összeurópai szinten megfogalmazódó információigényekre választ adjon. Elvben, ezen modulok alkalmazása önkéntes, a nemzeti szakértők megítélésén múlik. A továbbfejlesztés egyik példája a drogok hozzáférhetőségét feltáró modul kidolgozása. Újabban, az EMCDDA koordinációjával több ország is aktívan részt vesz olyan rövid skálák kidolgozásában, amelyek az átlagnépességben tapasztalható intenzívebb drogfogyasztási formákat (függőség és visszaélés/káros fogyasztás) mérik, különösen a kannabisz-használat esetében.

Több ország gyűjt információt az első fogyasztás életkoráról, amely lehetővé teszi az incidenciá elemzését. A fogyasztás intenzitása is mérhető, ami által azonosíthatóvá válnak a magasabb kockázatú csoportok. Mindkettőre vonatkozóan szerepelnek kérdések a Modell Kérdőívben.

Bizonyos esetekben találkozhatunk az “intenzív fogyasztó” fogalmával, gyakran a kannabisz-fogyasztással összefüggésben, habár még nincs egyetemlegesen elfogadott definíciója az “intenzív drogfogyasztásnak”. Mindazonáltal, ez a kifejezés tágabb értelemben jelöli a drog (pl.: kannabisz) egy bizonyos gyakorisági küszöböt átlépő mértékben történő fogyasztását. Ez nem feltétlenül jár függőséggel/visszaéléssel, vagy más problémákkal, de növelheti a negatív következmények – beleértve a függőséget – lehetőségét.

A “napi fogyasztást” az intenzív kannabisz-fogyasztás egyik indikátoraként használjuk (a gyakorlatban az elmúlt 30 napban 20 vagy annál több napon történt fogyasztást jelöl). Ezt a gyakoriságot több vizsgálatban használták már, és része a Modell Kérdőívnek is. Más szerek tekintetében (pl.: kokain) szükséges lehet egy ettől eltérő gyakorisági küszöb meghatározása, amely esetben a fogyasztást intenzívnek nevezhetjük.

Habár a gyakoriságok viszonylag egyszerű és összehasonlítható mérőeszközök, jelenleg is folyik több országban és az EMCDDA-nél a problémás fogyasztás és a függőség meglétének becslésére szolgáló rövid skálák kidolgozása, amelyek alkalmazhatóak lesznek kérdőíves vizsgálatokban (vagy más környezetben, például telefonos vagy internetes segélyvonalaknál).

Az indikátor alap változókészletén felül a kézikönyv tárgyalja a populációs vizsgálatok fő módszertani kérdéseit is: a különböző eljárások előnyeit és alkalmazási lehetőségeit. Habár többféle módszer (pl.: mintavételi eljárás) is létezik, amelyek révén hiteles és megbízható prevalencia adatokat kaphatunk, a módszerek további összehangolása és validálása

fejlesztheti a tagállamok közötti összehasonlíthatóságot. A nemzeti szakértők ezekre az ajánlásokra támaszkodhatnak, amikor meghatározzák az adott ország számára megfelelő módszertant.

A felnőtt népesség, de különösen a fiatalabbak esetében, az eredmények közlése során alkotott korcsoportok hatással lehetnek a prevalencia értékekre, ezért összehasonlítás kizárólag ugyanazon korcsoportok esetében végezhető. A teljes felnőtt lakosságra vonatkozóan az EMCDDA a 15-64 év közötti korosztályt javasolja, a fiatal felnőttek vonatkozásában pedig a 15-34 éves korcsoportot. Ha tágabb korosztályban folyik a vizsgálat (pl.: 12-75 éves kor között) a prevalencia értékek alacsonyabbak lehetnek, mivel az illegális szerek használata ritka az idősebb korosztályokban. Ha azonban szűkebb tartományt választanak (pl.: 18-49 éves kor között), a becslési eredmények magasabbak lesznek, mivel a drogfogyasztás a fiatal korosztályokban koncentrálódik.

A populációs vizsgálatokból nyert információ különösen hasznos akkor, ha a felméréseket rendszeres időközönként megismétlik ugyanazzal a kérdőívvel és módszertannal (kutatássorozat). Ily módon láthatóvá válnak azok az időbeli trendek, amelyek egy vizsgálatból, vagy két egymást követő felmérésből nem derülnek ki. Egy ilyen kutatássorozat hosszú távú elköteleződést igényel az állami intézményektől és a kutatóintézetektől is.

Az iskoláskorú gyermekek drogfogyasztási szokásainak vizsgálata igen fontos, mivel a fejlődés ezen szakaszának viselkedésmintái hosszú távú hatással bírnak, beleértve a továbbtanulási és munkaügyi következményeket. A drogok korai kipróbálása összefüggésbe hozható a későbbi problémás fogyasztással, szociális és családi problémákkal. Éppen ezért, az iskoláskorú populáció prevalencia értékei és drogfogyasztási mintázatai a kulcsindikátor részét képezik. A középiskolások drogfogyasztását reprezentatív iskolavizsgálatok tárják fel, amelyeket a felnőttvizsgálatokhoz hasonlóan, magas minőségi követelményeknek megfelelően, szilárd, ismételhető módszertannal hajtanak végre (lásd 8., 9. fejezet). Az iskolavizsgálatok keretében rendszerint az osztálytermekben, anonim írásos kérdőívvel gyűjtik az adatokat az alkohol-fogyasztásról, többféle kábítószer használatáról, illetve a kipróbálás életkoráról és a fogyasztás gyakoriságáról. Az iskolavizsgálatok minősége és összehasonlíthatósága az országon belül és országok között megköveteli, hogy az adatfelvétel ugyanazon korosztályokon, standardizált kérdőívvel, mintavételi és adagyűjtési módszerekkel történjen az iskolában, anonim módon, az év azonos időszakában.

Az EMCDDA kézikönyv nem foglalkozik a reprezentatív iskolavizsgálatok módszertanával, mivel léteznek más példák és projektek megfelelő módszertannal, például az ESPAD (Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról, www.espad.org [<http://www.espad.org/>]) valamint az Iskoláskorú gyerekek egészségmagatartása (HBSC, www.hbsc.org [<http://www.hbsc.org/>]) elnevezésű nemzetközi projektek, és más országos felmérések Európában (pl.: Az angol fiatalok alkohol-fogyasztási, dohányzási és drogfogyasztási szokásainak vizsgálata) és az Egyesült Államokban (A jövő megfigyelése, www.monitoringthefuture.org [<http://www.monitoringthefuture.org/>]).

Az átlagpopulációs vizsgálatok erősségei és korlátai

A drogfogyasztás átlagpopulációs vizsgálatai közvetlenül mérik a fogyasztás elterjedtségét, mintázatait, úgy mint a megkérdezett személyek fogyasztásának gyakoriságát. Ugyanígy minden válaszadónál közvetlenül mérhetők a fogyasztás, a lehetséges meghatározó tényezők és az esetleges következmények (egészségügyi és szociális). Párhuzamosan más viselkedési aspektusok is mérhetők, például további szerek használata, életstílus, egészségi állapot, vélemények, attitűdök és a megkérdezettek veszélyészlelése. Lényegében a reprezentatív vizsgálatok közvetlen populációs becslést adnak a drogfogyasztás elterjedtségéről és más paramétereiről.

A tényezők egy része vizsgálható retrospektív módszerrel/visszamenőlegesen, figyelembe véve olyan korlátokat, mint az eltitkolás vagy a memória torzításai egy múltbeli eseményre történő visszaemlékezés során.

Mindenesetre az önbevallást általánosságban kellően pontos módszernek tekintjük a drogfogyasztás elterjedtségének mérésére, és rendszerint jól látható összefüggés van a vallott fogyasztás és a hatósági vizsgálattal igazolt fogyasztás mértéke között, ha a felmérést kellően érzékeny és professzionális módon végzik, biztosítva a titoktartást és az anonimitást. Ezen felül valószínűsíthető, hogy a torzítások mértéke is konstans marad időben, ha a felmérést ugyanolyan módon végzik, így a trendadatok megbízhatóak lesznek még akkor is, ha az abszolút fogyasztási szintek némileg torzítottak.

Az olyan kábítószeres fogyasztói, mint a heroin, kokain, crack, vagy az intravénás fogyasztók rejtett csoportokat is magukban foglalnak (pl.: állandó lakcímmel nem rendelkezők) és ebből következőleg kimaradhatnak a mintavételi keretből.

Más, kiegészítő módszerek szükségesek ezen csoportok prevalencia becsléseinek és drogfogyasztási mintázatainak meghatározásához, úgy mint közvetett statisztikai becslési módszerek, célzott prevalencia-vizsgálatok vagy etnográfiai módszerek.

A populációs vizsgálatok rendszerint keresztmetszeti vizsgálatok, amelyek adott időpontban gyűjtenek adatot, ezért nem alkalmasak ok-okozati összefüggések vizsgálatára (pl.: a társadalmi depriváció vezet-e a drogfogyasztáshoz). Az ilyen típusú összefüggések elemzéséhez longitudinális vizsgálatokra van szükség, habár azok nagyobb ráfordítást igényelnek, mint a keresztmetszeti vizsgálatok.

Ugyan néhány felmérésben igen részletes kérdéseket tesznek fel a fogyasztóknak, mégis rendszerint korlátozott azon kérdések száma, amelyek egy átlagpopulációs vizsgálatban feltehetőek (fogyasztott mennyiség, polidroghasználat részletei, veszélyészlelés és -kezelés, stb.).

A magas prevalencia értékű csoportok körében (pl.: zenés szórakozóhelyeken) végzett célzott vizsgálatok – speciális mintavételi és adatgyűjtési módszereket használva – részletes információval szolgálhatnak a fogyasztókról, amelyek igen hasznosak a speciális beavatkozások kidolgozásához és értékeléséhez.

A prevalencia-vizsgálatok eredményei

A legalapvetőbb, hogy a kutatási beszámolók tartalmazzák a különböző drogok prevalencia értékeit, kor és nem szerinti bontásban, mivel mindkettő fontos meghatározója a drogfogyasztás mértékének. Továbbá az eredmények más kulcsváltozók szerinti bontása is megfontolandó (pl.: településtípus, iskolai végzettség, szocioökonómiai státusz, életstílus). Több szer fogyasztóinak (pl.: az elmúlt évben vagy az elmúlt hónapban) együttes vizsgálata javasolt, figyelembe véve az alkohol és a pszichoaktív gyógyszerek fogyasztását is. A fogyasztás mintázatainak (gyakoriság, abbahagyás), incidenciájának (első használat életkora) a vizsgálata stratégiai tervezési értékkel bír. A szöveges elemzés egyértelműen beszámol a szerfogyasztás változásában megfigyelhető irányokról az illegális szerek valamint speciális szerek tekintetében, hogy mely alpopuláció(k) esetében figyelhető ez meg, illetve arról, hogy a változások statisztikailag szignifikánsak-e. Az EMCDDA által kidolgozott standard táblák lehetővé teszik a felnőttvizsgálatok alapvető eredményeinek harmonizált formában történő bemutatását.

A módszertani leírások biztosítják a munka értelmezési keretét. Részletes információt tartalmaznak a mintavételi keretről és a mintavételi eljárásról, az adatfelvétel módjáról, a terepmunkáról (a mintakiesések pótlásáról), a válaszadási arányról és a válaszhiány értékeléséről (beleértve a válaszmegtagadók jellemzőit), az adatfeldolgozás folyamatáról, beleértve az adatbevitel és a hiányzó értékek kezelésének módját valamint az elemzési technikákról.

További elemek beépítése a kérdőívbe mélyebb elemzést tesz lehetővé, és segíti az olyan területek feltárását, mint a drogkarrier (a kipróbálástól a problémás fogyasztásig) vagy a használat társadalmi tényezői. Az országos felmérésekbe ágyazott kutatási projektek támogatottságot élveznek, habár a kérdőív növekvő hossza növeli a költségeket és csökkenti a kitöltési arányt.

Ami a felnőtt lakosságot illeti, a legtöbb EU tagállamban országos reprezentatív felmérések készültek az utóbbi években, bár néhány esetben a mintanagyság limitált volt. Ugyanakkor számos ország az utóbbi években készítette el az első országos drogműködését, minden esetben a Modell Kérdőívvel nagymértékben egyező módon.

A prevalenciákban megfigyelhető trendek és a fogyasztók jellemzői különösen értékes információk. Számos országban már készülnek kutatássorozatok, vagy épp a közelmúltban kezdték el őket. Pillanatnyilag csak néhány ország rendelkezik több évre visszamenőleg nagy mintával dolgozó felmérésekkel. Amennyiben ezek folytatódnak, és újabbak állandósulnak, a trendek értelmezési lehetősége nőni fog. Mindez nagyban segítheti a stratégiatervezést és -értékelést.

Természetesen vannak különbségek az országok között a felmérés kontextusát, az adatfelvétel módját és a mintavételi eljárást illetően. A módszertani kérdések mellett más tényezők is hozzájárulhatnak a nemzeti adatok különbözőségéhez. A városi és vidéki lakosság relatív aránya az egyes országokban részben magyarázhatja az össznemzeti adatok alakulását.

Ugyanígy, a nemzeti adatok magyarázhatók részben generációs tényezőkkel is, beleértve a fiatal férfiak és nők életstílusa közötti konvergencia eltérő mértékét. A társadalmi kontextus is befolyásolhatja a drogfogyasztás bevallását. Az országok összehasonlító elemzését kellő körültekintéssel érdemes végezni, különösen akkor, ha a különbségek kicsik. A drogpolitika kialakítása és értékelése során pedig ügyelni kell többek között a konkrét korcsoportokra, születési kohorszokra, nemekre és a településtípusra.

Irodalomjegyzék:

- [1] Currie, C. és társai. (eds). 2008. *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/2006 survey, Health Policy for Children and Adolescents, No.5, Copenhagen, WHO.*
- [2] 2002. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Handbook for surveys on drug use among the general population, Lisbon, EMCDDA.*
- [3] 2002. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Technical implementation and update of the European Union databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected, Lisbon, EMCDDA.*
- [4] Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., és Morgan, M.. 2004. *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries, Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.*
- [5] Sumnall, H.R., Bellis, M.A., Lodwick, A., Bucke, T., és Vicente, J.. 2005. *Assistance to the EMCDDA for the analysis of drug profiles from the EMCDDA Databank on surveys of drug use, Lisbon, EMCDDA.*

5.2. Problémás kábítószer-fogyasztás

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009): An overview of the problem drug use (PDU) key indicator, Lisbon, EMCDDA

A problémás kábítószer-fogyasztás elterjedtsége egyike annak az öt kulcsindikátornak, amelyeket az EMCDDA alkalmaz a drogjelenség feltérképezésére Európai Unió szerte. A fejezet tömör áttekintést ad az indikátorról és a hozzátartozó útmutatóról, amellyel becsülhető a problémás kábítószerfogyasztás prevalenciája és incidenciája helyi és országos szinten az Európai Unióban.

Az EMCDDA definíciója szerint problémás kábítószer-fogyasztásnak tekintjük “az intravénás vagy tartós/rendszeres opiát-, kokain- és/vagy amfetamin-használatot”. Ez a definíció magába foglalja a receptre felírt opiátok pl. metadon rendszeres vagy tartós használatát, de nem tartalmazza azok ritka vagy rendszertelen használatát, illetve az ecstasy vagy a kannabisz fogyasztását. A problémás kábítószer-fogyasztás rendelkezésre álló becslései gyakran fókuszálnak csak az opiátokra és a polidroghasználatra. A növekvő amfetaminhasználatra, illetve a kezelésbe jelentkező kannabiszfogyasztók növekvő számára válaszul az EMCDDA vizsgálja annak lehetőségét, hogy szertípusonkénti bontásban mérje, valamint az intenzív és/vagy tartós, esetleg függő vagy problémás kannabisz-fogyasztók számának becslését kidolgozza.

A drogfogyasztás ezen mintázatai rendszerint nem mérhetők hatékonyan azokkal a lakossági felmérésekkel, amelyeket a populációs prevalencia vizsgálatok alkalmaznak. Ennek az indikátornak az adatai gyakran olyan kutatásokból származnak, amelyekben különböző prevalenciabecslési eljárásokat használnak. Három fő módszert különböztethetünk meg: multiplikátor módszer, többváltozós módszer (általában országos szintű becsléshez használatos) és a fogás-visszafogás módszer (általában helyi szintű becsléshez használják), bár más módszereket is alkalmaztak már. A problémás kábítószer-fogyasztás vagy intravénás fogyasztás incidenciája is az indikátor részét képezi. Az utóbbi idők legfőbb fejlesztése a különböző módszerek finomítása és a növekvő számú környezetben történő alkalmazásuk ösztönzése volt.

Módszertan

A prevalencia becslések előállítására használt módszerek többnyire olyan statisztikai modelleken alapulnak, amelyek a drogfogyasztással kapcsolatos más indikátorok adatait használják, leginkább:

- egyszerű multiplikátor módszer rendőrségi, kezelési, halálozási vagy HIV/HCV adatokat alkalmazva
- fogás-visszafogás módszer
- többváltozós módszer segítségével végzett extrapoláció

Multiplikátor Módszer ¹

A problémás droghasználat kontextusában a droghasználók teljes T populációja ismeretlen (részben rejtett populáció). Ha adott a kérdéses populáció egy B méretű mintája (referencia pont) és az ismeretlen populációból a mintába kerülés valószínűsége c , akkor a teljes T populáció a következőképpen becsülhető:

$$T = B / c$$

ahol

B : az azonosított problémás droghasználók száma (minta vagy referencia pont - benchmark)

c : paraméter, mely megadja egy problémás droghasználó (ismeretlen célcsoport) B mintába kerülési valószínűségét

¹ Forrás: EMCDDA and Institut für Therapieforchung (2004): Recommended draft technical tools and guidelines — Key epidemiological indicator: Prevalence of problem drug use, Lisbon, EMCDDA. p 18-41.

Jegyezzük meg, hogy a c -vel való osztás azonos művelet az $1/c$ -vel (multiplikátor) való szorzással.

Az azonosított problémás drogfogyasztók száma (referencia pont) általában rutin adatgyűjtésekből származik, vagy azokból számítják, pl. kezelőhelyek, adatgyűjtési rendszerek, rendőrség adataiból, kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek és/vagy HIV/AIDS nyilvántartásokból. A referencia pont értéke általában származhat közvetlenül a nyilvántartásból, vagy extrapolálható az adott adat és egy megfelelő együttható összeszorozásával. Például az adatgyűjtési rendszerben részt vevő kezelőhelyek számát megszorozva az adatgyűjtési rendszer lefedettségi arányával, megkapjuk a kezelési multiplikátor módszer referencia pontját.

A c értékét külső, független információk segítségével kell megbecsülni, és időről-időre frissíteni kell. Ehhez átfogó kutatásokra van szükség, mert a szakértői vélemények félrevezetőek lehetnek. Az erre alkalmas becslési módszerek közé tartozik a fogás-visszafogás módszere és a megnevezési technikák. A megnevezési technikák azon mintaválasztási módszerek közé tartoznak, ahol nem csak a megkérdezettől, hanem a megkérdezett által megjelölt/megnevezett személyektől is gyűjtenek adatot (Taylor 1997, Korf 1997). Olykor más kutatások eredményeit is fel lehet használni. Egy öt észak-németországi városban folyó, a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetekkel kapcsolatos projekt hasznos mellékterméke például az opiát függők kezelési arányának becslése lett (Augustin, Kraus 2004).

A multiplikátorokat általában kisebb volumenű kutatások segítségével becsülik. A helyi becslések általánosítása az egész országra vonatkozóan félrevezető lehet, mert például annak valószínűsége, hogy egy opiát-fogyasztó kapcsolatba kerül a rendőrséggel, a bűnüldözési tevékenységtől függően, régióként és városokként különböző lehet. Ezért legalább 3-4 különböző területre – városi és vidéki területeket is beleértve – vonatkozó becslés átlagainak használata az ajánlott.

A referencia pontnak és a multiplikátornak illeszkednie kell mind egymáshoz, mind a célcsoporthoz. Ha például a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek számát használják a problémás opiát-fogyasztók becsléséhez, a referencia pontnak (kábitószer-fogyasztással összefüggő halálesetek) és a multiplikátornak (halálozási arány) is a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás ugyanazon definícióján (túladozások/minden halálok) kell alapulnia. A problémás kokain-fogyasztás elterjedtségének kezelési adatokon alapuló becslése során egy, az opiát-fogyasztók mintájából származó kezelési arány félrevezető lehet.

10. táblázat - A multiplikátor módszer adatai és adatforrásai

Paraméter	Adat	Információ-forrás
B	Kezelésben részt vett problémás drogfogyasztók száma egy adott évben	Kezelőhelyek, Adatgyűjtési rendszerek
c	Egy problémás drogfogyasztó kezelésbe kerülésének valószínűsége (kezelési arány)	
B	Nyilvántartott problémás drogfogyasztók száma egy adott évben	Rendőrség
c	Egy problémás drogfogyasztó rendőrségi nyilvántartásba való bekerülésének valószínűsége az adott évben	
B	Első alkalommal a rendőrségi nyilvántartásba került problémás drogfogyasztók száma (a függőség átlag időtartamát kifejező időszak alatt)	Rendőrség
c	A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek aránya azok körében, akik problémás drogfogyasztóként szerepeltek a rendőrségi nyilvántartásban (szintén ugyanazon időszak alatt)	
B	A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek száma egy adott évben	Halálozási nyilvántartás, Rendőrség
c	A problémás drogfogyasztók halálozási valószínűsége ugyanabban az évben	
B	HIV fertőzött intravénás drogfogyasztók száma egy adott évben	HIV/AIDS nyilvántartás
c	A HIV fertőzöttség prevalenciája intravénás drogfogyasztók körében ugyanabban az évben	

B=referencia pont, c=multiplikátor

(...)

Fogás-visszafogás Módszer

A fogás-visszafogás módszer különböző forrásokból származó adatokat kapcsol össze, pl. az egészségügyi és a rendőrségi nyilvántartások adatait. Az egyes problémás drogfogyasztók vagy mindkét rendszerben, vagy csak az egészségügyi adatbázisban, vagy csak a rendőrségi adatbázisban, vagy egyikben sem szerepelnek. Az adatbázisokban megtalálható problémás drogfogyasztók száma táblázatba rendezhető. Az egyik adatbázisban sem szereplő egyének számát természetesen nem tudjuk megfigyelni, azt a táblázat többi cellája alapján kell becsülnünk. Ha nem szabunk semmilyen feltételt, akkor a d cellába bármilyen érték kerülhetne. Miután ennek nem lenne értelme, egy ésszerű feltételt be kell vezetnünk. Ez pedig a függetlenség feltétele: az egyik nyilvántartásba való bekerülés nem változtatja meg a másik nyilvántartásba való bekerülés valószínűségét. Szakszerűbben kifejezve: feltehető, hogy a mindkét mintában szereplő azonosított személyeknek a rendőrségi nyilvántartás teljes mintájához viszonyított aránya egyenlő ez egészségügyi nyilvántartás mintájának a teljes populációhoz viszonyított arányával. Ebben az esetben a rejtett d populáció becslése

$d = b \cdot c / a$, ahol a, b, és c definícióját lásd a táblázatban:

11. táblázat - A fogás-visszafogás elemzés legegyszerűbb formájának példája

		1-es minta		
		Szerepel	Nem szerepel	
2-es minta	Szerepel	a	b	a+b
	Nem szerepel	c	d	
		a+c		

Ennek megfelelően a problémás drogfogyasztók teljes számának becslése: $N = a + b + c + (b \cdot c / a)$.

Ez a módszer a loglineáris modellek keretébe is ágyazható. Ezek a kontingencia táblák elemzésére használt modellek. 2x2-es tábla esetében egy bizonyos cella tartalmának természetes logaritmusát az átlag hatás, a sor hatás (pl. az egészségügyi adatbázisban való szereplés), az oszlop hatás (pl. a rendőrségi adatbázisban való szereplés) és a sor és oszlop közötti interakciós hatás összegeként modellezzük. Miután a fogás-visszafogás modellben az egyik adatbázisban sem szereplők számát nem tudjuk megfigyelni, az interakciós hatás sem becsülhető, azt előre nullaként kell meghatározni. Ez megegyezik a függetlenség feltételével.

A loglineáris modellek keretében egyszerű a több mint két adatbázisra való általánosítás. Ha például három adatbázist használunk a prevalencia becsléshez, a megfelelő táblának hét ismert és egy ismeretlen cellája van. Ebben az esetben a loglineáris modellben a háromirányú-interakció interakciós hatását ki kell hagyni, csak a kétirányú interakciók engedélyezettek. Ez azt jelenti, hogy az adatbázis-párok közötti függőségek kezelhetők. Ezért a legtöbb esetben legalább három adatbázist használunk, hogy az adatbázisok közötti lehetséges kapcsolatokat magyarázni tudjunk (lásd az adatszükségleteket és korlátokat).

Alkalmazás:

1. lépés: Adatgyűjtés két (vagy inkább három) különböző adatforrásból, beleértve a pontos azonosítókat is, amelyek alapján meg lehet határozni a minták közötti átfedést
2. lépés: Az átfedés azonosítása
3. lépés: Loglineáris elemzés elvégzése, részletes leírását lásd Hay "Methodological guidelines to estimate the prevalence of problem drug use on the local level" (EMCDDA, 1998) c. útmutatójában.

(...)

Többváltozós Módszer

A többváltozós módszer (Multivariate Indicator Method) a szintetikus becslés egy speciális esete. Általánosan, a szintetikus becslési módszerek olyan módszerek, melyek információt közvetítenek egy adott változóról, mint pl. a drogfogyasztás prevalenciája abból a populációból, ahol ez megfigyelhető (kalibrációs populáció), a célcsoportba, ahol viszont nem figyelhető meg (Rhodes 1993; Wickens 1993). Függvénykapcsolatot hozunk létre néhány változó és a számunkra fontos változó között a kalibrációs populációban, melyet azután kiterjesztünk a célcsoportra. A drog területén egy országban a problémás drogfogyasztás elterjedtségét úgy becsülhetjük, hogy a drogfogyasztás indikátorait, melyek az ország minden régiójáról rendelkezésre állnak, társítjuk néhány régió (kalibrációs populáció) prevalencia becsléséhez. Az indikátorok közvetlenül (pl. halálozás, megbetegedések, letartóztatások), vagy közvetetten (pl. népsűrűség, munkanélküliek aránya, lakossűrűség) kapcsolódhatnak a drogfogyasztáshoz. Az elemzések jellemzően 100.000 lakosra számított prevalencia és indikátor arányokon alapulnak.

A többváltozós módszernek általánosan két fő változata is közismert. Az egyik módja a drogfogyasztási indikátorok és a prevalencia becslések közötti kapcsolat becslése a horgony pontokban (anchor point) (lineáris) regresszió segítségével,

majd a regressziós együtthatók drogfogyasztási indikátorokra illesztése a célpopulációban. Ez megadja a prevalencia becslés értékeit a nem-horgony pontokban (non-anchor point). A regionális prevalencia becsléseket összeadva megkapjuk az országos prevalencia becslést. Smit és munkatársai (2003) ezt a módszert alkalmazták a helyi és országos problémás drogfogyasztás prevalenciájának becsléséhez, a népsűrűséget és lakósűrűséget használva indikátorként. A lineáris regresszió mellett nem lineáris regressziós modelleket is használtak. A különböző regressziós modellek nagyon hasonló eredményeket hoztak. Az Egyesült Államokban Hser és munkatársai (1998) a szegénység, a munkanélküliség, a befejezett középiskola és a fiatalság prevalenciáját kapcsolták össze logisztikus regresszió segítségével a drogfogyasztó letartóztatott abszolút számával több nagy és közepes méretű városban, hogy megbecsüljék a drogfogyasztás prevalenciáját a letartóztatottak körében 185 városban.

A második megközelítésben nem az indikátorokra, hanem azok főkomponenseire illesztjük a (lineáris) regressziót. Person és munkatársai (1977, 1978) vezették be ezt a módszert, ők a heroinfogyasztás indikátorai rangsorának első főkomponensét alkalmazták és „heroin probléma indexként” (HPI) értelmezték. Javaslatot tettek a HPI létrehozására úgy, hogy összesítik az indikátorok rangsorait. Ezt a megközelítést Brugal és munkatársai (1999) alkalmazták, mikor az opiátfüggőség prevalenciáját próbálták becsülni Barcelonában. Az elmúlt évek során több európai országban alkalmazták a többváltozós módszert, beleértve a főkomponens-elemzést, a problémás drogfogyasztás elterjedtségének országos becsléséhez. Ezek során olyan drogfogyasztással összefüggő indikátorokat használtak, mint a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás, a kezelésben részt vevő függők, vagy a kábítószer-bűnözés (Frischer és társai. 2001, Kraus és társai. 2003). Ha különböző területek indikátorai szerepelnek a főkomponens-elemzésben, előfordulhat, hogy több mint egy látens változót kapunk, melyeket azután az indikátorok által nyújtott információkat összegző legjobb indikátorként értelmezhetünk (Sartor, Walckiers 2001).

Alkalmazás:

1. lépés: A drogfogyasztás elterjedtségét mutató adatokat kell gyűjteni a meghatározott időtartamra minden régióból. A következő változók példák indikátorokra, de ezeken kívül egyéb drogfogyasztással összefüggő indikátorokat is lehet használni, mint pl. a kábítószer lefoglalások. A rendelkezésre álló indikátorok különbözhetnek az egyes országokban.

A	Kábítószeres bűncselekmények száma (ideális esetben személyeken alapul)
B	Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás
C	Kezelésben lévő drogfogyasztók
D	Iv. drogfogyasztással összefüggő HIV esetek
E	Szabadságvesztésre ítélt drogfogyasztók

2. lépés: Emellett szükség van még a veszélyeztetett populáció F méretére. Nagy valószínűséggel egy korcsoport is meghatározásra kerül, pl. a veszélyeztetett populáció lehet a 15-54 évesek 1995-ben.
3. lépés: Szükség van megbízható, független G becslésekre (származhatnak például fogás-visszafogás kutatásból), legalább két régióból. Ezeket a régiókat nevezzük „horgony pontoknak”.
4. lépés: A-tól E-ig és a G változó esetében is, a számokat minden régióban 100.000 lakosra kell kiszámolni.

$$AF=A*100.000/F$$

$$GF=G*100.000/F$$

5. lépés: A főkomponens-elemzéshez AF-től GF-ig a standardizált értékekre van szükség (ki kell vonni az átlagot és elosztani a szórással).
6. lépés: AF -től GF-ig a változók főkomponens-elemzése, az első faktor kivonásával, melynek az együtthatóit rögzítjük. Nincs szükség forgatásra (rotational solution), mert bármely forgatás csak az indikátorcsoport illesztésének javítását szolgálja, ezért ebben az esetben redundáns, mivel csak egy indikátort vonunk ki.

7. lépés: A lineáris regresszió (függő változó: GF, független változó: az első faktor együtthatói) eredményezi a becsült prevalencia arányokat 100.000 főre számítva. Végül ezeket át kell alakítani a régiók prevalencia becsléseivé (megszorozni F-fel és elosztani 100.000-rel).

Az EMCDDA mind az országos, mind a helyi szintű prevalencia becslésekhez kidolgozott útmutatót. Helyi szinten a preferált módszer a három (vagy több) mintás fogás-visszafogás módszer. Országos szinten nehezebb becslést adni ezzel a módszerrel az adatbázisok elérhetősége, térbeli heterogenitása és minőségi problémái miatt. Az elmúlt évek módszertani fejlesztései révén lehetővé vált az intravénás drogfogyasztókra (túladagolási statisztikák vagy HIV multiplikátor – mivel többnyire aktuális injektálók) és a tágabb értelemben vett problémás (intravénás és nem intravénás) fogyasztókra vonatkozó becslések szétválasztása.

A rendelkezésre álló becslések mind számban, mind minőségükben jelentős fejlődést mutatnak, de még mindig számtalan kérdés vár megoldása. Nincs olyan egyetlen/abszolút módszer, amelyet minden tagállamban lehetne alkalmazni ahhoz, hogy valóban összehasonlítható adatokat kapjunk. És mégha egy standard módszer, mint a fogás-visszafogás használható is helyi szinten, a rendelkezésre álló adatkészletek sokszor olyannyira különböznek egymástól, hogy nehéz lenne az országokat összehasonlítani. Az összehasonlíthatóság problémája abból a különbségből is ered, hogy különbözik a becsülni kívánt célcsoport pontos definíciója az eltérő drogfogyasztási mintázatoknak köszönhetően.

A legtöbb EU tagállamban készült országos becslés a 2005-ben kidolgozott problémás drogfogyasztás definíciónak megfelelően, ugyanakkor az intravénás populációra vonatkozó becslés ritka. Több rendelkezésre álló becslés több mint egy becslési módszer eredményein alapszik, ami növeli a megbízhatóságot. A helyi és országos szintű prevalencia becsléseken felül számos ország incidenciát is tudott készíteni (az új esetek számának időbeli trendjei a populáció statikus becslése helyett), illetve az incidenciabecslés két különböző módszerén alapuló útmutató is elkészült.

A kulcsindikátor kétféleképpen osztható fel. Egyrészt azon földrajzi lefedettség szerint, amelyre a becslés vonatkozik (helyi vagy országos), másrészt a problémás fogyasztás esetdefiníciója szerint. Az esetdefiníció szeint az intravénás fogyasztás a szélesebb körű problémás fogyasztástól elkülönítve vizsgálandó. Továbbá a problémás opiát- vagy problémás stimuláns-használat része az indikátornak (ellentétben az intravénás definícióval) felosztható külön-külön problémás opiát-, vagy problémás stimuláns-használatra, illetve problémás opiát és stimuláns-használatra. A helyi szintű becslések jól használhatók a problémás drogfogyasztás eltérő mintázatainak összehasonlítására országon belül, míg a helyi és az országos becslések is használhatók országok közötti összehasonlításra. Az egymást követő prevalencia becslések az időbeli trendek vizsgálatára alkalmasak.

Az incidenciabecslés fontos része az indikátornak. A kezelési adatbázisból származó információk, leginkább a látenciaperiódus hossza -vagyis az időtartam a drogfogyasztás kezdete és az első kezelésbe kerülés között - jól használhatók statisztikai modellekben a múltbeli incidenciára és a jövőbeli prevalencia előrejelzésére.

Az indikátor célja, EU szinten, a problémás drogfogyasztás és az intravénás használat prevalenciájának megbízható és összehasonlítható mérése helyi és országos szinten Európa-szerte. Országosan a kormányok alkalmazni tudják a prevalenciabecsléseket olyan drogpolitikai programok hatékonyságának vizsgálatára, amelyek célja a drogfogyasztás és annak egészségügyi és szociális következményeinek mérséklése. A helyi szintű becslések segíthetnek a források hatékony elosztásában a különböző régiók között országon belül.

Irodalomjegyzék:

- [1] Hedrich, D., Pirona, A., és Wiessing, L.. 2008. *From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe, Drugs: Education, prevention and policy*, 15. 503-517.
- [2] Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klemptova, D., és Wiessing, L.. 2007. *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use, Lisbon, EMCDDA*.
- [3] Smit, F., van Laar, M., és Wiessing, L.. 2006. *Estimating problem drug use prevalence at national level: comparison of three methods, Drugs: Education, prevention and policy*, 13. 109–120.

- [4] Aceijas, C., Friedman, S.R., Cooper, H.L.F., Wiessing, L., Stimson, G.V., és Hickman, M.. 2006. *Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution*, *Sexually Transmitted Infections* 82 (Supplement III). iii10–iii17.
- [5] 2004. *EMCDDA and Institut für Therapieforchung: Recommended draft technical tools and guidelines — Key epidemiological indicator: Prevalence of problem drug use, Lisbon, EMCDDA.*
- [6] 1999. *EMCDDA and Centre for Drug Misuse Research: Methodological guidelines to estimate the prevalence of problem drug use on the local level, Lisbon, EMCDDA.*
- [7] 2004. *EMCDDA and University of Tor Vergata: Draft guidelines for estimating incidence, Lisbon, EMCDDA.*
- [8] Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A., és Wiessing, L.. 2003. *Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway, Addiction* 98. 471-485.
- [9] Smit, F., Toet, J., van Oers, H., és Wiessing, L.. 2003. *Estimating local and national problem drug use prevalence from demographics, Addiction Research and Theory* 11. 401-413.
- [10] Frischer, M., Hickman, M., Kraus, L., Mariani, M., és Wiessing, L.. 2001. *A comparison of different methods for estimating the prevalence of problematic drug misuse in Great Britain, Addiction* 96. 1465–1476.

5.3. Kezelési igény

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009): An overview of the treatment demand (TDI) key indicator, Lisbon, EMCDDA

A kezelési igény indikátor (Treatment Demand Indicator továbbiakban: TDI) a kezelő intézmények éves betegfelvételét méri a droghasználat miatt kezelést kezdők összlétszáma, valamint ezen belül a kezelésre első alkalommal jelentkezők száma alapján.

Az egyes országokból érkező TDI adatok különböző mértékű lefedettséggel rendelkeznek, elsősorban a járó- és fekvőbeteg klinikák által rögzített kezelési eseményeket tartalmazzák.

A droghasználat miatt kezelésbe lépőkről szinte az összes EU tagállam, valamint a két tagjelölt ország (Horvátország és Törökország) kialakította és bevezette rutin adatgyűjtését, egy európai protokoll (a TDI protokoll) – a Pompidou Csoport-EMCDDA Kezelési Igény Indikátor 2.0 Protokollja, valamint az ehhez tartozó részletes Technikai Melléklet – alapján.

A TDI definíciója

Rutinszerű, nemzeti szinten gyűjtött és európai szinten összesített, szabványos alap adatkészletet tartalmazó anonim eset-alapú jelentés a kezelésre jelentkező problémás droghasználókról.

A TDI javaslatokat tartalmaz a kezelő létesítményekben jelentkező problémás droghasználókról történő adatgyűjtés módszerére, definícióira és tételeire vonatkozóan. Ezeket az adatokat nemzeti szinten gyűjtik és összesítik, majd évente eljuttatják az EMCDDA-nek. Az EMCDDA a kapott adatokat feldolgozza, és jelentést készít az európai szinten kezelésre jelentkező kliensek számára és jellemzőire vonatkozóan.

A TDI célja az EU tagállamokban kezelésre jelentkező problémás droghasználók számára és jellemzőire vonatkozó összehasonlítható és megbízható információ megszerzése. A kezelt problémás droghasználók számára, jellemzőire és szerhasználati mintázataira vonatkozó információ segíthet:

- a kezelési igény meghatározásához szükséges mérőeszköz biztosításában
- mérőeszköz biztosításában a trendek megfigyeléséhez a problémás droghasználatban
- a minimális erőforrás-szükségletek értékelésében
- a kezelő intézmények hozzáférhetőségére való rálátásban
- a kezelő intézmények esetében a kihasználtság és betegfelvétel mintázatainak azonosításában
- a droghasználóknak nyújtandó ellátás tervezésében és értékelésében
- prevalencia becslések készítésében, egyéb adatbázisok felhasználásával

A tiltott vagy illegális droghasználat jelentős része rejtve marad. A kábítószer probléma miatt kezelésre jelentkező emberek száma információval szolgál a problémás szerhasználat alakulásáról, és rálátást nyújt a kezelési rendszerre és a kapacitásokra. A TDI-t úgy tervezték, hogy megfeleljen az európai követelményeknek, ugyanakkor az egyes országoknak/tagállamoknak ennél specifikusabb, gyakran kiegészítő nemzeti szintű igényei vannak, amelyek mentén kialakítják helyi vagy nemzeti szintű adatgyűjtési rendszereiket.

Módszertan

A TDI egységes szerkezetet nyújt a speciális kábítószer-kezelőhelyekre beutalt kliensek számának és jellemzőinek jelentéséhez. Információt gyűjt a kliensekről az egy vagy több kábítószerrel kapcsolatos probléma miatt történő kezelésbe jelentkezés alkalmával, vagy akörüli időpontban.

Az anonimitás megőrzése mellett egy 18 tételes kérdőívet rögzítenek minden kezelésben megjelenő klienssel a szociális jellemzőikről, a kezelésbe lépés részleteiről és szerhasználati mintázatukról.

Eset definíció — egy eset azon személyt jelenti, aki drogfogyasztás miatt kezelést kezd egy kezelőhelyen adott naptári éven belül (január 1. és december 31. között). Amennyiben egy személy ugyanabban az évben többször is kezelést kezd – ugyanazon vagy más kezelőhelyen – csak az utolsó kezelést kell figyelembe venni.

Kezelés — a kezelés kezdetének azt tekintjük, amikortól a kliens formalizált módon, személyesen jelenik meg a kezelőintézménynél.

Első kezelés — első kezelésnek azt tekintjük, amikor egy személy élete folyamán először lép kezelésbe kábítószerproblémája miatt.

Kezelőhelyek:

- járóbeteg ellátóhelyek
- fekvőbeteg ellátóhelyek
- alacsonyküszöbű szolgáltatások
- házi orvosok
- kezelő egységek a büntetés-végrehajtásban

Elsődleges (primer) és másodlagos (szekunder) kábítószer — egyénenként határozzák meg. Elsődleges kábítószernek azt a szert tekintjük, amely a fogyasztó saját meghatározása szerint vagy az BNO-10 szerinti diagnózis alapján a fogyasztónak a legtöbb problémát okozza. Rendszerint a kezelési igény fő indoka az elsődleges kábítószer használata. Másodlagos kábítószernek (minden fogyasztónál legfeljebb négy) az elsődleges szer mellett fogyasztott kábítószereket tekintjük.

Kettős nyilvántartás — a protokollnak részét képezik olyan eljárások, amelyek – a bizalmas adatok tiszteletben tartása mellett – a kettős nyilvántartás lehetőségét próbálják minimalizálni. A kezelésbe jelentkezőkről gyűjtött személyes információk kapcsán ügyelni kell a vonatkozó nemzeti és regionális adatvédelmi és etikai előírások teljes betartására. A kettős nyilvántartás csökkentése érdekében a TDI javasolja egy azonosító kód használatát (monogram, születési dátum és nem). De miután ezen adatok rendszerint személyazonosításra alkalmas információnak számítanak, ez magával vonja a használattal és biztonságos tárolással kapcsolatos különleges előírások és törvények betartását.

TDI törzstételek listája:

Kezelésre vonatkozó adatok

1. Kezelőhely típusa
2. Kezelés dátuma — hónap
3. Kezelés dátuma — év
4. Kezelték-e már korábban
5. Beutalás eredete

Szocio-demográfiai jellemzők

6. Nem
7. Életkor

8. Születés éve
9. Életviteli státusz (kivel él)
10. Lakhatási körülmények (hol él)
11. Munkaügyi státusz
12. Legmagasabb befejezett iskolai végzettség
- A kábítószer-használattal kapcsolatos információk*
13. Elsődleges kábítószer
14. Szervezetbe juttatás leggyakoribb módja
15. Használat gyakorisága
16. Életkor az első használatkor
17. Egyéb jelenleg használt kábítószer
18. Valaha injektált / jelenleg (az elmúlt 30 napban) injektált-e?

A protokoll részletesen leírja az egyes tételeket, de nem szükséges ugyanezen formában rögzíteni az adatokat, amennyiben a tagállamok ki tudják azokat nyerni a saját nemzeti rendszereikből. A nemzeti szintű rendszerek gyakran gyűjtenek további releváns vagy a stratégiai tervezés szempontjából fontosnak ítélt információkat.

TDI egységes protokoll

A TDI protokoll egy európai szinten elfogadott protokoll részletes útmutatással az indikátorra vonatkozóan. A protokoll tartalmazza: a Pompidou Csoport - EMCDDA Kezelés Igény Indikátor Protokoll 2.0 verzióját, és egy részletesebb Technikai Mellékletet. A protokoll meghatározza a rendszer követelményeit, a kezelőhelyek osztályozását, a fogalmak definícióit (pl.: kezelés, lefedettség, első kezelési igény), az eset definícióját, a kezelésre, a kliens szocio-demográfiai jellemzőire, szerfogyasztási mintázatára vonatkozó 18 törzsváltozó listáját, útmutatással szolgál az adatgyűjtés módszerére, a kódolásra, elemzésre, az eredmények jelentésére, a létező nemzeti rendszerekre vonatkozó átváltási szabályokra, a minőség-ellenőrzési eljárásokra és az etikai kérdésekre vonatkozóan.

Az EMCDDA protokoll az Európa Tanács Pompidou Csoportjának munkáján alapul, ugyanakkor kialakítása során támaszkodtak már létező európai jelentési rendszerekre, különösen a német, holland, spanyol és brit rendszerre.

A sikeres megvalósítás a szervezeti (fentről-lefelé) kötelezettségekre támaszkodik, bevonva a politikai/bürokratikus vezetést, valamint a gyakorlati (lentől-felfelé) kötelezettségekre, a rendszernek az orvos szintjén történő támogatásával. A kezelési igény indikátor bevezethető, mint egy új nemzeti szintű kezdeményezés, de általában, a már létező országos rendszerekre épül rá. Az információs rendszereknek illeszkedniük kell a helyi/ országos szintű szükségletekhez, annak érdekében, hogy valódi értékkel bírjanak az adott ország ellátásának értékelése és tervezése terén.

Az adatokat a kezelőhelyek szintjén gyűjtik és regionális/országos szinten összesítik. Lényeges az adatgyűjtéshez szükséges infrastruktúra biztosítása az adatforrás szintjén (ez történhet számítógépes vagy papír alapú rendszerrel). Úgyszintén fontos megfelelő szakértelem és személyzet biztosítása a regionális/országos szinten történő adat-összesítéshez, elemzéshez és értelmezéshez. Rendkívül fontos a folyamatos képzési/támogató programok biztosítása a személyzet számára a rendszer minden szintjén, a jó gyakorlati megvalósítás és a magas minőségi standardok fenntartása érdekében.

A TDI-nek vannak bizonyos korlátai köszönhetően a tagállamok által alkalmazott eltérő adatgyűjtési és jelentési módszereknek. Bár kezelési információ elérhető majdnem minden tagállamban, a lefedettségbeli eltérések hatással vannak

az adatok összehasonlíthatóságára. Némely ország kevés információval rendelkezik a kezelőhelyek számával kapcsolatban, így gyakran nem ismert, mekkora a kezelést monitorozó rendszer lefedettsége, a kezelési bejegyzések mekkora részét tartalmazza. Továbbá, a használt definíciók nem mindig egyeznek 100%-os mértékben az EMCDDA TDI protokollal. Az egyes változók esetében detektált hiányzó esetek (missing cases) mennyisége ugyancsak korlátot jelenthet. Az országok különböző kezelő intézményekkel rendelkeznek, valamint a kezelés elérhetőségében és kihasználtságában is előfordulnak különbségek – mindezek torzíthatják az eredményeket. A kábítószer-kezelőhelyek hálózata megváltozott az elmúlt évtizedben, például a metadon programok hozzáférhetősége megnövekedett. Mindezen, a kezelési szolgáltatásokban bekövetkezett változások idővel befolyásolhatják a kezelési statisztikákat.

A tagállamok között tapasztalható különbségek a lefedettség terén hatással vannak az adatok összehasonlíthatóságra. Az adatok értelmezéséhez fontos, hogy jó rálátással rendelkezünk a lefedettség kérdéseire minden egyes ország tekintetében. Az adatgyűjtéssel kapcsolatos definíciók és a besorolás/ kizárás kritériumai eltérhetnek a TDI protokoll által előírtaktól.

A szakpolitikai változások hatással vannak a kezelés hozzáférhetőségére és kihasználására (pl.: a metadon programok bővítése), és ez idővel szintén befolyásolhatja a kezelési statisztikákat. Elengedhetetlen tehát, hogy a kezeléssel kapcsolatos adatokat abban a kontextusban értelmezzük, melyben maga az adatgyűjtés zajlott.

Irodalomjegyzék:

- [1] Alvarez-Requejo, A., Suelves, J.M., Brugal, M.T., és Correa, J.F.. 1999. *Monitoring treatment demand for drug abuse in Spain: Perspective over a decade*, *European Addiction Research*, 5(4). 179–184.
- [2] Donmall, M.. 1999. *UK monitoring of problem drug users: The Drug Misuse Database – A system based on regional centres*, *European Addiction Research*, 5(4). 185-190.
- [3] Hartnoll, R.. 1998. *Epidemiological key indicators*, unpublished manuscript, Lisbon, EMCDDA.
- [4] Hartnoll, R.. 1994. *Drug treatment reporting systems and the first Treatment Demand Indicator. Definitive Protocol*. Council of Europe Press. Strasbourg.
- [5] Kokkevi, A.. 1997. *Reitox sub-task 3.1. To improve the reliability of data collected by treatment demand reporting systems. Final report*. University Mental Health Research Institute. Athens.
- [6] Origer, A.. 1996. *EMCDDA epidemiology work programme 1996. Procedures to avoid double counting in drug treatment reporting system*. Ministry of Health. Luxembourg.
- [7] Ouwehand, A.W. és van Alem, V.C.M.. 1999. *The Dutch national alcohol and drugs database: Progress in monitoring, monitoring in progress*, *European Addiction Research*, 5(4). 173–178.
- [8] Pfeiffer, T. és Simon, R.. 1999. *Field trial of implementation of a standard protocol to collect information on treatment demand in EU Member States. Final report on behalf of the EMCDDA*. Institut für Therapieforschung. Munich.
- [9] Simon, R., Hoch, E., és Holz, A.. 1999. *The German monitoring and reporting system for the treatment of substance-related problems: A national system on the basis of aggregated data*, *European Addiction Research*, 5(4). 167–172.
- [10] Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R., Kokkevi, A., Ouwehand, A.W., Stauffacher, M., és Vicente, J.. 1999. *The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: A European core item set for treatment monitoring and reporting*, *European Addiction Research*, 5(4). 197–207.
- [11] Simon, R. és Pfeiffer, T.. 1998. *Feasibility study on the implementation of the proposals given in the final reports of Reitox sub-tasks on improving the quality and comparability of treatment reporting systems. Development of a core item list for monitoring the treatment of drug misusers. Report on behalf of the EMCDDA*. Institut für Therapieforschung. Munich.

- [12] Simon, R. és Tauscher, M.. 1997. *Reitox sub-task 3.2. Improvement of comparability between established national treatment reporting systems. Development of a core item list for monitoring the treatment of drug misusers. Final report, Reitox Focal Point Reports Germany No.4.* Institut für Therapieforschung. Munich.
- [13] Stauffacher, M. ed.. 1999. *Pompidou Group project on treatment demand: Final report. Treated drug users in 23 European cities, data 1997, trends 1996–97.* Council of Europe Press. Strasbourg.
- [14] Stauffacher, M. és Kokkevi, A.. 1999. *The Pompidou Group Treatment Demand Protocol: The first pan-European standard in the field, European Addiction Research, 5(4).* 191–196.

5.4. Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009): An overview of the drug-related infectious diseases (DRID) key indicator, Lisbon, EMCDDA

A kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek, mint a HIV, a hepatitis B és a hepatitis C a kábítószer-használat legkomolyabb egészségügyi következményei közé tartoznak. Még az olyan országokban is, ahol az intravénás kábítószer-fogyasztók körében mért HIV fertőzöttség prevalenciája alacsony, egyéb fertőző betegségek, mint például a hepatitis B/C, nemi úton terjedő betegségek, TBC, tetanusz, botulizmus, hepatitis A, HTLV és további fertőzések aránytalanul magasan fordulhatnak elő a szerhasználók körében. A fertőző betegségek egészségügyi kiadásokhoz vezetnek, amelyek terheket rónak mind az egyénre, mind a társadalomra.

Intravénás kábítószer-fogyasztó (Injecting drug user- IDU):

A kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek prevalenciáját elsősorban az intravénás kábítószer-fogyasztók körében mérik. A definíció szerint, olyan személyt hívunk IDU-nak, aki valaha életében legalább egyszer injektált valamilyen szert nem gyógyászati célból. A gyakorlatban az EMCDDA által gyűjtött IDU-kra vonatkozó majdnem minden adat a kezelésben, illetve ártalomcsökkentő programban résztvevő olyan aktív kábítószer-használókra vonatkozik, akik valaha már életükben injektáltak.

Humán immundeficiencia vírus (HIV): Már a 1980-as évek elején, a HIV járvány kezdetén felismerték, hogy a vírus terjedése többek között az intravénás szerhasználattal is magyarázható. A HIV vírus nagyon könnyen továbbadható intravénás kábítószer-használat révén, emiatt a HIV járvány robbanásszerű terjedése következett be világszerte az intravénás kábítószer-fogyasztók körében. A HIV-fertőzés általában hosszú évek alatt károsítja az immunrendszert. AIDS-hez vezet, és kezelés hiányában, a későbbiekben korai halálhoz. A HIV nem gyógyítható, de a betegség progressziója antiretrovirális (vírus elleni) kezeléssel megakadályozható.

Hepatitis B vírus (HBV): Európában jellemzően felnőttkorban fertőződnek meg hepatitis B vírussal, leggyakrabban nemi úton vagy intravénás kábítószer-használat által. A HBV jellemzően hosszú hónapokig tartó legyengítő, akut fertőzést okoz, a fertőzöttek kis százaléka esetében krónikus betegség alakulhat ki. A HBV fertőzés biztonságos és hatékony oltással megelőzhető.

Hepatitis C vírus (HCV): A kábítószer intravénásan fogyasztók között jelenleg ez a legjelentősebb fertőző betegség, a legtöbb ország nagyon magas prevalenciát jelent. A fertőzöttek akár négy-ötöde esetében is kialakulhat krónikus fertőzés, akiknél azt követően cirrózis és májrák következhet be. A hatékonyabb antivirális (vírus elleni) terápiákat eredményező legújabb fejlesztések lehetővé teszik a fertőzés kezelését, bár ez nem működik mindenkinél, és az esélyek bizonyos vírus típusok esetén különösen kedvezőtlenek.

A kulcsindikátor célja az, hogy a kábítószer-fogyasztók körében jellemző HIV, HBV és HCV fertőzöttségi arányokról érvényes, megbízható, és összehasonlítható adatok álljanak rendelkezésre. Különösképpen fontos: (a) a fertőzöttségi szintek (prevalencia) mérése az IDU populációban és a kulcsfontosságú alcsoportokban; továbbá (b) a tendenciák időbeli monitorozása ezeken a csoportokon belül (prevalencia szintek emelkedése vagy csökkenése). Ez segít a prioritások meghatározásában a további fertőzések megakadályozása végett, az egészségügyi ellátás szükségleteinek és költségeinek előrejelzésében, és a megelőző, ártalomcsökkentő beavatkozások hatásainak felmérésében. Kulcsfontosságú alcsoportok a fiatal vagy új intravénás szerhasználók, mivel ezeken a csoportokon belül a prevalencia változása gyakran tükrözi az új fertőzések arányainak (incidencia) változását is a teljes IDU populációra vonatkozóan. Az EMCDDA IDU-kra vonatkozó HIV, hepatitis B és hepatitis C prevalencia adatai gyakran kiegészülnek azokkal a tagállamok által szintén gyűjtött bejelentett HIV, illetve akut hepatitis B és C esetekkel, ahol a fertőződés módja intravénás szerhasználat volt.

Mindemellett, az adat felhasználható arra is, hogy közvetetten megbecsüljük az intravénás kábítószer-fogyasztás incidenciáját, prevalenciáját és az időbeli trendeket.

Az utóbbi időben bevezetésre került a fertőzésekkel és védő tényezőkkel összefüggő kockázati magatartásokra vonatkozó adatgyűjtés is, amelynek forrásai a rendelkezésre álló felmérések és egyéb tanulmányok. Az adatgyűjtés összhangban áll a Második Generációs HIV surveillance-re vonatkozó WHO útmutatóval (WHO, UNAIDS 2002).

Módszertan

Az intravénás kábítószer-fogyasztók képezik a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek prevalencia vizsgálatainak célcsoportját. A definíció szerint olyan személyt hívunk IDU-nak, aki valaha életében legalább egyszer injektált valamilyen szert nem gyógyászati célból. A gyakorlatban az EMCDDA által gyűjtött IDU-kra vonatkozó legtöbb adat a kezelésben, illetve ártalomcsökkentő programban résztvevő olyan aktív kábítószer-használókra vonatkozik, akik valaha már életükben injektáltak, bár számos tanulmány közöl adatot olyan aktív kábítószer-fogyasztókról is, akik legalább egyszer injektáltak az elmúlt 12 hónapban.

Az EMCDDA rendszeresen monitorozza a HIV, a hepatitis B és a hepatitis C prevalenciát az IDU-k körében (vírus ellenanyag vizsgálat, vagy egyéb specifikus markerek a hepatitis B esetén). Ez kiegészítés a már létező bejelentett eseteket regisztráló surveillance rendszerekhez, amelyek számos esetben követik a trendeket. Az országos hepatitis B/C surveillance adatbázis gyakran megbízhatatlan az aluldiagnosztizálás (az új fertőzések nagy része tünetmentes), a bejelentések elmaradása és a téves rizikó csoportokba – például intravénás szerhasználat – való besorolás miatt. A HIV surveillance adatbázis jobb minőségű, azonban itt is előfordulhatnak hasonló problémák. Ráadásul, a HIV esetek jelentési rendszere néhány AIDS által leginkább érintett országban még nem lett teljeskörűen bevezetve. Egyéb fertőzések is bekerülhetnek a jövőben az EMCDDA monitorozó rendszerébe (pl. egyéb nemi úton terjedő fertőzések és a tuberkulózis a kábítószer-fogyasztók körében), mindeközben az EMCDDA közreműködik az Európai Korai Jelző és Válasz Rendszerben (EWRS - ECDC koordinálásában) az intravénás kábítószer-használattal összefüggő olyan komoly fertőző betegségek elterjedése vonatkozásában, mint a tetanusz és seb botulizmus.

A HIV és hepatitis B/C monitorozás javítása érdekében, az EMCDDA két fő munkaterületet határoz meg:

1. Létező prevalencia adatok (HIV és hepatitis B/C) és bejelentett esetek (jelenleg, hepatitis B/C bejelentett esetek; az európai ECDC–WHO adatbázisából származó regisztrált HIV fertőzöttek adatai) gyűjtése aggregát formában standard táblázatok segítségével.
2. Új prevalencia és kockázati magatartást vizsgáló kutatások ösztönzése az IDU-kra vonatkozóan, továbbá az IDU-k szűrően való részvételi arányának növelése és az adatrögzítés fejlesztése a kezelőhelyeken. Ehhez az EMCDDA egy szakértői hálózatot működtet, amely megvitatja a módszertanokat, és egy közös protokoll kidolgozásán munkálkodik.

Az EMCDDA a nemzeti fókuszpontok számára egyrészt kifejlesztett egy útmutatót a már létező prevalencia adatok és bejelentett esetek adatgyűjtési rendszerére vonatkozóan, másrészt kidolgozás alatt áll egy protokoll, amely a szeroprevalencia vizsgálatok által megvalósított elsődleges adatgyűjtés alapjait fekteti le. Az IDU-kra vonatkozó prevalencia adatok összehasonlíthatóságának további fejlesztése érdekében, adatgyűjtés és jelentés történik a HIV és hepatitis prevalenciájáról a fiatal IDU-k csoportjában (25 év alattiak) és az új IDU-k körében (akik kevesebb, mint két éve injektálnak). Ezek az indikátorok, és különösen a HCV adat az új IDU-k körében, jobban mutatja – az összes IDU-ra vonatkoztatva – az incidenciában történő változást, mint a prevalenciában történő változást. A gyakorlatban a célcsoport valamelyest eltér az adatgyűjtés színterétől függően: míg a tücsere programokból származó szeroprevalencia adat főleg az aktív injektálókra vonatkozik, addig a bejelentett esetek vagy közegészségügyi laborokból származó adat részben vonatkozhat volt injektálókra, ezért további módszertani adatgyűjtés történik, az adatgyűjtés színterére vonatkozóan. Megbeszélések eredményeként egy új adatgyűjtő lapot is bevezettek, amelyen a különböző vizsgálatok mintáiban szereplő IDU-k viselkedési jellemzőit kell jelenteni. A főbb változók többek között a HIV szűrővizsgálaton való részvételi arány, a kockázati magatartások előfordulása (pl. tú/fecskendő vagy injektálásához szükséges segédeszközök megosztása) és olyan további változók, amelyek magukban hordozzák a vér útján terjedő fertőző betegségek akvirálásának kockázatát, például hajléktalanság vagy prostitúció.

Az összesített prevalencia adatok általános áttekintést biztosítanak az IDU-k körében mért HIV és hepatitis B/C prevalencia adatokról az összes EU tagállamban 1996-ig visszamenőleg van, ahol még korábbi adatok is elérhetőek. Sok ország képes országos lefedettségű, naprakész adatot szolgáltatni, sok esetben jelentenek regionális bontásban vagy kiemelve kulcsfontosságú régiókat vagy városokat. Sokszor a jelentett adatok addig még nem kerültek publikálásra és meglehetősen friss adatokról van szó. Ezen adatok hasznosnak bizonyultak a helyzet széleskörű áttekintésében, beleértve az arányok és tendenciák régiónkénti változásának követését is. Bár általánosságban viszonylagosan stabil HIV és hepatitis prevalenciákról beszélhetünk az IDU-k körében, némely országban azonban az adatok jelezték a HIV és hepatitis fertőzöttségi arányok növekedését az IDU-k egyes alcsoportjaiban.

Az adatoknak azonban vannak bizonyos korlátai: a különböző adatforrások/adatgyűjtési szinterek miatt (kezelőhelyek, alacsonyküszöbű szervezetek, börtönök stb.), melyek különböző eltéréseket eredményezhetnek. Egyes esetekben a „valaha injektált” alapeset meghatározást nem tartják be, és nem injektáló szerhasználók is bekerülnek a mintába és ez lefelé torzításhoz vezethet, de további problémák is adódhatnak. Nehéz feladatnak bizonyul az adatminőség és összehasonlíthatóság fejlesztése, mivel ehhez sokszor már bejáratott, jól működő adatgyűjtési rendszereket kellene átalakítani. Úgyszintén, ahhoz, hogy rutin diagnosztikai adatokból minőségi információt nyerjünk az időbeli tendenciákra vonatkozóan, (ellentétben a jól megtervezett prevalencia vizsgálatokkal), szükséges tisztázni a szűrővizsgálatba való bekerülés feltételeit és, amennyiben lehetséges, a szolgáltatásokat igénybevevő IDU-k szűrővizsgálatához egy standardizált kritériumrendszert kellene felállítani.

Az intravénás szerhasználók körében végzett tanulmányok egyik kulcskérdése a reprezentativitás. A kábítószer-használat tiltott jellege miatt korlátozott információ áll rendelkezésre a kábítószer-használó populáció méretére és jellemzőire vonatkozóan. Emiatt nem lehetséges valószínűségi eljárásokat alkalmazni a mintavételi keretek létrehozásához. Így az intravénás szerhasználókra vonatkozó tanulmányok széles körben alkalmaztak nem valószínűségi mintákat, amelyek gyakran bizonyulnak a lepragmatikusabb módszernek a nehezen elérhető csoportok mintavételénél. Van jópár ilyen mintavételi eljárás (pl. idő-helyszín által vezérelt mintavétel - time-location sampling, válaszadó által vezérelt mintavétel - respondent-driven sampling, mintavétel reprezentatív/sentinel szolgáltatásokon keresztül, stb.), amelyet mindig pontosan jelenteni kell, hogy segítsék az adatok interpretálását. Míg a jól megtervezett vizsgálatok adják a legmegbízhatóbb adatokat, a diagnosztikus szűrővizsgálatok monitorozása szintén adhat megbízható adatot ott, ahol az évenkénti rutin szűrővizsgálat széleskörben biztosított. A diagnosztikus szűrővizsgálatok adatai alulbecsülhetik a prevalenciát, mivel a már diagnosztizált személyeket rendszerint nem szűrik meg újra, bár a tendenciák idővel lehetnek érvényes mutatók a valós fertőzési arányokra vonatkozóan (incidencia).

Mivel a mintavételi eljárások reprezentativitása bizonytalan, megfelelő óvatossággal kell az eredményeket értelmezni, illetve a tanulmányok eredményeit összehasonlítani. Még ha vannak is fenntartások a reprezentativitással kapcsolatban, ugyanazt a mintavételi eljárást alkalmazó megismételt vizsgálatok biztosíthatnak informatív adatot a tendenciákkal kapcsolatban. A tendenciák értelmezése tökéletesíthető, ha ugyanabban a régióban több mintavételi helyszínről is rendelkezünk adatokkal.

A minta mérete szintén fontos. Például, alacsony elemszámú minták esetleg nem jeleznek viszonylag ritka eseményeket, mint a HIV fertőzést egy alacsony HIV prevalenciával rendelkező helyszínen, így széles konfidencia intervallum jön létre a prevalencia érték körül, amely megnehezíti a trendek követését.

A prevalenciavizsgálatokból származó adatok, összehasonlítva a bejelentett esetek adatbázisával gyakran jóval informatívabbak, mivel a felméréseket rendszerint kifejezetten az IDU-k vizsgálatára tervezték, így IDU specifikus prevalencia adatok nyerhetők. Hasznosabbak, mert információt tartalmaznak a legújabb és még diagnosztizálatlan fertőzésekről, emellett a prevalenciavizsgálatok során lehetőség nyílt a kockázati magatartásokkal kapcsolatos adatgyűjtésre is. Ezekből a vizsgálatokból származó adatok azonban sokszor nem országos lefedettségűek és sok esetben nem ismétlik meg őket gyakran, mivel lebonyolításuk erőforrás igényes feladat.

A bejelentett esetek adatbázisaiból származó adatok, mint a regisztrált HIV esetek vagy a bejelentett akut HBV és HCV betegek száma, rendszerint jó földrajzi lefedettséggel rendelkeznek. Lehetnek azonban korlátaik, különösen előfordulhatnak adatminőségi kérdések, például hiányos vagy korlátozott információ áll rendelkezésre a rizikócsoportok tekintetében (megfertőződés módja). Bár gyakran biztosít jó rálátást a népességben diagnosztizált fertőző megbetegedések terjedelmére, azonban korlátozottabban használhatóak összesített prevalenciaértékek jelentése során, hiszen sok esetben az IDU-k ritkán

vesznek részt diagnosztikus szűrővizsgálaton (alacsony diagnosztizáltsági arány) vagy a felderített eseteket nem (alacsony bejelentési arány) vagy csak késéssel (bejelentési késedelem) jelentik. Például a hepatitis B és C esetében az új fertőzések jelentős hányada tünetmentes, ezért a bejelentett esetek jócskán alulbecsült részét képezik a valós incidencia értéknek.

Protokoll

2006 végén elkészült egy protokoll vázlat (protokoll az EMCDDA kulcs indikátor bevezetéséhez: kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek). A protokoll fő célja célkitűzések és részletes eljárások meghatározása a fertőző betegségek, kockázati és protektív magatartások monitorozásához, amely elsősorban az intravénás szerhasználókra összpontosítva, a kábítószer-fogyasztók körében történik. A protokoll igyekszik javítani a létező rutin adatgyűjtésekből és célzott felmérésekből származó adatok minőségét és összehasonlíthatóságát azáltal, hogy egy részletes adatgyűjtési keretet fektet le ezek megvalósításhoz, így lehetővé téve az összehasonlítható, európai szintű adatgyűjtést. Az IDU-k körében végzett prevalencia vizsgálatokhoz megadja a kötelezően, illetve választhatóan gyűjtendő változók listáját, amely a lehető legkompatibilisabb az EU tagállamokban folyó, már megkezdett vizsgálatokkal. Segítséget ad kutatások megtervezéséhez, információt nyújt a megfelelő mintavételi eljárásokról, a biológiai minta gyűjtéséről és a szűrővizsgálatokról, és nem utolsósorban az etikai és adatvédelmi kérdésekről.

Az adatjelentés lehetőség szerint legyen naptári év alapú. Mindegyik éves adatgyűjtésnél az elvárás az előző évi adat jelentése.

Minimum jelentési követelmények: „az indikátor alapszintű bevezetése”

Prevalencia adat:

- Adat az intravénás kábítószer-fogyasztók körében ('valaha' injektáltak, vagy javasolt kategória: az utóbbi 12 hónapban injektáltak).
- A HCV és HIV prevalencia a jelentés évében:
 - felmérések adatai a kezelőhelyekről, vagy egyéb színterekről
 - diagnosztikus szűrővizsgálatok adatainak monitorozása (kezelőhelyeken és egyéb szolgáltatóknál).
- Országos lefedettségű adat, régiónkénti vagy nagyobb városok szerinti bontásban.
- Adat az új injektálókról (incidencia) és a fiatal injektálókról (25 év alattiak)

Bejelentett esetekből származó adatok:

- Az országos HIV esetjelentéseket az ECDC/WHO európai szervezetén keresztül jelentik. Az intravénás szerhasználókra vonatkozó HCV és HBV esetjelentéseket még az EMCDDA gyűjti, de a jövőben ezeket is az ECDC-n keresztül kell majd jelenteni.

Minimum mintaelemszám küszöbök

Az általános mintanagyság, melyet megfelelő mintanagyság kalkuláció által kell létrehozni, 100 fős vagy annál nagyobb kell, hogy legyen. Amennyiben ez nem lehetséges, úgy elfogadhatók az 50 fős vagy annál nagyobb minták is. Az al csoportokra vonatkozó prevalencia értékek akkor elfogadhatóak, ha az al csoport mintamérete 10 fős vagy annál nagyobb, bár ideális esetben ennek jóval nagyobbaknak kell lennie. A kis mintanagyság elkerülése céljából az EMCDDA a jelentéseiben egyesítheti az egymást követő évek adatait. Szintén jelenteni kell a minta reprezentativitására vonatkozó információt is.

Jelenteni kell a bejelentett eseteket, illetve a laborok adatait is, az összesített mintaelemszámoktól függetlenül (kivéve, ha a helyi etikai kérdések vagy adatvédelmi szabályok tiltják ezt). Azonban adatbontást nem kell megadni, ha az összesített elemszám kevesebb, mint 10, vagy bármelyik cellaérték kevesebb mint 5.

Irodalomjegyzék:

- [1] Backmund, M., Reimers, K., Reimer, J., Krausz, M., Zchoval, R., Gözl, J., Klempova, D., Wiessing, L., és L., . 2007. *Protective factors for HIV infection in IDUs - EMCDDA literature review, Lisbon, EMCDDA.*
- [2] Blystad, H. és Wiessing, L.. 2009. *Guidance on provider-initiated voluntary medical examination, testing and counselling for infectious diseases in injecting drug users, Lisbon, EMCDDA.*
- [3] Gyarmathy, V.A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Guarita, B., és Wiessing, L.. 2009. *Drug use and pregnancy — challenges for public health, Eurosurveillance 14(9), pii=19142.*
- [4] Hedrich, D., Pirona, A., és Wiessing, L.. 2008. *From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe, Drugs, Education and Prevention Policy 15(6).* 503–517.
- [5] Hope, V., Ncube, F., de Souza, L., Gill, N., Ramsay, M., Goldberg, D., Thomas, D., Smyth, B., Wiessing, L., és B., Wiessing. 2004. *Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002, Eurosurveillance Weekly 8.*
- [6] Kontogeorgiou, K., Terzidou, M., Klempova, D., és Wiessing, L. (eds.). 2006. *Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator drug-related infectious diseases, Lisbon, EMCDDA.*
- [7] Kretzschmar, M. és Wiessing, L.. 2008. *New challenges for mathematical and statistical modeling of HIV and hepatitis C virus in injecting drug users, AIDS 22.* 1-10.
- [8] Kretzschmar, M. és Wiessing, L. (eds.). 2007. *Coordination of a working group to develop mathematical and statistical models and analyses of protective factors for HIV infection among injecting drug users, Lisbon, EMCDDA.*
- [9] Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S.A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A., Mattick R.P. and the Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use, , és S., Tyndall. 2008. *The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a review, Lancet 372 (9651).* 1733–1745.
- [10] Reimer, J., Schulte, B., Castells, X., Schafer, I., Polywka, S., Hedrich, D., Wiessing, L., Haasen, C., Backmund, M., Krausz, M., és C., Backmund. 2005. *Guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in injection drug users: status quo in the European Union countries, Clinical Infectious Diseases 40, Supplement 5.* S373–8.
- [11] Reintjes, R. és Wiessing, L.. 2007. *Second generation HIV surveillance and injecting drug use: uncovering the epidemiological ice-berg, International Journal of Public Health, 52(3).* 166–72.
- [12] Sutton, A.J., Hope, V.D., Ncube, F., Matheï, C., Mravcik, V., Sebakova, H., Vallejo, F., Suligoï, B., Wiessing, L., Kretzschmar, M., és B., Wiessing. 2008. *A comparison between the force of infection estimates for blood-borne viruses in injecting drug user populations across the European Union — A modelling study, Journal of Viral Hepatitis 15(11).* 809–816.
- [13] Vicente, J. és Wiessing, L.. 2007. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Annual report 2007: positive assessment of HIV in IDUs through hepatitis C still very high, Eurosurveillance, 12(11), E071122.6.*
- [14] Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M., és Cowan, S.A.. 2008. *European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) — the need to improve quality and comparability, Eurosurveillance 13(21):pii=18884.*
- [15] Wiessing, L., Likatavičius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A., és Griffiths, P.. 2009. *Associations between HIV-prevention measures aimed at injection drug users, 2000–2004 and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users, 2005–2006'. American Journal of Public Health (in press).*

- [16] Wiessing, L. és Nardone, A.. 2006. *Ongoing HIV and viral hepatitis infections in IDUs across the EU, 2001–2005, Eurosurveillance* 11(11).
- [17] Wiessing, L., Ncube, F., Hedrich, D., Griffiths, P., és Hope, V. et al.. 2004. *Surveillance of infectious diseases in IDUs across the EU: information from the EU expert network, Eurosurveillance Weekly* 8.
- [18] Wiessing, L., van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C., Guarita, B., Klemková, D., és Griffiths, P.. 2008. *HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East, Eurosurveillance*, 13(50), pii=19067.
- [19] 2002. *World Health Organization and UNAIDS: Initiating Second Generation HIV Surveillance Systems: Practical Guidelines. Geneva, WHO.*

5.5. Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009): An overview of the drug-related deaths (DRD) key indicator, Lisbon, EMCDDA

A drogfogyasztással - különösen az intenzív, vagy ártalmasabb szerhasználati módokkal - közvetve vagy közvetlenül összefüggő halálozás az egyik legfőbb halálok a fiatalok körében számos európai országban. 1990 és 2006 között Európában évente 6500 és 8500 közötti, drogfogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetet jelentettek, melyek többségében (ahol volt erre vonatkozó információ) az opiátok jelenléte volt kimutatható. Emellett, a becslések szerint jelentős számú haláleset áll közvetett kapcsolatban a droghasználattal (pl.: injekcióval kapcsolatos HIV/AIDS fertőzés, balesetek, öngyilkosságok, erőszakos cselekmények, stb.).

A drogfogyasztással összefüggő halálozás egy komplex fogalom, amely különböző szemszögekből értelmezhető, melyek szakpolitikai és közegészségügyi szempontból néha eltérő következtetéseket eredményezhetnek.

Az EMCDDA indikátor jelenleg két, egymást kiegészítő elemet foglal magába. Az első és alapvető elemét az országos népesség-alapú halálozási statisztikák képezik a kábítószeres fogyasztásával közvetlenül összefüggésbe hozható halálesetekről (kábitószer okozta halálozás, mérgezések vagy túladagolások). A második elemét a problémás szerhasználók körében készített, az összes és ok-specifikus halandóságra vonatkozó becslések (halálozási kohorsz-vizsgálatok által).

Az első elemre gyakran hivatkoznak a „kábitószer-fogyasztással összefüggő halálesetek indikátoraként”. Ez egy szakpolitikai vitákban és tudományos publikációkban széleskörben alkalmazott indikátor, mely a tagállamok által évenként az EMCDDA-nek jelentett statisztikákat tartalmazza. Célja megalapozott, megbízható és összehasonlítható információ biztosítása a közvetlenül a tiltott droghasználat következtében elhalálozott személyek számáról, arányairól és jellemzőiről. Az adatokat olyan létező rutin statisztikai rendszerekből veszik, mint a rendszerint a nemzeti statisztikai hivatalok által vezetett általános halálozási statisztikák, vagy speciális nyilvántartásokból, ad-hoc nyilvántartásokból, vagy az igazságügyi orvostani intézetek nyilvántartásaiból. Elviekben ezek a nyilvántartások lefedik a teljes népességet országos vagy regionális szinten.

A kulcsindikátor második eleme a rutin statisztikákat kiegészítve nyújt információt a teljes és az ok-specifikus halálozási rátákról egy, rendszerint az ellátórendszerrel kapcsolatban lévő droghasználó populáció alapján. A halálozási ráták tartalmazzák a drogfogyasztás által közvetlenül kiváltott haláleseteket (túladagolás) és a drogfogyasztáshoz közvetten kapcsolódó, például fertőző betegségek, sérülések, erőszak révén bekövetkezett haláleseteket, öngyilkosságokat, valamint egyéb tényezőkre (dohányzással vagy alkohollal kapcsolatos okok, mentálhigiénés problémák vagy társadalmi kirekesztettség) visszavezethető eseteket. Azonban ez az elem kevésbé elérhető az országokban, minthogy olyan specifikus tanulmányokon alapszik, amelyek az indikátor első eleméhez viszonyítva erőforrás igényesebbek és gyakran időben és földrajzi lefedettségben korlátozottak.

Az indikátor mindkét elemének fejlesztése nehéz terület. Az egyik fő nehézség fogalmi kérdés: milyen halálozási tipológia kerüljön az esetmeghatározásba (szerhasználattal közvetlenül vagy közvetetten összefüggő halálozás, kapcsolódik-e a kábítószer-bűnözéshez, halálesetek pozitív toxikológiai eredménnyel). Emellett, felmerültek komoly módszertani kihívások, például tanúsítási és kódolási nehézségek a külső halálokok esetében (mint túladagolás, erőszak, balesetek és öngyilkosság), valamint az országonként eltérő nyomozati gyakorlat a nem természetes haláleseteknél. Végül, szintén fellelhetőek különbségek a halálozással kapcsolatos nyomozati eredmények gyakorlati felhasználásában a halálozási bizonyítvány kiállításakor és a kódolásnál.

Az indikátor célja

Az indikátor általános célja a különböző szerhasználati formák, valamint az azokat meghatározó és az azokhoz kapcsolódó tényezők egészségre gyakorolt hatásának megértése, annak érdekében, hogy a drogfogyasztás okozta egészségügyi problémák – különösen a halálozás – csökkentését célzó szakpolitikai válaszok és beavatkozások fejlesztéséhez és értékeléséhez megfelelő információval rendelkezünk.

A közvetlenül kábítószer-fogyasztás okozta halálesetek számára, jellemzőire és körülményeire vonatkozó adatok további kapcsolódó célok elérését is elősegíthetik, különösen, mikor egyéb indikátorokkal együtt vizsgáljuk és értelmezzük őket.

Néhány a legfontosabb célkitűzések közül:

- információt biztosítani a droghasználat egészségügyi ártalmairól a közösségben, kihangsúlyozni és mérni a drogfogyasztás legszélsőségebb következményeit;
- azonosítani a drogfogyasztás kockázati mintázatait (pl.: injekálás vagy polidrog-használat), valamint a problémás droghasználók legveszélyeztetettebb csoportjaiban a kockázatot;
- az új kockázatok azonosítása, például új vegyületek, vegyület kombinációk, vagy szennyezett, esetleg hamisított tételek;
- segíteni az intravénás heroinfogyasztáshoz hasonló, magas kockázatú drogproblémák prevalenciájában megfigyelhető tendenciák monitorozását;
- más információval egyesítve, a problémás droghasználat prevalenciájának becslése (becslés multiplikátor módszerrel);
- segíteni hipotézis felállítását annak okaival kapcsolatban, hogy miért mutatkozik eltérés országon belül és országok között a drogfogyasztással összefüggő halálozások arányában vagy jellemzőiben.

Az indikátor fontos részét képezi a halandóság a drogfogyasztók körében. Kritikusan szemlélve, a problémás droghasználók csoportjai közti vizsgálódás olyan információt biztosít, amely bizonyos mértékig a tanúsítási vagy kódolási gyakorlattól. A teljes halandóság a különböző kábítószer használati mintázatokkal összefüggő ártalom mértékének az indikátora. Az ok-specifikus halandóság bepillantást nyújthat a szakpolitikának a drogfogyasztással kapcsolatos ártalom összetevőibe, amelyek gyakran nem egyértelműek, ha csupán a standard forrásokra támaszkodunk. A halandóságra vonatkozó információk úgyszintén segíthetik a kábítószer-fogyasztás okozta halálesetek rutin statisztikáinak az értelmezését (aluljelentés, kódolással kapcsolatos kérdések). A halálozási vizsgálatok segítenek megállapítani a kapcsolatot a drogfogyasztás okozta halálesetek (túladagolások száma) és a veszélyeztetett populációra vonatkozó prevalencia becslések között (pl.: opiátokat injekálókat száma).

A különböző európai országokban jelentős eltéréseket figyeltek meg a halálozási kohorszok teljes halandóságában, valamint a halálozások mintázataiban. Európában az ezidáig lefolytatott halálozási kohorsz-vizsgálatok többnyire, vagy kizárólag a problémás opiát-fogyasztókkal foglalkoztak. A droghasználat változó mintázata miatt javasolt egyéb tipológiájú szerhasználói kohorszok kialakítása (pl.: kokain-használók), mivel az ő egészségügyi problémáik lényegesen különbözhetnek az opiát-használókétól, és ezeket nehezebb azonosítani a rutin statisztikákban.

Módszertan

Az EMCDDA standardok a droghasználattal összefüggő halálozások (a drogfogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek) monitorozására megkövetelik a tiltott szerek fogyasztásával közvetlenül összefüggésbe hozható halálesetek számának nemzeti szinten történő gyűjtését. Emellett, mindegyik jelentett esetenél információt gyűjtenek az áldozat jellemzőiről, valamint a halált okozó szerekről.

Ezt az információt a már létező adatgyűjtési rendszerekből kell kinyerni: az általános halálozási statisztikákból (general mortality register - GMR), vagy speciális nyilvántartásokból (special register - SR). Ideális helyzet az, amikor mindkét rendszerből kinyerhető az információ, a keresztvalidáció és a konzisztencia felmérése érdekében.

Az EMCDDA standard protokoll megkívánja, hogy a létező országos halálozási statisztikák megfelelő minőségűek és lefedettségűek legyenek azért, hogy a lehető legteljesebb mértékben azonosíthatók legyenek a droghasználattal közvetlenül összefüggő halálesetek.

Az EMCDDA standard protokollja leírja az adatok létező forrásokból (GMR, SR) történő kinyerésének, az indikátorhoz szükséges megfelelő esetek kiválasztásának, valamint az évente beküldendő információ lényegre szorító leírásának

(„törzsadatok”) a folyamatát. A törzsadatokat a tagállamok az EMCDDA-nek jelentik az éves országos jelentés keretében, nemek és korcsoportok szerinti bontásban, kiegészítve az érintett szerrel kapcsolatos alapvető információval (opiátok jelenléte vagy sem).

Az indikátor másik eleméhez szükséges információ - droghasználók körében bekövetkező halálozás becslése - szükségessé teszi nyomonkövetéses vizsgálatok lefolytatását jól meghatározott csoportok vagy droghasználók körében (kohorsz-vizsgálatok). A kohorsz-vizsgálatok harmonizációjához a munkaprotokoll javasol elvárásokat a következőkre vonatkozóan: mintába történő felvétel helyszíne (kábitószer kezelőhelyek); célpopuláció (szerhasználók, akik legalább egyszer kezelésben részesülnek a felvételi időszak alatt); az esetenként gyűjtendő törzsváltozó-készlet (melyek nagymértékben kompatibilisek a kezelési igény indikátorral – TDI); nyomonkövetéses módszerek (nyilvántartások összekapcsolása a népesedési vagy halálozási adatbázisokkal); analitikai módszerek a halálozási kockázat kiszámításához.

Az adatvédelmi és etikai kérdéseket figyelembe kell venni, és tiszteletben kell tartani a népesség-alapú, és különösen a halálozási kohorsz statisztikák elkészítésekor.

Az indikátor magas szintű alkalmazását elősegítő legfontosabb tényezők:

- jó minőségű halálozási statisztika (különösen a külső halálokok esetében, beleértve a droghasználattal összefüggő halálokokat), ahol a post-mortem vizsgálatok eredményeit figyelembe veszik a halotti bizonyítvány kiállításánál és kódolásnál, és alkalmas a DRD protokoll előírásainak megfelelő információ nyújtására;
- kiegészítő (vagy esetleg alternatív), jó minőségű, országos lefedettségű speciális halálozási nyilvántartás megléte, mely képes a protokoll előírásainak megfelelő információt nyújtani;
- ideális esetben, a két nyilvántartás hasonló becsléseket biztosít az esetek számáról és a tendenciákról;
- a problémás droghasználók körében aktuálisan indított vagy már folyamatban lévő mortalitási kohorsz-vizsgálat, elegendő számú esettel a megbízható becslések elkészítéséhez.

Eset definíció

Az EMCDDA meghatározása a drogfogyasztással összefüggő halálesetekre (pontosabban drogfogyasztás okozta halálesetek) egyszerű és viszonylag korlátozott. Beletartoznak mindazon személyek, akik közvetlenül tiltott szerek használata miatt haláloznak el, bár ezen esetek gyakran egyéb anyagokkal – például alkohollal vagy pszichoaktív gyógyszerekkel – kombinációban fordulnak elő. Ezek a halálesetek általában röviddel a szer elfogyasztása után következnek be. Ezeket az eseteket, nevezzük túladagolásoknak, illetve mérgezéseknek.

Az EMCDDA standard protokoll operatív követelményrendszerre változtatja ezt a definíciót a releváns esetek GMR és SR adatbázisokból történő kinyerésének érdekében oly módon, hogy a lehető legpontosabb becslést lehessen elkészíteni a definíciónak megfelelő esetekről. A GMR esetében, a WHO Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) 10-ik kiadásának kódlistája határozza meg, mely eseteket kell leválogatni az adatbázisból. Az SR esetében a kritériumok megszabják, mely halálozási típusok kinyerése szükséges (csak a túladagolások az összes előforduló esetből pl.: közlekedési balesetek, erőszakos halálesetek).

A GMR-nél a BNO10-es kódlista tartalmaz olyan eseteket, ahol a halálozás mögöttes oka (az állapot, amely a halálhoz vezető folyamatot elindította) a következő: (1) pszichoaktív anyagok által kiváltott mentális és magatartási zavarok (ártalmas használat, függőség, és egyéb mentális és magatartási zavarok (F kód) opiátok, kannabinoidok, kokain, egyéb stimulánsok, hallucinogének vagy több kábítószer együttes használatának köszönhetően), (2) narkotikumok (T40-0-től T40-9-ig) vagy pszichostimulánsok (T43.6) használata következtében bekövetkezett véletlen, szándékos vagy meg nem határozott szándékból történő mérgezések.

Az SR esetében, az EMCDDA operatív követelményei alapján, azon eseteket kell kiválogatni, melyeknél a halálozás valamilyen illegális szerrel történő véletlen mérgezés, öngyilkosság, gyilkosság miatt következett be, vagy meghatározatlan okból.

Az esetmeghatározások mellett az adatforrások minősége és megbízhatósága is különösen fontos ahhoz, hogy a drogfogyasztással összefüggő halálesetek megfelelő szinten detektálhatóak legyenek. Ebbe beletartozik az is, hogy a lehető legtöbb nem természetes vagy erőszakos haláleset (pl.: balesetek, öngyilkosságok) kapcsán történjen valamilyen nyomozás a haláleset kiváltó okának felderítésére. Habár a nyomozás lehet különböző természetű vagy hatályú, a részletesebb nyomozás jobb minőségű eredménnyel szolgál. Ezen nyomozások eredményeit általában meghatározott intézmények tartják nyilván. E nyilvántartások alapját képezhetik speciális nyilvántartásoknak, melyek minden esetről gazdag információval rendelkeznek, habár a lefedettség és folyamatosság hosszabb időtávon nem biztos, hogy garantált.

Az általános halálozási statisztikák az adott országban előforduló összes halálesetről információt adnak a kötelező halotti bizonyítványok alapján. A lefedettség és folytonosság esetükben garantált, így ezek elviekben általános forrásként szolgálhatnak az összes halálok tekintetében. A halotti bizonyítványokban szereplő információ esetenként azonban igen korlátozott, és különböző okok miatt (forráshiány, adminisztratív korlátozások, stb.), egyes országokban a speciális nyilvántartások és az általános halálozási statisztika adatainak összehasonlítása azt mutatja, hogy ez utóbbi egyértelműen aluljelenti a droghasználattal összefüggő haláleseteket.

A post-mortem vizsgálatok alapossága és minősége önmagában nem garantálja a kulcsindikátor minőségét. Különösen, ha a nyomozások eredményeit nem veszik figyelembe az általános halálozási statisztika tanúsítási és kodifikációs folyamataiban. A post-mortem vizsgálatot lefolytató intézmények és egyéb felek közötti információcsere javítja a droghasználattal összefüggő halálozási statisztikák érvényességét és megbízhatóságát. Mindkét típusú nyilvántartás megléte (GMR és SR) lehetőséget ad a droghasználattal összefüggő halálozással kapcsolatos információk összehasonlítására és keresztvalidációjára.

Ez a kulcsindikátor a megfelelő minőség eléréséhez és szinten tartásához megköveteli a tartós intézményi elkötelezettséget és együttműködést. A halálozási adatok szigorú jogi szabályozása általában megköveteli számos hivatal aktív szerepvállalását az adatgyűjtésben és feldolgozásban.

A legtöbb országban a nemzeti halálozási statisztikák folyamatosan fejlődnek, meghatározásaik, kisebb eltérésekkel, egyre hasonlóbba az EMCDDA definícióihoz. Néhány országban a pszichoaktív gyógyszerek, illetve a nem túladagolás miatt bekövetkező halálesetek is szerepelnek a statisztikákban, habár általában az összes eset kis részét teszik ki csupán.

Az országok között továbbra is vannak különbségek az esetek rögzítésében, és a post-mortem toxikológiai vizsgálatok gyakoriságában. Néhány országban rontja az információ minőségét a GMR és SR (igazságügy vagy rendőrség) közötti elégtelen vagy hiányos információcsere. Ugyanakkor sok tagállam esetében az utóbbi években jelentős előrelépés történt az információ minősége és megbízhatósága tekintetében.

A droghasználattal összefüggő halálesetek számának vagy arányainak közvetlen összehasonlítása az egyes országok között csak körültekintéssel végezhető el, de ha egy országban következetesen alkalmazzák a módszereket, akkor a megfigyelt tendenciák átfogó képet nyújthatnak, ha más kábítószer indikátorokkal együtt értelmezzük őket.

Esetek leválogatása a halálozási statisztikákból:

- A BNO-10 alapján: azok az esetek kerülnek számbavételre, amikor a halál mögöttes oka pszichoaktív anyag használatából fakadó mentális vagy viselkedészavar (lásd alább) vagy mérgezés (véletlen, szándékos vagy meg nem határozott indokból).
- Ártalmas használat, függőség, és egyéb mentális és viselkedészavarok opiátok (F11), kannabinoidok (F12), kokain (F14), egyéb stimulánsok (F15), hallucinogének (F16) vagy több kábítószer együttes használata (F19) miatt.
- Véletlen mérgezés (X41, X42), szándékos mérgezés (X61, X62), vagy meghatározatlan szándékból bekövetkezett mérgezés (Y11, Y12) ópium (T40.0), heroin (T40.1), egyéb opiátok (T40.2), metadon (T40.3), egyéb szintetikus narkotikumok (T40.4), kokain (T40.5), egyéb és nem meghatározott narkotikumok (T40.6), kannabisz (T40.7), LSD (T40.8), egyéb és nem meghatározott hallucinogének (T40.9) vagy pszichostimulánsok (T43.6) által.

A T kódokat a megfelelő X és Y kódokkal kombinálva kell kiválasztani.

Halálozás mögöttes oka	Választott BNO-10 kód(ok)
Mentális és viselkedészavarok	F11-F12, F14-F16 és F19
Véletlen mérgezés	X42 ^a , X41 ^b
Szándékos mérgezés	X62 ^a , X61 ^b
Meg nem határozott szándékból bekövetkezett mérgezés	Y12 ^a , Y11 ^b

^aT-kódokkal kombinációban: T40.0-9.

^bT-kódokkal kombinációban: T43.6.

Esetek kiválasztása a speciális nyilvántartásokból (igazságügyi vagy rendőrségi nyilvántartások):

Ezt a módszert azon országokban alkalmazzák, ahol az előző módszer nem használható, illetve annak alkalmazhatóságakor ahol lehetséges, az általános halálozási statisztikák adatait alátámasztó becslésekhez, validáláshoz. Azokat az eseteket veszik számba, melyeknél a halálozás oka mérgezés (véletlen, öngyilkosság, gyilkosság, vagy meg nem határozott szándékú), és amikor a halál opiátok, amfetaminok, kokain (vagy crack), kannabisz, hallucinogének, oldószeresek, vagy új szintetikus pszichoaktív szerek (mint az amfetamin származékok) miatt következnek be.

A kiválasztandó halálozási csoportok a következők:

Halálozás kategória (a droghasználattal összefüggő halálozásokon belül)	Kiválasztott csoportok
Véletlen, öngyilkosság, gyilkosság miatt, vagy meg nem határozott szándékból bekövetkezett mérgezés	Csak opiátok (metadon kizárva)
	Csak metadon
	Több anyag együttes jelenléte, köztük opiátok ^a
	Több anyag együttes jelenléte, opiátok nélkül
	Meghatározatlan/ismeretlen ^b

Ideális esetben, a drogfogyasztók körében végzett halandósági becslésekkor, a kohorsz-vizsgálatok (vagy helyesebben rekordok összekapcsolásával végzett vizsgálatok) feltétele egy kellően nagyszámú szerhasználói minta megfelelő hosszúságú ideig történő nyomonkövetése. A cél az, hogy megbízható halálozási becslések készüljenek, melyek jó alapot biztosítanak (a különböző egészségügyi következmények által veszélyeztetett csoportok, a halálozást meghatározó tényezők) megalapozott és adekvát közegészségügyi válaszlépések megtervezéséhez. Ezek a vizsgálatok rendszerint megkövetelik a különböző kezelőhelyektől/intézményekből származó információk összekapcsolását, valamint a halálozási és népesség-nyilvántartásokkal való együttműködést.

A droghasználattal összefüggő halálozásról rendelkezésre álló információk erősségei és korlátai

A droghasználattal összefüggő halálozások száma, és a droghasználók halandósága jelentősen hozzájárulhat a fogyasztással kapcsolatos ártalom intenzitásának és összetevőinek meghatározásához. A halandóság általában hasznos indikátora az egészségügyi problémák mértékének, köszönhetően lefedettségének, a nemzetközi osztályozás meglétének (Betegségek Nemzetközi Osztályozása), a hosszú időre visszanyúló adatsoroknak, és az adatgyűjtés erős jogi alapjainak.

Mindazonáltal, a droghasználattal összefüggő halálozással kapcsolatos adatok értelmezésénél körültekintően kell eljárni. Javasolt azokat más, a kábítószer-helyzettel és a beavatkozásokkal kapcsolatos indikátorokkal (pl.: a droghasználat prevalencia becslése, kezelés hozzáférhetősége, kezelésbe felvettek, stb.) összekapcsolva értelmezni.

A halálozási statisztikáknak még mindig vannak korlátai, az adatminőség és összehasonlíthatóság terén:

- A regisztrált túladagolások számát befolyásolhatja a jelentés minősége és lefedettsége;
- néhány országban a nem természetes vagy erőszakos halálesetek nyomozásának hiányosságai és a toxikológiai adatok jelentésének a korlátozottsága negatív hatással lehetnek az információ teljességre és minőségére;
- a BNO használatával kapcsolatban még mindig vannak problémák (pl.: néhány európai ország nem használ T kódokat).

Az indikátornak is vannak korlátai saját definíciójából és megközelítéséből eredően. Nem foglalkozik:

- bizonyos droghasználattal összefüggő halálesetekkel (úgy mint pszichoaktív gyógyszerekkel és alkohollal összefüggő halálozás, illegális szer nélkül);
- droghasználattal a halált okozó sérüléseknél (úgy mint közúti balesetek és erőszak);
- a túladagolással összefüggő, nem halálos kimenetelű megbetegedésekkel.

Az indikátort elsősorban azért fejlesztették ki, hogy monitorozni tudják azon anyagokat, melyek nagy kockázatot jelentenek végzetes túladagolás miatt bekövetkező haláleseteknél (pl.: injektált heroin), ugyanakkor az emelkedő prevalenciájú anyagok eltérő halandósági mintázatai nehezebben azonosíthatóak (pl.: kokain magában vagy alkohollal együtt, dohány és egyéb tényezők).

Az adatminőség és a megbízhatóság tekintetében jelentős előrelépés történt. Számos országban a különböző forrásokból (GMR és SR) származó becslések által kimutatott értékek és/vagy tendenciák konzisztensnek tűntek. A droghasználók körében végzett különböző kohorsz-vizsgálatok lehetővé teszik a népességstatisztikák megfelelőbb értékelését és értelmezését.

Még mindig vannak azonban egyértelmű minőségügyi problémák néhány országban, így az egyszerű összehasonlításokat is körültekintően kell végezni. A droghasználattal összefüggő halálozási adatok néhány minőségügyi problémája úgy tűnik, nem csak ezeket az adatokat befolyásolja, hanem általánosabban a külső halálokok miatt – beleértve az öngyilkosságokat, baleseteket és erőszakot – bekövetkező halálozási adatokat is.

A nyomonkövetéses halálozási vizsgálatok erősségeit számos alkalommal kiemeltük: beleértve a halálozás rögzítési és kodifikációs gyakorlatának relatív függetlenségét, a drogfogyasztással (közvetlenül vagy közvetetten) összefüggő összhalálozás felmérését, és a többlet-halálozás becslésének (a „standardizált mortalitási arányszámok” meghatározásának) lehetőségét az azonos korú és nemű népességhez viszonyítva.

Ugyanakkor, ezek a vizsgálatok és a tagállamok között történő összehasonlításuk a következő kihívásokkal járnak:

- számos kohorszban hiányosak a droghasználati mintázatra vonatkozó információk, ez pedig korlátozza a kockázati tényezők azonosítását, valamint az összehasonlíthatóság javításának lehetőségét egy jobban rétegzett elemzés által (pl.: ellenőrzés a másodlagos szer, a drogkarrier hossza, az injektáló státusz vagy egyéb tényezők által);
- a mintavételi helyszínben tapasztalható különbségek korlátozzák a közvetlen összehasonlíthatóságot;
- a kezelés módjában (kezelési típusok, kezelési stratégiák) és a kezelésben maradás arányaiban fellelhető különbségek – melyeket nehéz felmérni –, magyarázhatják a halálozási rátákban megfigyelhető eltéréseket;
- az adatbázisok összekapcsolásával végzett vizsgálatok sokkal kevesebb forrást igényelnek, mint a kohorsz-vizsgálatok résztvevőinek aktív nyomonkövetése, de a hosszabb távon bekövetkező változásokról kevesebb információt adnak (pl.: változás az injektáló státuszban).

Irodalomjegyzék:

- [1] Bargali, AM., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, CA., Schifano, P., és Buster, M. et al.. 2006. *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. European Journal of Public Health. 16(2).* 198-202.
- [2] Cruys, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., és van Laar, M.. 2008. *Estimating the Total Mortality Among Problem Drug Users. Substance Use & Misuse. 43.* 733-747.
- [3] Darke, S., Degenhardt, L., és Mattick, R.. 2007. *Mortality amongst Illicit Drug Users. Epidemiology, Causes and Intervention.* Cambridge University Press. Cambridge.
- [4] 2000. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction: Recommended Draft Technical Tools and Guidelines. Key Epidemiological Indicator: Drug-related deaths and mortality in drug users; Mortality (all causes) among drug users. Lisbon: EMCDDA.*
- [5] 2002. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction: The DRD Standard Protocol, version 3.0. EMCDDA standard protocol for the EU Member States to collect data and report figures for the Key Indicator Drug-related Deaths. Lisbon: EMCDDA.*
- [6] Vicente, J., Giraudon, I., Matias, J., Hedrich, D., és Wiessing, L.. 2009. *Rebound of overdose mortality in the European Union 2003-2005: findings from the 2008 EMCDDA Annual Report EuroSurveillance 14(2):pii=19088 .*

6. A kábítószeres és a bűnözés – összetett kapcsolat

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007): Drugs and crime – a complex relationship, Drugs in focus 16, Lisbon, EMCDDA

A kábítószerrel összefüggő bűnözés megelőzése iránti igény kiemelt helyen szerepel az európai politikai napirenden, amit jól szemléltet az a tény, hogy az EU jelenlegi drogstratégiája ezt a célkitűzést az egyik fő cselekvési területnek nevezte azon cél elérése érdekében, hogy biztosítani lehessen a lakosság egészségének magas szintű biztonságát. A probléma mértékéről szóló vitának, illetve a beavatkozások hatásairól készítendő számvetésnek azonban előfeltétele a probléma leírását szolgáló, egyeztetett fogalmi keret. Ezt az EU jelenlegi kábítószer-ellenes cselekvési terve (2005–2008) is elismeri azáltal, hogy a kábítószerrel összefüggő bűnözés közös fogalmának kialakítását konkrét intézkedésként szerepelteti. Ebben a politikai összefoglalóban azokat a különböző bűncselekménytípusokat járjuk körül, amelyek a kábítószerrel összefüggő bűnözés általános címszava alá tartozhatnak.

Az átlagpopulációval összehasonlítva a bűnelkövetők körében magas a kábítószer-használat aránya, a problémás kábítószer-fogyasztók pedig gyakran bűnelkövetőknek bizonyulnak. A kábítószeres és a bűnözés közötti összefüggés azonban sem egyszerűnek, sem lineárisnak nem mondható. Nem is egyetemes: sok visszaeső bűnelkövető nem érintett a kábítószer-használatban, a függő kábítószer-fogyasztók közül pedig sokan semmilyen bűncselekményt nem követnek el (a kábítószer-használattól/-birtoklástól eltekintve, ha ez adott helyen bűncselekménynek minősül).

Bár a vizsgálatok alapján nincs szoros összefüggés a kísérletező kábítószer-használat és a bűnelkövetés között, mégis az a tendencia, hogy a bűnözés gyakran megelőzi az illegális drogokkal való kapcsolatba kerülést. Ez különösen azokra a kábítószeresekre igaz, amelyek fokozottan együtt járnak a függőség és a problémák kialakulásával, amilyen a heroin vagy a crack kokain. A vizsgálatokból az is kiderült, hogy a függő kábítószer-használók kábítószeres szokásaik fenntartása érdekében nyereségvágyból bűncselekményeket is elkövethetnek. A hivatásos bűnözők esetében a kábítószeres a deviáns életstílus részét képezhetik, a kábítószeresre elköltött összeg pedig egyúttal a vagyont és a státuszt is mutatja. Néhányan azonban továbblépnek a rendszeres kábítószer-használat vagy a függőség felé, ami viszont a bűnözésben vagy a kábítószerpiacon való fokozott részvételükhez vezethet. A bűncselekményekben való részvétel és a kábítószer-használat között ilyenformán egymást kölcsönösen erősítő kapcsolat állhat fenn, amelynek értelmében a deviáns bűnözői szubkultúrában részt vevők fokozottan ki vannak téve a kábítószer-problémák kialakulásának, a kábítószer-problémákkal küzdőket pedig jobban fenyegeti a bűncselekményekben való részvétel veszélye.

A vizsgálatok a bűnelkövetés és a kábítószer-fogyasztás tekintetében különféle (általános, illetve egyedi) kockázati tényezőket tártak fel. Eszerint annak mértéke, hogy az egyén mennyire veszi át a deviáns életstílust, kihathat azokra a különféle (anyagtól függő, egyéni, társadalmi, kulturális és környezeti) tényezőkre, amelyek meghatározzák, hogy a bűnelkövetés és a kábítószer-használat folytatódni, erősödni vagy csökkenni fog az egyén élete folyamán.

Fogalom-meghatározások

A „kábítószerrel összefüggő bűnözés” kifejezés itt a bűncselekmények alábbi négy típusát foglalja magában:

- **Pszichofarmakológiai bűncselekmények:** pszichoaktív anyag hatása alatt, az anyag akut vagy krónikus használata következtében elkövetett bűncselekmények.
- **Gazdasági kényszerből elkövetett bűncselekmények:** a kábítószer-használat fenntartásához pénz (vagy kábítószer) megszerzésére irányuló bűncselekmények.
- **Szervezett bűnözés:** a tiltott kábítószerpiac működésében, a kábítószer-kínálat, -elosztás és -használat részeként elkövetett bűncselekmények.

- **Kábítószerrel kapcsolatos törvénysértések:** kábítószerrel kapcsolatos jogszabályok (vagy egyéb kapcsolódó jogszabályok) ellen elkövetett bűncselekmények.
1. A „kábítószerrel összefüggő bűnözés” fogalom értelmezése a tudományágak és a szakértők körében nagy változatosságot mutat; a kérdés fogalmi megközelítéséhez segítségképpen az itt bemutatott, négy kategóriából álló meghatározást javasoljuk.
 2. Bár a pszichofarmakológiai erőszakos cselekmények legszorosabban az alkoholfogyasztással függenek össze, a illegális drogfogyasztás, és különösen a stimulánsok használata szintén bűnöző magatartáshoz vezethet azáltal, hogy súlyosbítja a meglévő pszichopatológiai és szociális problémákat, illetve fokozza a paranoid vagy pszichotikus események kockázatát.
 3. A gazdasági indítékú bűncselekményeket gyakran a kábítószer-függőséggel járó következménynek tekintik, az ilyen bűncselekmények csökkenését pedig általában a siker egyik mércéjének tekintik a függő kábítószer-fogyasztókat célba vevő beavatkozásoknál.
 4. A kábítószerpiacok tiltott helyzetükből eredően a kábítószer-kínálattal és -terjesztéssel összefüggő bűncselekményektől eltérő, gyakran erőszakos cselekménynek minősülő bűncselekménytípusokat is fenntartanak, ami mélyen érinthet egy-egy környéket vagy helyi közösséget.
 5. A kábítószer-törvények megsértésével kapcsolatos tevékenységek a bűnüldözési és büntető-igazságszolgáltatási erőforrásokon belül jelentős hányadot képviselnek, és a bűnözés más területeire is kihathatnak azáltal, hogy forrásokat vonnak el onnan.
 6. A kábítószerrel összefüggő bűnözés mértékének és tendenciáinak nemzeti szintű felmérésére tett néhány kísérlet azt mutatja, hogy egy ilyen gyakorlat számos kérdést és (fogalmi és módszertani) kihívást rejt magában.

A kábítószerrel összefüggő bűnözés meghatározása, mértékének és mintázatainak felmérése érdekében

A kábítószerrel összefüggő bűnözés annyira összetett fogalom, hogy egy általános meghatározás bevezetésére irányuló kísérlet minden esetben együtt jár a jelentéstartomány szükségszerű leszűkítésével. Ahhoz azonban, hogy fel tudjuk mérni a jelenség mértékét, mintáit és tendenciáit, feltétlen szükség van a kábítószerrel összefüggő bűnözés meghatározására. A kábítószeres és a bűnözés viszonyáról már számos értelmező modell született: a bűnözés kábítószer-használathoz vezet; a kábítószer bűnözéshez vezet; a kábítószeres és a bűnözés között az egyidejű előfordulás révén kölcsönös összefüggés áll fenn; a kábítószeres és a bűnözéshez különféle más változókon keresztül vezet az út, de ugyanabból a kiváltó okból erednek. Arról sem szabad megfeledkezni, hogy a kábítószeres és a bűnözés között dinamikus kapcsolat állhat fenn, amely az idő múlásával akár ugyanazon személy esetében is változhat.

Az empirikus vizsgálatokban egyre gyakrabban előforduló szemlélet szerint a Goldstein által javasolt háromoldalú fogalmi keretet alkalmazzák a kábítószeres és a bűnözés közötti kapcsolatra. Ebben a modellben a kábítószeres és a pszichofarmakológiai, a gazdasági kényszerre és a szervezett bűnözésre vonatkozó modell integrációja révén vezetnek el az erőszakos cselekményekhez. Bár ez a szemlélet nem feltétlenül foglalja magában a kábítószeres és a bűnözés közötti viszony összes lehetséges esetét, hasznos fogalmi keretet biztosít a kábítószerrel összefüggő bűnözés elemzéséhez. Ezen túlmenően politikai szempontból is célszerű egy olyan, jogi meghatározásokon alapuló modell alkalmazása, amely a kábítószer-törvényekkel szembeni bűncselekményeket a kábítószerrel kapcsolatos bűnözés másik típusának tekinti. Az így létrejött, a kábítószeres bűncselekmények négy kategóriájából álló modell szolgál alapul a „kábítószerrel összefüggő bűnözés” kifejezés itt alkalmazott definíciójához, amelynek egyes elemeit az alábbiakban tárgyaljuk.

Pszichofarmakológiai bűncselekmények

A pszichofarmakológiai modell szerint a pszichoaktív anyagok alkalmi vagy tartós használata agressziót és erőszakos cselekményeket eredményezhet. Az ilyen kábítószeres hatásai közé tartozik az ingerlékenység, a félelem/paranoia, a

gátlások hiánya, a drasztikus hangulatváltozások, a kognitív torzulások és a csökkent ítélőképesség, amelyek bármelyike bűnöző magatartáshoz vezethet. Fontos, hogy azok a bűncselekmények is ebben a kategóriában szerepeljenek, amelyeket az áldozat saját kábítószer-használata váltott ki. Az ilyen bűncselekmények kevésbé láthatóak, mivel sok esetben nem jelentik őket. A pszichofarmakológiai bűncselekmények közé kell sorolni ezért a kábítószeres befolyásoltságtól ösztönzött erőszakos cselekmények mellett az olyan bűncselekményeket is, mint például a pszichoaktív anyagok hatása alatt lévő áldozat sérelmére elkövetett szexuális zaklatás, illetve az olyan rablások vagy támadások, amelyeket az áldozat cselekvőképességének kábítószer-használatból eredő hiánya tesz lehetővé.

Az eddigi kutatások sok esetben alátámasztják azt a nézetet, miszerint az alkoholfogyás és a pszichofarmakológiai kiváltott bűncselekmények, különösen az erőszakos cselekmények között szoros kapcsolat van. Az alkohol mögött e tekintetben jócskán elmaradnak a stimulánsok: a kokain/crack és az amfetaminok. Az opiátok és a kannabisz használata az általános vélekedés szerint valószínűleg nem vezet pszichofarmakológiai kiváltott bűncselekményhez, mivel ezek a kábítószeres jellemzően csökkentik az agressziót; mindazonáltal a megvonással járó ingerlékenység, valamint a kapcsolódó mentális egészségügyi problémák összefügghetnek az erőszak fokozódásával. Néhány drog (pl. a heroin, nyugtatók) egyeseknél még akár csökkentheti is az erőszakos ingereket és az agressziót.

Bár az illegális drogok többségének farmakológiája jól ismert, azokat a konkrét mechanizmusokat, amelyek révén előmozdítják az erőszakos magatartást, még nem sikerült teljesen megérteni, noha néhány anyagról (általában a stimulánsokról) tudjuk, hogy pszichotikus viselkedési epizódokat idéznek elő, és könnyen fokozhatják a meglévő magatartási problémákat. Ezzel együtt semelyik pszichoaktív anyagról sem jelenthetjük ki, hogy univerzális, bűnözésre hajlamosító tulajdonságokkal rendelkezik, az egyéni és a környezeti tényezők pedig egyaránt képesek befolyásolni, hogy a pszichoaktív anyagok használata hogyan hat a viselkedésre.

Gazdasági kényszerből elkövetett bűncselekmények

A drága szerek valamelyikétől való függőség oda vezethet, hogy használói a kábítószeres szokásuk finanszírozásához szükséges pénz megszerzése érdekében bűncselekményekbe keverednek. Megegyezésen alapuló bűncselekményekhez – amilyen a kábítószer-árusítás vagy a prostitúció (ahol ez bűncselekménynek minősül), illetve nyereségvágyból elkövetett bűncselekményekhez (pl. bolti lopás, rablás, betörés) egyaránt folyamodhatnak. Az ilyen elkövetők olykor a fizetséget is kábítószerben kapják. A kábítószerrel összefüggő bűnözésen belül ebbe a kategóriába tartozik még a recepthamisítás és a kábítószer-használók által elkövetett gyógyszeres rablás: ezek célja olyan gyógyszerek megszerzése, amelyek a tiltott szerek helyettesítő anyagként használhatók.

Bár a kábítószer-fogyasztók által nyereségvágyból elkövetett bűncselekményeket sok esetben az alkalom szüli, néha ezek nagyobb szakértelmet, máskor pedig valamilyen specializációt is igényelnek. A csalás és a sikkasztás például olyan fehér galléros bűncselekmények, amelyekhez szükség van bizonyos szakmai háttérre.

Miközben a „kényszerből” kifejezés arra utal, hogy a függőség szükségszerű állapot, az ebbe a kategóriába tartozó elkövetők közé sorolandók mindazok, akiknek illegális jövedelemre van szükségük a kábítószer-használatuk fenntartásához. A szükséges jövedelem nagyságát szerhasználatuk típusa és mintázata, társadalmi-gazdasági helyzetük és az életstílusukban meglévő deviancia mértéke határozza meg. A drága kábítószerektől függő személyek közül nem mindegyik követ el gazdasági bűncselekményt: előfordulhat, hogy szerhasználatukat hozzáigazítják pénzügyi forrásaikhoz és a drogok árához, törekedhetnek törvényes jövedelmük növelésére (szociális juttatások, foglalkoztatás, tárgyak elzálogosítása) vagy a kiadásaik csökkentésére a „természetben” kapott jövedelem (szállás, étkezések stb.) lehetőség szerinti maximalizálásával. Sok kábítószer-használó a felsorolt eszközöket együttesen alkalmazza.

Szervezett bűnözés

A szervezett bűnözés főként az illegális kábítószerpiacok működtetésén belül, a kábítószer-kínálat, -elosztás és -használat keretében elkövetett erőszakos cselekményeket (pl. tettelegesség, emberölés) jelenti. Az erőszakot mint stratégiát különféle helyzetekben vetik be, például területi vitákban, a csalásért kirótt büntetésben, a tartozás behajtásában, illetve a rendőrséggel való összecsapásokban. A kábítószer-termelő, illetve tranzitországokban, ahol a jogállamiság megkérdőjelezhető, a

szervezett bűnözésnek része lehet például a vállalkozások, a kormányzat és a bankrendszerek korrupciója vagy a kábítószer-kereskedők által elkövetett emberiségellenes bűntettek.

A szervezett erőszak összefügg a tiltással, mivel gyökerei elsősorban egy olyan piac illegális jellegében keresendők, amelyet egyrészt a hatalmas nyereség, másfelől pedig az jellemez, hogy résztvevői nem képesek a standard üzleti törvények alkalmazására. A kábítószer-használattal nincs valódi összefüggésben, és általában az sem teljesen egyértelmű, hogy a kábítószeres (kereskedelme és használata) vezetnek-e a szervezett bűnözéshez, vagy fordítva, esetleg csak arról van szó, hogy mindkettő ugyanannak az általános életstílusnak a része. Mindazonáltal az erőszak átható jelenléte a kábítószer-piacokon növelheti annak valószínűségét, hogy a kábítószer-használók erőszakos cselekmények elkövetőivé vagy áldozataivá válnak.

Néhány hozzászóló azt az érvet is felvetette, hogy a kábítószerrel összefüggő bűnözés, különösen az erőszakos cselekmények nagy százaléka a piaci erőkből következik. Valószínűbb ugyanakkor, hogy a szervezett bűnözés ciklikusan alakul, az egyes kábítószerpiacok dinamikájában bekövetkezett változásokra reagálva, amilyen lehet például a kábítószer iránti kereslet és a kínálat, a nyereségesség, illetve az erőszakos magatartás elfogadásához vagy elutasításához kapcsolódó közösségi normák változása.

A kábítószer-törvények megsértése

A kábítószerrel kapcsolatos jogszabályok megsértésébe beletartozhatnak a kábítószer-törvények megsértései, amilyen a kábítószer-használat, -birtoklás, -termesztés, -előállítás, -behozatal és -kereskedelem, de más kapcsolódó büntetendő cselekmények is, mint például a prekursorok tiltott előállítása és kereskedelme vagy a pénzmosás. A kábítószeres vezetés (kábítószer hatása alatt történő járművezetés) cselekménye ugyancsak ebbe a kategóriába sorolandó a kábítószerrel kapcsolatos bűnözésen belül.

A kábítószerrel kapcsolatos bűnözéssel foglalkozó vizsgálatok gyakran nem tulajdonítanak jelentőséget a kábítószer-törvények elleni bűncselekményeknek, mivel itt a kábítószeres és a bűnözés közötti kapcsolat lényegét tekintve különbözik az előbb tárgyaltaktól: ebben az esetben a kábítószeres és a bűnözés között a törvényben szereplő meghatározás teremt kapcsolatot, nem pedig az, hogy az egyik viselkedés bármilyen hatással van a másikra. Az ilyen törvénytörések alapvetően a pszichoaktív anyagok egy körére vonatkozó tiltástól függenek. Fontos ugyanakkor figyelembe venni ezen kábítószeres illegális helyzetét is, mivel ez a tényező is szerepet játszik a kábítószerpiacon mutatkozó erőszakos cselekményekben, és a kábítószerárak emelkedése révén súlyosbíthatja a gazdasági indítékú bűncselekményeket. A kábítószer-törvények megsértései emellett a bűnüldözési és büntető igazságszolgáltatási rendszer tevékenységeit és forrásait tekintve is jelentős hányadot képviselnek.

A kábítószer-használat a kábítószer-törvények megsértésétől eltérő bűncselekményekre is közvetett hatással lehet. Sőt, gazdasági szempontból nézve - azaz a bűnözést az árakra és az ösztönzőkre adott reakcióként tekintve - a kábítószer-törvények végrehajtására kijelölt rendelkezésre álló források arányának mindenfajta növelése a többi bűncselekményre jutó források csökkenéséhez vezet. Ez a többi bűncselekményt relatíve kevésbé költségessé teszi (a letartóztatás valószínűségének csökkenése és a rövidebb bebörtönzés révén), ezáltal megnövelheti ezek előfordulási gyakoriságát.

A kábítószerrel összefüggő bűnözés mérése

A kábítószer-használat/-kereskedelem és a bűnözés közötti összefüggést már számos esetben vizsgálták, legtöbbször az Egyesült Államokban. A vizsgálatok jellemzően fogvatartottak populációiban foglalkoztak a bűnelkövetési mintákkal, például a kábítószer miatti kezelés résztvevői vagy a letartóztatottak körében, ezért csak korlátozottan tudnak képet adni a kábítószeres és a bűnözés közötti összetett kapcsolatról a lakosság egészét illetően.

Minden bűncselekménytípus esetében nehézséget okoz a tényleges mérték, a „rejtett számok” megbecsülése a bejelentésre kerülő hányad alapján, és ez a kábítószerrel kapcsolatos bűnözés esetére különösen igaz. A kábítószer-törvények megsértése értelemszerűen kivételt képez e tekintetben, egyébként viszont nincs se felmérés, se nyilvántartás arról,

hogyan egy bejelentett bűncselekmény joggal tekinthető-e kábítószerezellel összefüggőnek, ami csökkenti a hivatalos bűnügyi statisztikák használhatóságát annak megbecsülésében, hogy a kábítószerezellel összefüggő bűnözés problémája önmagában véve milyen méreteket ölt. Néhány vizsgálatban ugyanakkor kísérletet tettek arra, hogy felbecsüljék a kábítószerezellel összefüggő bűncselekmények különböző típusainak arányát, majd ezen arányok segítségével átfogó becsléseket készítsenek a kábítószerezellel összefüggő bűnözésről.

A kábítószerek és a bűnözés közötti összefüggés természetét különösen nehéz meghatározni, főleg a tekintetben, hogy az egyik viselkedés elégséges feltétele-e a másik előidézésének (szigorú okozati összefüggés), vagy csupán szükséges (gyenge oksági viszony). A kábítószerek és a bűnözés témakörével foglalkozó vizsgálatokban azonban minden esetben fontos különbséget tenni aszerint, hogy a két viselkedés között az oksági viszony az (időrendhez kötött) életút egészét tekintve áll fenn, vagy ez a viszony csak a bűncselekmény elkövetésének konkrét helyzetére érvényes.

A kábítószerezellel összefüggő bűnözés itt bemutatott négy kategóriája és az ezek alapjául szolgáló modellek esetében nincs szó kölcsönösen kizáró viszonyról. A modellek és a bűncselekmények kategóriái között egyaránt elképzelhető átfedés, akárcsak a vonatkozási tartományukat jelentő populációk között. A kategorizálást inkább az „ideális típusok” egyfajta bemutatásának kell tekinteni, ami lehetővé teszi a kábítószerezellel kapcsolatos bűnözés fogalmi meghatározását, egyben segíti az összehasonlítást.

Következtetések

A kábítószerezellel összefüggő bűnözés meghatározása:

Politikai szempontok

1. A bűnelkövető, illetve kábítószerező-használó populációkat többféle tényező és körülmény vezeti el a különféle útvonalakig, amelyek mind egy-egy konkrét kapcsolatot (vagy kapcsolathányt) jelenthetnek a kábítószerek és a bűnözés között. Ezért fontos, hogy a kábítószerezellel összefüggő bűnözés kezelésére irányuló válaszok egyszerre legyenek összetettek, differenciáltak és célzottak.
2. A kábítószerek és a bűnözés közötti összefüggések megértése nemcsak az elméleti érdeklődés kielégítését szolgálja; a közrend szempontjából is komoly hatása van, mivel az ilyen összefüggések ismerete határozza meg, hogy a társadalom hogyan reagál a kábítószerezellel kapcsolatos bűnözésre. Ezért Európában is ösztönözni kell a kábítószerek és a bűnözés közötti kapcsolattal és annak különféle megnyilvánulási formáival foglalkozó kutatásokat, amelyek alapján meghatározhatóak a kábítószerezellel összefüggő bűnözés csökkentésének lehetséges módjai.
3. Bár a kábítószerezellel összefüggő bűnözés meghatározása együtt jár a jelentéstartomány leszűkítésével, amely ilyenformán nem képes lefedni a kábítószerek és a bűnözés közötti viszony teljes összetettségét, az értékeléshez mindenképpen előfeltétel a „kábítószerezellel kapcsolatos bűnözés” fogalmának világos meghatározása.
4. A kábítószerezellel összefüggő bűnözés mértékének, mintázatainak, illetve tendenciáinak felméréséhez Európában működőképes, több forráson alapuló módszerek kidolgozására van szükség.
5. A kábítószerezellel összefüggő bűnözés mértékéről és mintáiról szóló nemzeti becslések elengedhetetlenül fontosak ahhoz, hogy a kábítószerek társadalmi költségeiről szóló vizsgálatok értelmet nyerjenek, mivel az ilyen vizsgálatok gyakran nehézségekbe ütköznek a kábítószerezőtörvények megsértésétől eltérő bűncselekmények számbavételekor.
6. A kábítószerezellel összefüggő bűnözés felbecsülésére szolgáló módszerek segítségével a kábítószerezellel összefüggő bűnözés csökkentésére irányuló beavatkozások és intézkedések hatásait is jobban lehet majd értékelni, mind a kábítószerek iránti kereslet csökkentése (kezelés, ártalomcsökkentés), mind a bűnmegelőzés/a bűnözés visszaszorítása (szituációs bűnmegelőzés, a börtönbüntetés alternatívái, társadalmi bűnmegelőzés) területén.

Irodalomjegyzék:

- [1] Barré, M.-D., Richard, D., és Senon, J.-L. Dossier. 1997. *Délinquance et toxicomanie, Revue documentaire Toxibase*, no. 2, Lyon.
- [2] Bean, P.. 2002. *Drugs and crime*. Willan Publishing. Devon.
- [3] Bennett, T. és Holloway, K.. 2005. *Disaggregating the relationship between drug misuse and crime, The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, Vol. 38(1). 102–121.
- [4] Brochu, S.. 1995. *Drogue et criminalité - Une relation complexe, Perspectives criminologiques, Presses de l'Université de Montréal in collaboration with Presse de l'Université d'Ottawa and De Boeck Université, Montréal/Brussels*.
- [5] Connolly, J.. 2006. *Drugs and crime in Ireland, Overview 3, Health Research Board, Dublin*.
- [6] Da Agra, C.. 1998. *Entre droga e crime: actores, espaços, trajetórias, Coleção Comportamentos*. Editorial Notícias. Lisbon.
- [7] Goldstein, P. J.. 1985. *The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework, Journal of Drug Issues*, 15. 493–506.
- [8] MacCoun, R., Kilmer, B., és Reuter, P.. 2003. *Research on drugs - crime linkages: the next generation, In: Towards a drugs and crime research agenda for the 21st century, Special report, US Department of Justice, Washington*.
- [9] Stevens, A., Trace, M., és Bewley-Taylor, D.. 2005. *Reducing drug-related crime: an overview of the global evidence, Report 5, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, London, Wiley*.
- [10] White, H. R. és Gorman, D. M.. 2000. *Dynamics of the drug-crime relationship, Criminal Justice 2000, Vol. 1, The nature of crime: continuity and change, 151–218, US Department of Justice, Washington*.

7. Nemzetközi indikátorok a dohányzás-kutatás területén

Demjén Tibor, Bóti Edina, Koncz Barbara, Országos Egészségfejlesztési Intézet

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO 2009) szerint napjainkban a világon a megelőzhető halálokok között első helyen a dohányzás áll. Évente több mint öt millió embert veszítünk el a dohányzás hatásai miatt, többet, mint HIV/AIDS, malária és tuberkulózis következtében együttesen. A dohányzók több mint fele a szenvedélyükkel összefüggő betegségekben hal meg.

A dohányzás visszaszorítását célzó programok hatásainak mérése legalább annyira összetett feladat, mint a programok megtervezése és megvalósítása. Az intervenciók formájuk szerint lehetnek jogi intézkedések törvények és helyi szintű utasítások, vagy a várt eredményük szerint a rászokás megelőzését, a nemdohányzók védelmét, és a leszokás segítségét célzó programok. Az intervenciók hatásosságának megítélését, az egyes területeken történő előrehaladás mérését segítik a megfelelően kiválasztott indikátorok. A legfontosabb területekhez tartozó, nemzetközileg elfogadott indikátorok:

- a. A dohányzás elkezdésének megelőzése a fiatalkorúak körében
- b. A passzív dohányzás visszaszorítása
- c. A felnőttek és fiatalok leszokásának támogatása

Indikátorok témakörök szerint

Dohányzási szokások:

Dohányosok prevalenciája életkor és nem szerint, elszívott cigaretta mennyisége/nap, fogyasztott dohánytermék fajtája, szocioökonomiai státusz, leszokási hajlandóság, próbálkozás, módszerek.

Passzív dohányzás:

Passzív dohányzás prevalenciája életkor és nem szerint, illetve helyszínt tekintve: otthon, munkahelyen, kormányzati-egészségügyi, oktatási intézményben, vendéglátóipari egységben, tömegközlekedési eszközön, illetve kiemelt korcsoportok szerint: óvodások, iskolások, felnőttek.

Epidemiológiai adatok:

Dohányzásra visszavezethető morbiditás és mortalitás. Ezen adatokból képezhető további indikátorok a halálokokra, illetve nemekre standardizált halálozási arányszámok.

Dohánytermék vásárlása, ár, adó, dohánytermékekhez való hozzáférés:

Dohánytermékhez való hozzáférés, márkák aránya, ár és vásárlás helyszíne, áremelés hatása a fogyasztásra, áremeléssel kapcsolatos attitűd, az adó és ÁFA mértéke, PPP (purchasing power parity - vásárlóerő paritás) amely mutatja, hogy mennyi terméket és szolgáltatást (jelen esetben dohányterméket) lehet vásárolni egy valutában egy másik valutához mérve.

Egyéb nikotint tartalmazó termékek:

E-cigi (elektromos cigaretta), vízipipa, rágódohány, egészségkárosító hatásainak ismerete, fogyasztásának elterjedtsége,

Dohányreklámok, figyelmeztető feliratok:

Reklámok észlelése a média különböző csatornáin (törvény szerint teljes a tilalom), cigarettamárka feliratos ajándéktárgyak, vélekedés a dohányreklámokról illetve vélemény a szöveges, illetve képes egészségvédő feliratok hatásáról, visszatartó erejéről, bevezetéséről, stb.

Ismeret, attitűd és észlelés:

Cigarettről, egyéb dohánytermékek egészségre gyakorolt hatásáról való vélekedés, ismeret az egészségre gyakorolt hatásokról és a függőséget okozó hatásokról, a dohányzás politikákkal kapcsolatos attitűd (rágyújtás nemdohányzók jelenlétében, egyetértés a különböző dohányzási tilalmakkal, korlátozásokkal, passzív dohányzás egészségkárosító hatása).

Dohányzásból eredő bevételek és dohányzás okozta gazdasági teher aktív és passzív dohányzásra vonatkoztatva:

A dohányzás okozta közvetlen, illetve közvetett költségek, a gazdasági teher például a GDP-hez viszonyítva, (fekvőbeteg ellátás, jövedelem kiesés betegség miatt, rokkantnyugdíj, háziorvosi ellátás, táppénz, SZJA adóbevétel kiesés, gyógyszerkiadás, hálapénz, tűzkár).

A dohányzás visszaszorítását szolgáló politikák eredményeinek az egész világot felölelő monitorozása

1. A dohányzás visszaszorítása magyarországi folyamatának fontos állomásaként az Országgyűlés az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményét (WHO FCTC) a 2005. évi III. törvénnyel kihirdette, ami 2005. február 27-én lépett hatályba.

A tagországok jelentéseiben számolnak be a megvalósításról, amelyekben a következő területekről található adatok:

- demográfia,
- dohányzás gyakoriság, nem és életkor szerinti bontásban,
- dohányfüst mentes környezettel kapcsolatos szabályozás,
- adózás,
- illegális kereskedelem,
- reklám,
- dohánytermesztés,
- dohánytermékek csomagolása, címkézése,
- oktatás, képzés, leszokás segítés,
- együttműködések.

A keretegyezményt ratifikáló országok jelentései megjelennek a WHO honlapján.

2. A WHO, hogy segítsen a tagállamoknak az FCTC-ben foglalt irányelvek végrehajtásában, egy MPOWER elnevezésű csomagot dolgozott ki, a dohányzás visszaszorítással kapcsolatos politikák hat legfontosabb és leghatásosabb elemére fókuszálva:

- **Monitor tobacco use and prevention policies.** (Dohányhasználat és megelőzési politikák monitorozása)
- **Protect people from tobacco smoke.** (Dohányfüst expozíció elleni védelem)
- **Offer help to quit tobacco use.** (Leszokáshoz segítség felajánlása.)
- **Warn about the dangers of tobacco.** (Figyelmeztetés a dohányzással kapcsolatos veszélyekre.)

- Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. (Dohányreklámok és szponzorálás tilalma.)
- Raise taxes on tobacco. (Dohánytermékek adójának emelése.)

Az MPOWER alapján a világ valamennyi országára kiterjedő jelentés készül (WHO 2008 , 2009). A WHO Európai Régiójára vonatkozóan 2007-ben jelent meg utoljára külön kiadványként a The European Tobacco Control Report, ezt követően a globális jelentés részeként kerültek feldolgozásra és jelentek meg az európai régió adatai.

Az Európai Régiót illetően a dohányzással kapcsolatos különböző témakörökre vonatkozóan az Európai Bizottság is végez átfogó adatgyűjtést. 1996-2003-ig a Eurostat rendszer az úgynevezett Health Interview Surveys (HIS) kutatásokon keresztül gyűjtött adatokat többek között a dohányzásról is. A kifejezetten dohányzásra vonatkozó, prevalenciával, a dohányzók nemek és életkor szerinti megoszlásával, dohányzási státusszal kapcsolatosan begyűjtött adatok eleinte az egyes országok nem harmonizált egészségügyi kutatásaiból származtak, amelyeket utólag harmonizáltak az Eurostat irányelveinek megfelelően. Alkalmanként egy-egy témát vizsgál az Európai Bizottság Egészségügy és fogyasztópolitikai Főigazgatósága az EU27 országokban úgynevezett Special Eurobarometer kutatás segítségével.

A Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (Global Youth Tobacco Survey - GYTS) módszertana

1998 . decemberében, a WHO Dohányzás-mentes Kezdeményezése (World Health Organization's Tobacco Free Initiative - WHO TFI) és az USA Betegségmegelőzési Központ Dohányzás és Egészség Irodája (Centers for Disease Control and Prevention's Office on Smoking and Health - CDC OSH) megegyezett a serdülők és felnőttek dohánytermékek fogyasztásával kapcsolatos adatai gyűjtésének szükségességében. A WHO-n és a CDC-n kívül más nemzetközi szervezetek, mint az UNICEF, a Világbank, illetve a WHO mind a hat régiójának vezetői több pontban konszenzusra jutottak:

1. Nem léteztek egységes nemzetközi felmérések, mintavételi módszerek és adatelemzések, sem a felnőttek, sem a gyerekek vonatkozásában. Sok - elsősorban fejlett - országnak volt már ugyan megfelelő felügyeleti rendszere a felnőttek adataira vonatkozóan [ld. Nemzeti Dohányzás Ellenőrzési Jelentések, I. és II. kötet (Tobacco Control Country Profiles, Volumes I and II)], és néhány országban voltak rendszerek a serdülők adatainak gyűjtésére vonatkozóan (pl. Ausztrália, Kanada, Thaiföld, USA), de csak nagyon kevés nemzetközi rendszer létezett. Többségük Nyugat-Európában pl. a Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) kutatás, illetve a European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD) kutatás.
2. Serdülőkre vonatkozó nemzetközi adatok elsődleges prioritást kell, hogy kapjanak. A WHO és a CDC kötelezettséget vállalt arra, hogy támogatja a Globális Dohányzás Felügyeleti Rendszer [Global Tobacco Surveillance System (GTSS)] kifejlesztését és a rendszer első alkotóelemének, a Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérésnek az elindítását (GYTS).
3. A GYTS felmérésnek tartalmaznia kell egy „törzs” kérdéscsoportot (ország-specifikus kérdéseket is magába foglalva, ahol szükséges), azonos mintavételi módszertant, illetve egységes folyamatokat és adatkezelést.

Kevesebb, mint egy évtized alatt a GTSS az egyik vezető közegészségügyi felügyeleti rendszerré vált, amely a dohányzásellenőrzés szempontjából fontos indikátorokról szolgáltat adatokat.

A GTSS adatgyűjtési rendszerének kutatásai a következők:

- Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (GYTS- Global Youth Tobacco Survey),
- Nemzetközi Iskolai Személyzet Dohányzásfelmérés (GSPS – Global School Personnel Survey),
- Nemzetközi Egészségügyi Szakembernek tanuló Diákok Dohányzásfelmérése (GHPSS – Global Health Professions Student Survey),
- Nemzetközi Felnőtt Dohányzás Felmérés (GATS – Global Tobacco Adult Survey)

Magyarországon a fentiek közül a GYTS felmérés valósult meg két alkalommal 2003-ban és 2008-ban, lehetőséget adva a két időszak között eltelt változások mérésére, illetve összehasonlítására.

A WHO, a CDC és az UNICEF 1998-ban indította útjára ezt a világméretű projektet, melynek célja a fiatalok dohányzási szokásaira irányuló információgyűjtés. 2002-ig 97 országban (köztük 6 európai államban) történt felmérés. Magyarország 6 másik közép-kelet-európai országgal együtt 2002-ben csatlakozott a nemzetközi kutatáshoz.

A GYTS olyan lehetőséget kínál, amelynek segítségével a résztvevő országok monitorozhatják a 13-15 éves fiatalok dohányzási szokásait, ugyanakkor a dohányzás-prevenációs és dohányzásellenes programok kivitelezéséhez és értékeléséhez is segítséget nyújt. Célja, hogy felmérje és segítse a fiatalok dohányzással kapcsolatos ismereteinek, attitűdjeinek, viselkedésének és ezek egészségre gyakorolt hatásának megértését. Mindezekben belül a leszokásnak, a passzív dohányzásnak, a média és a reklámozás szerepének, a kiskorúak dohánytermékekhez jutásának és az iskolai nevelési tervnek is figyelmet szentel.

A GYTS-ben a következő témakörök szerint találhatók kérdések:

- prevalencia, dohányzási szokások
- kiskorúak dohánytermékekhez való hozzáférési lehetősége
- dohányzással kapcsolatos ismeretek és attitűdök
- környezeti dohányfüst (passzív dohányzás)
- dohányzásról való leszokás
- médiaüzenetek és reklámozás
- dohányzás prevenció az oktatásban (pl. dohányzással kapcsolatos attitűdök, hiedelmek, viselkedési normák, fő prevenciók kezdeményezések eléri-e az iskolás korosztályt, és ha igen, mi a véleménye ennek a korosztálynak a programokról)

GYTS kutatás során alkalmazott kérdőív egyes kérdéseire adott válaszok tehát hasznos indikátoroknak bizonyulhatnak a prevenció területén, és ezzel párhuzamosan a WHO FCTC keretegyezmény részeként már elfogadott Oktatás, képzés és lakossági tudatossággal kapcsolatos irányelv (12. cikk) megvalósításához is hozzájárulhatnak.

Mintavétel

A „Nemzetközi ifjúsági dohányzásfelmérés” 2008. évi magyarországi adatfelvétele iskola-alapú felmérés volt – a 2003. évi felméréshez hasonlóan -, amelynek során kétlépcsős mintavételi eljárást alkalmaztak, annak érdekében, hogy országosan reprezentatív mintát kapjanak a 7-9. évfolyamokra vetítve. Azokban az osztályokban végezték tehát a felmérést, ahová a felmérés nemzetközi célcsoportja: a 13-15 éves korosztály zöme jár. Az első mintavételi lépcsőben minden olyan iskolát figyelembe vettek, ahol a 7-9. évfolyamok bármelyikén folyik oktatás, és amelybe legalább 40 tanuló jár. Az iskolákat a beiratkozottak száma alapján kapott valószínűségi arányszámok segítségével választották ki. A második lépcsőben a kiválasztott iskolákon belül az osztályokat szisztematikus valószínűségi mintavétellel (véletlenszerű kezdéssel) választották ki. A mintavételnél minden 7-9. évfolyamú osztályt figyelembe vettek az egyes mintába került iskolákban. A kiválasztott osztályokban minden tanuló részt vehetett a felmérésben.

A mintavételezés során regionális rétegzést is alkalmaztunk: 20-20 budapesti és egyéb városi iskola, valamint 27 falusi iskola tanulói kerültek be a kiválasztott mintába, azaz összesen 67 iskola.

Súlyozási eljárás

Az eredmények számításánál súlyozást alkalmaztak. Az eljárás csökkentette a minta torzítottságát azáltal, hogy ellensúlyozta a nem válaszolók okozta arányeltolódásokat.

A becsléshez használt súlyt a következő képlet adja:

$$W = W1 * W2 * f1 * f2 * f3 * f4$$

W1 = az iskola kiválasztási valószínűségének inverze

W2 = az iskolán belül az osztály kiválasztási valószínűségének inverze

f1 = iskolai szintű válaszhiány korrekciós tényezője, az iskola méret kategóriája alapján számítva.

f2 = osztály szintű korrekciós tényező, iskolánként számítva

f3 = tanulói szintű válaszhiány korrekciós tényezője, osztályonként számítva

E súlyozási eljárás lehetővé teszi, hogy a kutatásból levonható következtetéseket helyállónak tekinthessék a teljes magyarországi 13-15. éves korú lakosságra.

A kérdőív

A kérdőív két fő részből állt: a 89 törzskérdést tartalmazó nemzetközi részből (amelyet kifejezetten az európai országok számára fejlesztettek ki) és a 10 kérdésből álló választható részből, amely néhány, a dohányzással összefüggést mutató háttértényezőre vonatkozott.

A kérdőívet angol nyelvről magyarra fordították, majd egy független visszafordítás és ellenőrzés történt a nyelvi pontosság biztosítása érdekében. A kérdőívet egy 200 fős pilotvizsgálat eredményei alapján tovább pontosították.

Adatgyűjtés és adatfeldolgozás

A felmérés kivitelezését az Országos Egészségfejlesztési Intézet koordinálta. Az adatfelvételt megelőzően a kiválasztott iskolák igazgatói felkérő levelet kaptak, hogy támogassák és segítsék a felmérést. A levél tartalmazott egy rövid ismertetést a kutatás céljairól és menetéről - hangsúlyozva az adatgyűjtés és -feldolgozás során szem előtt tartott titoktartást (önkéntes és anonim részvétel). A kérdezést megelőzően kiküldtek egy tájékoztató levelet a mintába került gyerekek szüleinek is a kutatás céljairól és módszeréről – a szülői beleegyezés elnyerése érdekében. Természetesen a szülők és a gyermekek számára egyaránt adott volt a lehetőség a kutatásban való részvétel visszautasítására, amelyet a tájékoztató levélben is közöltek.

Az adatgyűjtést végző kérdezőbiztosok félnapos felkészítésen vettek részt. Emellett írásos útmutatót is kaptak, amelyhez mellékeltek minden dokumentumot, ami a munka elvégzéséhez szükséges volt. Az adatfelvétel az iskolák osztálytermeiben zajlott, anonim önkéntes kérdőívek segítségével, kérdezőbiztosi felügyelet mellett: a kérdezőbiztosok minden esetben megkérték a pedagógusokat a tanterem elhagyására, a kutatási eredmények validitásának fokozása érdekében. A tanulók válaszait külön válaszlapon rögzítették, speciális - ajándékba adott - ceruzákkal. A kitöltés befejezését követően minden tanulót megajándékoztak az Intézet dohányzás prevenciók tevékenységeihez kapcsolódó szóróanyagokkal (www.cikiacigi.hu, valamint www.leteszemacigit.hu feliratú hűtőmágnes, a cseresznyeszimbólumot megjelenítő matrica és puzzle).

A kérdezőbiztosok a felmérés minden dokumentumát közvetlenül az Országos Egészségfejlesztési Intézethez juttatták el. A kitöltött scannelhető válaszlaponkat és a többi kapcsolódó dokumentumot postai úton eljuttatták a CDC-hez. A scanneléses adatbevitel és az adatfile-szerkesztés a CDC-ben történt, az adatok elemzését és a kutatás zárójelentését az Intézet munkatársai végezték (Demjén és társai 2008).

Az online Dohányzás Atlasz

A Dohányzás Atlasz azoknak szól, akik szeretnék figyelemmel kísérni, hogy a dohányzás hogyan hat az egészségre, a politikára, a gazdaságra, az üzletre, a társas viselkedésre, a globalizációra, a csempészetre, az adózásra, a vallásra, az erőforrás-elosztásra, a szegénységre, a férfiakra és nőkre, az emberi jogokra, a gyermekekre, az emberi fejlődésre és a jövőre. A Dohányzás Atlasz honlapja áttekinti a dohányzás terjedésének történetét, számos interaktív térkép és tábla dokumentálja a jelenlegi helyzetet és igyekszik megjósolni a jövőt. Az ott közzé tett információk jól szemléltetik, hogy a dohányzás

nemcsak az egyén választása, hanem vállalati stratégiák, kormánypolitikák, globális társadalmi és demográfiai változások politikai és gazdasági eszköztára. Az Atlasz hűen tükrözi a többoldalú megközelítés fontosságát annak érdekében, hogy csökkenjen a dohányzás elterjedtsége, cselekvést várva el az egész társadalomtól.

Irodalomjegyzék:

- [1] 2005. évi III. törvény az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről, <http://www.who.int/fctc/reporting/hun/en/index.html>.
- [2] Demjén, T., Kiss, J., Lőrök, E., Bóti, E., Papp, N., és Kelemen, A.. 2008. *Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (GYTS), Zárótanulmány*. Országos Egészségfejlesztési Intézet. Budapest.
- [3] 2009. *European Commission: Special Eurobarometer 332, Tobacco. Brussels, EC.*
- [4] *Global Adult Tobacco Survey (GATS) – Nemzetközi Felnőtt Dohányzás Felmérés: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html>.*
- [5] 2008. *World Health Organisation: Report on the Global Tobacco Epidemic - The MPOWER package, Geneva, WHO.*
- [6] 2009. *World Health Organisation: Report on the Global Tobacco Epidemic: Implementing smoke-free environments, Geneva, WHO.*

8. Európai iskolavizsgálat az alkohol és egyéb drogfogyasztási szokásokról (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs - ESPAD)

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009): The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm. CAN, EMCDDA, Council of Europe. p. 21, 26-28, 43-53

Az 1990-es évek elején néhány európai ország rendszeresen végzett országos iskolai felméréseket az alkohol- és kábítószer-fogyasztásról. Mások egyedi felméréseket végeztek különböző időpontokban vagy földrajzilag behatárolt mintákon, míg más országok nem rendelkeztek semmilyen adattal. Az 1980-as évek elején az Európa Tanács Pompidou Csoportjának drogepidemiológiai szakértői csoportja keretében megalakult egy együttműködő kutató alcsoport, hogy egy standardizált iskolai felmérési kérdőívet dolgozzon ki. A munka célja és értelme egy olyan standard vizsgálati eszköz kidolgozása volt, amely lehetővé tette a különböző országok számára a diáknépesség alkohol- és kábítószer-fogyasztásának összehasonlítását. Nyolc ország alkalmazta a kérdőívet egy próbafelmérésben 1986-88 között. A mintanagyságokban, a társadalmi-kulturális háttérben, a cél populáció korcsoportjaiban és az adatgyűjtés időzítésében tapasztalt eltérések miatt a részt vevő országok adatai nem voltak közvetlenül összehasonlíthatók. Mégis, azt a fontos következtetést vonhatták le, hogy a kérdőív megbízható és alkalmas volt európai használatra.

Az ESPAD kutatás céljai

A kutatás fő célja, hogy összehasonlítható adatokat gyűjtsön a 15-16 éves tanulók szerhasználati szokásairól a lehető legtöbb európai országból. A kutatás iskolai kérdőíves vizsgálat formájában zajlik minden részt vevő országban, az év azonos időszakában, azonos módszertannal. Az ESPAD protokollnak köszönhetően átfogó és összehasonlítható adatok keletkeznek az európai diákok dohányzási, alkohol- és drogfogyasztási szokásairól. A kutatás másik fontos célja, hogy figyelemmel kísérje az európai diákok szerhasználatában megmutató trendeket, majd azokat összehasonlítsa országonként, országcsoportonként. Az így megszerzett tudás a jövőben is fontos lesz, amikor az Európa egyik felében bekövetkezett változások előre vetíthetik a más országokban majdán megjelenő változásokat. Ezek a trendek jövőbeli prevenciók beavatkozásainak alapjául is szolgálhatnak. Az EU drogstratégia cselekvési tervével és a WHO európai alkoholpolitikai keretprogramjával összhangban az ESPAD kutatás harmadik célja, hogy adatokat biztosítson ezen intézkedések értékeléséhez. A negyedik cél, hogy az ESPAD adatok egyrészt társadalmi viták, másrészt fiatalokat célzó stratégiai lépések és preventív akciók alapjául szolgáljon.

Kutatási terv és adatfeldolgozás

Célpopuláció

Az ESPAD kutatás célcsoportját azok a tanulók képezik, akik az adatfelvétel évében töltik be 16. életévüket, azaz mindannyian ugyanabban a naptári évben kellett, hogy szülessenek. (Hibell és társai 2006). A 2007-es negyedik adatgyűjtés célcsoportja az 1991-es születésű diákok voltak. Az ezen korcsoport kiválasztása mögötti fő ok, hogy a diákok még elérhetők az iskolában, de már „elég idősök” ahhoz, hogy legyen némi tapasztalatuk dohányzás, alkohol- vagy kábítószer-fogyasztás terén. (...)

Néhány országban a tankötelezettség korhatára 16 év, míg más országokban ebben a korban kezdik a középiskolát, vagy a szakképzést vagy éppen a munkavállalást. Az iskolában elérhető, adott születési kohorsz arányára vonatkozó információk

eltéréseket mutatnak az országok között ebben a tekintetben. (...) A 2007-es adatgyűjtés időpontjában az 1991-es születésű kohorsz átlagosan 93%-a megtalálható volt az iskolákban, és 85%-os vagy magasabb volt az arány szinte minden országban. Minél kisebb ez az arány, annál kevésbé reprezentatívak az eredmények az 1991-es születésű csoportra vonatkozóan.

Az adatgyűjtés eszköze

Az első ESPAD kérdőívet a Pompidou Iskolai Felmérés Alcsoport által tesztelt kérdéscsoportból fejlesztették ki. Az első kérdőív túlnyomó részét alkalmazták az 1999-es és 2003-as felmérésekben is, viszont a 2007-es adatgyűjtés előtt a kérdőívet felülvizsgálták.

A kérdőív fő része minden országban kötelezően használandó alapkérdésekből áll. Emellett számos modul és opcionális kérdés is foglaltatik benne, amelyeket mindegyik ország tetszés szerint használhat. Továbbá minden országnak lehetősége van hozzátenni egyedi érdeklődésre számot tartó kérdéseket, azzal a feltétellel, hogy azok ne befolyásolják negatívan a diákok válaszadási hajlandóságát, és ne terheljék túl a kérdőívet. (...)

A 2007-es kérdőív négy modult tartalmazott: Integráció (A), Pszichoszociális (B), Deviancia (C) és Kannabisz (D). Az első három korábbi adatgyűjtésekben már használták, míg a D modulban a kannabisz-fogyasztással kapcsolatos problémákat vizsgáló CAST skálát először 2007-ben alkalmazták. (...)

Minden ország lekérdezte az összes vagy majdnem az összes alapkérdést, továbbá hozzátett egy vagy több modult és több kérdést az opcionális részből is. A legtöbb ország szintén beillesztette saját nemzeti vonatkozású kérdéseit. (...)

Mintavételi eljárás

A mintanagyságot és a mintavételi eljárást számos ESPAD projekttalálkozó keretében egyeztették. Nyilvánvalóvá vált, hogy az ESPAD országok nagyon különbözőek a rendelkezésre álló iskolai statisztikákat illetően. Vannak országok, ahol részletes statisztikák készülnek az iskolák, az osztályok és a diákok számáról, más országokban pedig csak az iskolák száma ismert, a mérete pedig nem. Az elvárás az, hogy a minta véletlenszerűen kiválasztott osztályokból álljon.

Javasolt, hogy néhány kivétellel, mindegyik ország, mérettől függetlenül minimum 2.800 fős mintát válasszon. Ezt úgy számolták ki, hogy körülbelül 2.400 megválaszolt kérdőív készüljön országonként, amely lehetővé teszi a nem és még egy változó szerinti bontást. (...)

A célcsoport nagyon eltérően oszlott meg a különböző iskolatípusok és évfolyamok között a különböző országokban. Néhány országban a korcsoport túlnyomó többsége egy évfolyamon tanult, más országokban két vagy több évfolyamon. Amikor csak lehetséges, javasolt az összes olyan évfolyam bevonása, amelyiken 1991-es születésűek tanulnak. Néhány országban azonban gyakorlati megfontolásokból azt az egyetlen évfolyamot választották, ahol a legnagyobb arányszámban tanultak az 1991-es születésűek. (...)

Terepmunka

A mintavételi eljárással és adatgyűjtési eszközzel összhangban az adatfelvételt is – amennyire lehetséges - standardizálni kell (Hibell és társai 2006). Természetesen a kulturális különbségek miatt sok tényező nehezíti, hogy mindegyik ország ugyanazt a protokollt kövesse.

A javasolt adatgyűjtési időszak március-április. A legtöbb ország tartja ezt az időszakot, de az időtartam meglehetősen különbözik, a mindössze egy naptól a némely országban 2-3 hónapig. (...) Az adatgyűjtést minden országban olyan hétre kell szervezni, amelyet nem előz meg semmilyen ünnep, biztosítva azt, hogy válaszadáskor a diákok egy „normális” hétre hivatkozzanak, azaz, a válaszokban ne szerepeljen semmilyen ünneplés miatti rendkívüli alkohol- vagy kábítószer-fogyasztás. (...)

A kutatás vezetői a részt vevő iskolák vezetőivel előzetesen kapcsolatba lépnek és tájékoztatják a tervezett felmérésről. Megkérlik őket, hogy tájékoztassák a kiválasztott osztályok tanárait, azonban a diákokat ne, hogy elkerüljék közöttük a beszélgetéseket, amelyek torzított adatokat eredményezhetnek. (...)

Az adatfelvétel csoportos kérdőív kitöltési technikával történik egy tanár vagy egy kutatási asszisztens felügyelete mellett. (...) A lényeg nem az, hogy tanár vagy kutatási asszisztens van jelen, hanem az, hogy a diákok megbíznak-e az adott személyben. Egy Bjarnason (1995) által készített módszertani tanulmány szerint nincs szignifikáns különbség a tanár vagy a kutatási asszisztens vezette kérdőív felvétel között. Ezek a megállapítások azt sugallják, hogy - néhány országban legalábbis - az adatfelvétel módjának hatása elhanyagolható.

Ajánlott, hogy minden diák kapjon egy (jelöletlen) borítékot, amelybe beleteheti a kitöltött kérdőívet, mielőtt személyesen lezárja. Az adatgyűjtés végeztével a tanár/kutatási asszisztens összeszedi a lezárt borítékokat és elküldi a kutatóintézetbe. (...)

Az adatfelvétel során standard osztályadatlapot is kitöltenek. Ezen az adatlapon a felmérés vezetője rögzítette a kérdőívek kitöltéséhez szükséges átlagos időt, a jelenlévő és a hiányzó tanulók számát, a hiányzások okát, valamint egyéb fontos, az osztályban lévő helyzetre vonatkozó információt.

Az ESPAD adatbázis

Az első három adatgyűjtésnél a nemzetközi ESPAD beszámoló a részt vevő országok által egységes formában készített, „Ország-jelentés”-ben közölt adatok alapján készült. A 2007-es beszámoló eredményeket közlő fejezete már egy közös ESPAD adatbázis alapján lett összeállítva, amelyhez minden ország megküldte a saját adatbázisát.

A közös adatbázisnak számos előnye van a standardizált nemzeti táblázatokkal szemben. Az egyik a nagyobb rugalmasság tekintetben, hogy mely adatok kerüljenek a nemzetközi jelentésbe. Másik előnye az, hogy minden változó azonos módon definiálható, és a harmadik előny, hogy az adatok tisztítása ugyanazzal a számítógépes módszerrel történik.

(...)

Módszertani megfontolások

Megbízhatóság

A megbízhatóság, amely szükséges feltétele az érvényességnek, az a mérték, ameddig az azonos körülmények között végzett ismételt mérések ugyanazokat eredményeket adják.

A megbízhatóság mérésére az ESPAD kérdőív néhány kérdésének adatait használták fel.. Két mérést tárgyalunk a következőkben. Az egyik a különböző kábítószeres életprevalenciáját mérő két kérdéssor közötti inkonzisztencia. A másik az „őszinteség kérdésre” adott „már mondták”, hogy fogyasztottak kábítószer, válaszolók, és a kábítószer fogyasztásra ténylegesen pozitív választ adók egymáshoz viszonyított aránya. Az 1998-as ESPAD módszertani vizsgálatban hét ország diákjait kérték meg, hogy két alkalommal 3-5 nap eltéréssel, töltsenek ki egy kérdőívet az alkohol- és kábítószer-fogyasztásukkal kapcsolatban (Hibell és társai. 2000). Minthogy a felmérések teljesen névtelenek voltak, nem volt lehetőség egy teszt-reteszt vizsgálatra csak azokra korlátozottan, akik mindkét adatgyűjtésben részt vettek. Nem találtak szignifikáns eltérést a fogyasztási mintázatokban a két adatgyűjtés között egyik országban sem. Ez igaz volt mind az alkohol, mind a kábítószer prevalenciákra, ami azt sugallja, hogy a megbízhatóság igen nagy volt mind a hét ESPAD ország esetében Hasonló, jelentős eltéréseket nem mutató eredményekről számoltak be két megismételt vizsgálatból Izlandon és Magyarországon (Hibell és társai. 1997).

Inkonzisztencia az életprevalencia adatokban

A legtöbb kábítószer esetében a kérdőív tartalmaz életprevalenciára vonatkozó kérdést. Egy későbbi kérdéssor a különböző kábítószeres első használatának életkorával foglalkozik. Ezek a kérdések magukba foglalják a „soha” választ, amely lehetővé teszi az életprevalencia értékek összehasonlítását mindegyik kábítószer esetén a két kérdéscsoport szerint. (...)

A legalacsonyabb inkonzisztencia arányokat a kábítószer és az ecstasy használat esetében találták, mindegyiknél átlagosan 1%-ot, ami azt jelenti, hogy a diákok 99-100%-a konzisztens válaszokat adott e szerek fogyasztásával kapcsolatban.

Az átlagos inkonzisztencia arányok szintén alacsonyak (2%) a dohányzás és az orvosi javaslat nélkül történő altató/nyugtató fogyasztás esetében. Mindkét változónál tíz országból egyben találtak 4% vagy annál magasabb arányt.

A legmagasabb inkonzisztencia átlagot (4%) az inhalánsok esetében tapasztalták, tíz országból négyben, a diákok 4%-a vagy több adott ellentmondó válaszokat. Az inhalánsok az a szercsoport, amelynek a legmagasabb az egyéni inkonzisztencia aránya. A listavezető Ciprus (10%), majd Lettország, Szlovákia és Szlovénia, mindegyik 7%-kal. (...) Egyfajta magyarázat lehet, hogy a tanulók ambivalensek az első használat életkorának megválaszolásakor. Ha csak egyszer-kétszer próbálták, valószínűleg nem definiálják magukat használónak, ezért nem jelölték meg életkort, hogy mikor használták 'először' (ami akár a mikor 'kezde' szinonimájaként is értelmezhető). Ezek a tanulók valószínűleg 'soha' választ adtak, mert a fogyasztásukat inkább kipróbálásnak tekintették, mintsem aktuális fogyasztásnak.

Van okunk azt hinni, hogy ez a tényező relevánsabb az inhalánsok esetén, mint az egyéb szerek tekintetében. Ennek oka részben az lehet, hogy az inhalánsok használata stigmatizáltabb, mint az egyéb szerek fogyasztása, amit az a tény is alátámaszt, hogy több felmérésben az inhalánsok életprevalencia értéke csökken az életkor előrehaladtával.

A kérdőívben szereplő szerek nagy részét valószínűleg ismerik a diákok. Ez azt jelenti, hogy ha találkoznak egy olyan szerrel kapcsolatos kérdéssel, amelyről már szó volt a kérdőívben, akkor azt a szert minden válaszukban ugyanúgy definiálják. Ez alól egy kivétel lehet, mégpedig az inhalánsok, mert ez egy olyan kategória, amely rengeteg különböző (ható)anyagot foglal magába, ami mind inhalálható. (...)

Lehetnek más tényezők is, amelyek megnehezítik az inkonzisztencia ráták értelmezését. Az inkonzisztencia rátát befolyásolhatja a prevalencia érték. Más szóval, több diák jelezheti a használatot inkonzisztensen, ha több fogyasztó van egy adott országban.

Inkonzisztencia hányados

A megbízhatóság másik mérőeszköze a két különböző kérdésre meghatározott válaszokat adók arányai közötti hányados. E kérdések egyike a marihuána fogyasztás bevallási hajlandóságára vonatkozik. A diákok a következő kérdést kapták: „Ha valaha használtál volna marihuánát vagy hasist, szerinted elmondtad volna ebben a kérdőívben?” Az erre a kérdésre adott válaszok szintén felhasználhatók az érvényesség mérésére, és ebből a szempontból a következő részben vizsgáljuk majd. Az egyik lehetséges válasz a „már mondtam, hogy használtam”. Az ezt az alternatívát választók arányát összehasonlítják azok arányával, akik kannabisz-használatról számoltak be a kifejezetten életprevalenciára vonatkozó kérdésnél. (...)

Az 1,00-es érték azt jelenti, hogy az arányok ugyanazok mindkét mérésnél. A hányados 1.00 felett van, ha több diák válaszolta, hogy már mondta, hogy használta a szert, mint ahányan ténylegesen elismerték a közvetlen kérdésre adott válaszbán. Ellenkezően, a hányados 1,00 alatti, ha kevesebben jelezték, hogy már elismerték a kábítószer használatát, mint ahányan ténylegesen vallották a közvetlen kérdésre adott válaszbán.

2007-ben a hányados $1,00 \pm 0,2$ volt 25 országban a résztvevő 35-ből. 1,2 felett volt Cipruson és Romániában (mindkettő 1,5), és 0,8 alatt Belgium (Flandria), Oroszország, Svájc és Ukrajna (mind 0,6), és Ausztria, Csehország, Olaszország és Szlovákia (mind 0,7) esetében. Cipruson és Romániában a magas hányados értékek részben az alacsony prevalenciáknak is köszönhetőek. Az életprevalenciára vonatkozó kérdésnél a diákok 4-5%-a jelezte csak a kannabisz-használatot ebben a két országban, ami arra utal, hogy meglehetősen kevés egyén is tud magas hányados értéket „okozni”. (...)

Érvényesség

A válaszok érvényessége komoly figyelmet érdemel a kérdőíves kutatásban, különösen az olyan érzékeny magatartásformákat kutató felmérésekben, mint a szerhasználat. Az ESPAD kutatás szempontjából érvényességnek azt a szintet tekintjük, amennyire az ESPAD kutatás (beleértve az adatgyűjtési módszereket is) a diákok különböző szerfogyasztási szokásainak azon szempontjait méri, amelyeket mérni szándékozunk.

Néhány kutató biológiai tesztek használt az iskolai felmérések érvényességének vizsgálatára. Campanelli, Dielman és Shope (1987) nem talált lényeges különbséget a bevallott alkoholfogyasztásban egy kontroll csoport, és egy olyan

csoport között, akiktől nyálmintát vettek a felmérést megelőzően. Kokkevi és Stefanis (1991) vizeletmintákat gyűjtött egy kábítószer-fogyasztásra vonatkozó iskolai felmérés után. Az eredményeik validálták a diákok beszámolóit a közelmúltbeli kannabisz-használatról. Hajszálelemzést szintén alkalmaztak kábítószer-fogyasztásra vonatkozó felmérés adatainak validálására. Viszont Harrison (1997) úgy érvelt, hogy a legtöbb, az önbevallásos adatok érvényességére vonatkozó kutatás a büntető-igazságszolgáltatásban és a kezelésben megjelentekre koncentrált, ezért korlátozottan használható, amikor a bevallott kábítószer-fogyasztás pontosságát akarjuk meghatározni az általános lakossági felmérésekben, mint a háztartás vagy az iskolai felmérések.

Az érvényességi tanulmányok eredményeivel kapcsolatos fenntartások ellenére, Harrison rámutat néhány általános következtetésre. Az egyik az, hogy a bevallás sémája konzisztens a társadalmi elvárások hipotézissel, azaz a stigmatizáltabb kábítószereket kevésbé validan vallják be, mint a kevésbé stigmatizáltakat. A második következtetés, hogy a válaszadók leginkább az életre vonatkozó fogyasztásról, és legkevésbé a közelmúltban történt fogyasztásról hajlandók beszámolni. A harmadik az, hogy az önkitöltős kérdőívek inkább eredményeznek érvényes adatokat, mint az olyan interjúk, ahol a megkérdezettek szóbeli választ adnak.

A kábítószer-használattal kapcsolatos tanulmányok áttekintésekor Morgan (1997) arra a következtetésre jutott, hogy az önkitöltős módszerek ugyanannyira megbízhatók és érvényesek a szerhasználat vizsgálata esetén is, mint sok egyéb magatartásforma esetén. Speciális feltételek hozzáadása az érvényesség növelése céljából nem növeli jobban, mint amennyire az anonimitás és a titoktartás erősítése növelheti. Morgan azt is megállapítja, hogy amikor eltérés mutatkozik az önbevallás és egyéb jelzőszámok (élettani, más vizsgálati eredmények) között, nem feltételezhetjük, hogy az önbevallás szükségszerűen a kevésbé érvényes mérés.

A kockázati magatartások bevallásának módszertani tanulmányában Brener és társai (2006) összehasonlítva a kérdőívet otthon kitöltő diákokat az iskolában kitöltőkkel azt találták, hogy, ez utóbbiak jelentősen magasabb szintet vallottak be 30-nál a vizsgált 55 kockázati magatartás közül. A szignifikáns különbséget mutató változók közé tartozott az alkohol- és kábítószer-fogyasztás mértéke, és az eredmények azt jelzik, hogy az iskolai felmérések érvényesebb adatokat eredményeznek, mint az otthoni környezetben megválaszolt kérdőívek.

A magas megbízhatóság szükséges, de nem elégséges feltétele az érvényességnek. Az előző részben megállapítottuk, hogy a teszt-reteszt megbízhatóság magas volt az ESPAD módszertani vizsgálat hét országában és a másik két országban szintén, ahol ezeket a felméréseket külön, de az ESPAD kérdőív alkalmazásával végezték el. Szintén megállapítottuk, hogy a használt inkonzisztencia mérés magas megbízhatósági szintet ad a legtöbb országban és a legtöbb kábítószerre vonatkozóan.

Együtműködés a diákok részéről

Bármilyen adat lekérdezésének elsődleges előfeltétele, hogy a kiválasztott osztályok diákjai ténylegesen megkapják a kérdőívet, és hajlandók legyenek kitölteni. Az első előfeltétel nem teljesül, ha az iskola vagy a tanár megtagadja az együtműködést. Ha a diákok megkapják a kérdőívet, elegendő idő kell legyen a kitöltésre, érteniük kell a kérdéseket, és hajlandónak kell lenniük a kérdéseket őszintén megválaszolni. (...)

Összefoglalva, egy ország sem jelentett lényeges számú, részvételt megtagadó diákot. Az adatfeldolgozásból kizárt kérdőívek aránya szinte az összes országban alacsony volt, átlagosan 2%. Amikor előfordultak zavaró tényezők, azok csak néhány diákot érintettek. Még akkor is, ha néhány országból elég magas zavar szintet jelentettek, az látszólag ritkán befolyásolta negatívan a diákok együtműködési készségét. Valójában a legtöbb felmérés vezető azt jelentette, hogy a diákokat érdekelte a felmérés és komolyan vették a feladatot. Vagyis elmondható, hogy az együtműködés a diákok részéről jó vagy nagyon jó volt csaknem az összes résztvevő országban. (...)

A diákok megértési képessége

A kérdőívben szereplő kérdések száma némileg változik az egyes országok között. Az átlagos tételszám (item) 279 volt, 204 (Portugália) és 425 (Ciprus) között változott. (...) Természetesen, a kérdőív hossza közvetlenül összefügg a kitöltéshez szükséges idővel. Továbbá, a diákok eltérő tapasztalatai aszerint, hogy részt vettek-e már ilyen jellegű felmérésekben vagy sem, szintén befolyásolják a kitöltéshez szükséges időt. Ezért és egyéb okokból nem meglepő, hogy a kérdőív kitöltési ideje változó volt az országok között. (...)

Általában a diákok megértési képessége kielégítő volt az összes résztvevő országban. Ugyanakkor minél tovább tart a kérdőív kitöltése, annál nagyobb a kockázata annak, hogy egyesek a vége felé elfáradnak, és megbízhatatlan válaszokat adnak. Még ha ez meg is történt néhány országban, fontos szem előtt tartani, hogy a jelentés alapját képező ESPAD alapkérdések mindig a kérdőív elején szerepelnek, és így kevésbé érinthetik a kérdőív hosszával kapcsolatos esetleges problémák.

Anonimitás

Olyan tiltott magatartással - mint pl. a kábítószer-használat - kapcsolatos felmérések válaszai akkor lesznek érvényesek, ha a válaszadók bíznak abban, hogy a magatartás bevallása nem jár semmilyen negatív következménnyel rájuk nézve. Ezért fontos, hogy a diákok a felmérést anonimnek érzékeljék. Számos körülmény biztosította mind az érzékelt, mind a tényleges anonimitását az ESPAD adathozvételnél.

Az ESPAD protokoll javasolja üres boríték kiosztását mindegyik diáknak, amelybe a kérdőívet kitöltés után beteheti és személyesen lezárhatja. 26 ESPAD országban használnak ilyen borítékokat. (...) Azok az országok, amelyek nem használnak borítékot, más módszerekkel biztosítják, hogy a diákok a névtelenségüket biztosítva érezzék. Ilyen módszer például egy zárt doboz és egy nagyméretű boríték az egész osztály számára, amelyet gyakran az osztály szeme láttára zárnak le, mielőtt eljuttatják a kutatóintézetbe. Ez azért is fontos a diákok számára, hogy meggyőződjenek arról, hogy az adathozvételt végzők nem tekintenek bele a válaszaikba. (...)

Az ESPAD országok körülbelül felében a tanár vagy más iskolai dolgozó volt a felmérés vezetője 2007-ben, míg az országok másik fele kutatási asszisztenseket vagy más külső személyt kért fel erre. (...)

Egy ország sem jelentett bármilyen komoly kételyt az anonimitást illetően. Általánosságban elmondható, hogy az anonimitás kérdését kielégítően sikerült kezelni minden résztvevő országban.

Hiányzó adatok aránya

A diákoknak szóló útmutató kihangsúlyozza, hogy mennyire fontos mindegyik kérdés minél átgondoltabb és őszintébb megválaszolása. Mivel a felmérésben való részvétel önkéntes, lehetőség van arra, hogy a diákok kihagyják azt a kérdést, amelyiket bármely okból kifogásolhatónak találnak. A hiányzó válaszok aránya a kábítószerre vonatkozó kérdéseknél ezért a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos válaszadási hajlandóság indikátorának tekinthető. Különösen fontos a válaszhiányok arányának szerítípusok szerinti és a kábítószerre vonatkozó kérdések és az egyéb kérdések közötti különbsége.

Az alapkérdéseket tekintve a válaszhiány aránya a legtöbb országban alacsony. Az adattisztítás után, a megválaszolatlan alapkérdések átlagos aránya 1,6%. Mindössze négy országban volt 2,5% felett: 3,3% Norvégiában, ezt követte Örményország és Olaszország 2,7%-kal, végül Írország 2,6%-kal.

A megválaszolatlan kérdések aránya alacsony az összes szerítípus esetében. Adattisztítás után, az életprevalenciára vonatkozó válaszhiány átlagos aránya 0,2% (ecstasy) és 1,6% (alkoholfogyasztás) között volt.

Nincsenek kiugróan magas számok az életprevalenciára vonatkozó megválaszolatlan kérdések tekintetében egyik országban sem. Norvégia enyhén átlag feletti a hét változóból négy esetében, de a szám egynél sem haladja meg a 2,1%-ot. Hasonló a helyzet Írországban, négy viszonylag magas megválaszolatlan életprevalencia változóval, de egy sem rendkívül magas (legfeljebb 2,6%). A legmagasabb egyedi számok a lerészegedés életprevalenciája esetében találhatók, 4,8%-os válaszhiány Magyarországon, és 3,8% Bulgáriában. Ezek az arányok elég magasnak tűnhetnek, de fontos figyelembe venni, hogy a lerészegedés életprevalenciája mindkét országban 50% feletti, vagyis a válaszhiány aránya relatív értelemben nem is annyira magas.

Logikai konzisztencia

A megbízhatóságról szóló részben tárgyalt inkonzisztencia mérésekhez szorosan kapcsolódó egyik mérőeszköz a logikai konzisztencia. Az ESPAD programban ez a szerfogyasztást mérő, három időintervallum szerinti prevalencia kérdések esetén

releváns: élet-, éves (az elmúlt 12 hónapban), és havi (az utóbbi 30 napban) prevalencia értékeknél. Logikai szempontból az utóbbi 12 hónap prevalenciája nem haladhatja meg az életprevalenciát, és az utóbbi 30 nap prevalencia értéke nem haladhatja meg az utóbbi 12 hónapét vagy az életprevalenciát. (...)

Szinte minden országban és mind az öt változó esetében a jelentett inkonzisztens válaszok aránya nagyon alacsony. Más szóval, a három időkeretben logikailag konzisztens válaszokat adók aránya nagyon magas, rendszerint 98% vagy annál több.

Meglehetősen magas inkonzisztens válaszarány csak néhány országban tapasztalható. Többségében ezek az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódnak, és főleg Ciprus (11%) és Bulgária, Portugália, Románia (mindegyik 9%) jelentette.

Jobb színben mutatni

Minden felmérésben fontos módszertani probléma a társadalmi elvárásokhoz való igazodás, azaz a válaszadók azon hajlama, hogy olyan válaszokat adjanak, amely hitük szerint mások előtt jobb színben tünteti fel őket. Ez különösen olyan felméréseknél válik fontossá, amelyek a társadalomban nem elfogadott vagy éppen törvényellenes magatartásra kérdeznek rá. A fentebb tárgyalt módszerek mellett úgy is mérhető a társadalmi elvárások hatása, hogy közvetlenül rákérdeznek a válaszadás őszinteségére.

A hét országban végzett ESPAD módszertani vizsgálatban 3-5 napos eltéréssel készült kétszeri, ismételt adatgyűjtés (Hibell és társai. 2000). A második alkalommal a kérdőív tartalmazott néhány további kérdést az első felmérésről. Az egyik az volt, hogy a diákok őszintén válaszoltak-e a kábítószer-fogyasztásukkal kapcsolatos kérdésekre, egy másik pedig, hogy véleményük szerint az osztálytársaik őszintén válaszoltak-e.

A hét ország csaknem összes diákja azt nyilatkozta, hogy őszintén válaszoltak a kábítószer- és alkoholfogyasztásukat vizsgáló kérdésekre. Néhány kivétellel, az összes megkérdezett diák 95% vagy afeletti arányban állította, hogy így tett.

A diákok kissé szkeptikusabbak voltak az osztálytársaik őszinteségét illetően, mindamellett a nagy többség úgy vélte, hogy az „összes” vagy a „legtöbb” osztálytársa őszinte válaszokat adott. A diákok 85%-a vagy még többen vélelmezték, hogy az összes vagy a legtöbb osztálytársuk őszinte válaszokat adott a különféle szerek fogyasztását vizsgáló kérdésre. (...)

A kannabisz-fogyasztás bevallásával kapcsolatos feltételezett hajlandóság kérdése bizonyult a leghasznosabbnak kulturális kontextusban. Olyan országokban, ahol a nagytöbbség biztosan nem vallaná be a fogyasztást, sok tinédzser nyilvánvalóan annyira szégyenletesnek gondolja, hogy még elméletben is elképzelhetetlennek tartja a beismerését. Néhány országban meglehetősen magasak a kannabisz használat be nem ismerésének számai, máshol jóval alacsonyabbak, ami azt jelzi, hogy az alulbecslés szintje eltérő lehet az országok között. Mindebből arra lehet következtetni, hogy az önbevallásos vizsgálatok valószínűleg alulbecslik a kábítószer-használat prevalenciáját, és ennek mértéke országonként változó. Szintén indokolt feltételezni, hogy az alulbecslés szertípusonként is eltérő lehet. Ugyanakkor nincs ok azt feltételezni, hogy ezen eltérések megingatnák a tanulmány átfogó következtetéseit.

Rossz színben mutatni

A kábítószeres felméréseknél megfigyelhető alulbecslési kockázat mellett előfordul, hogy néhány fiatal hajlamos színlelni a kábítószer-használatot, ami szintén veszélyezteti az érvényességet. Ennek tesztelésére, a kérdőívben szereplő valódi kábítószerek között feltüntették a nem létező „relewin” nevű drogot. Nagyon kevés diák vallotta, hogy fogyasztotta az ál-drogot. Az átlag 0.7% volt, és mindössze négy országban volt az arány 1.4% vagy annál magasabb. (...)

Mivel igen kevés diák jelölte a „relewin” nevű ál-drog használatát, egyértelmű indikátornak tekinthető arra vonatkozóan, hogy a diákok nem túlozzák el rutinszerűen a kábítószeres tapasztalataikat. Ezért indokolt feltételezni azt, hogy a kábítószer-fogyasztás magas prevalencia értékeit gyakorlatilag nem érinti a feltételezett eltulózás. Ugyanakkor ezen eredmények hangsúlyozzák az elővigyázatosságot a kevésbé általános kábítószerek, mint a heroin és az LSD prevalencia értékeinek értelmezésekor. Minden ország számára a nem létező „relewin” használatát jelölők aránya a valószínűség alsó határát is jelentheti. Ha mondjuk egy adott országban a diákok 0.9%-a állítja, hogy nem létező kábítószert fogyasztott, akkor egy adott létező kábítószer fogyasztását valló diákok első 0.9%-át óvatosan kell értelmezni.

Belső validitás

Létező elméletek használata, korábbi tanulmányok eredményei és a logikai következtetés lehetővé teszi annak megítélését, hogy a változók mennyire függenek össze egymással érvényes módon. Ezt a „belső validitást” igen kimerítően tárgyalták a Pempidou Csoport hat országot érintő próbafelmérésében, amely az ESPAD kérdőív alapját képezte. A levont következtetés szerint „meggyőzően bizonyított a jelen adatbázis belső validitása” (Johnston és társai. 1994).

Például logikus azt elvárni, hogy a kannabisz észlelt hozzáférhetősége magas lesz azokban az országokban, ahol a kannabiszt próbáló diákok aránya magas. Ezt tesztelték az ESPAD 2003 adatain, az összefüggés nagyon erős volt ($r_{xy}=0.85$), jelezve ezzel a magas validitást (Hibell, Andersson 2008).

Másik példa a kannabisz használat veszélyészlelése és a fogyasztás közötti kapcsolat. Az Egyesült Államokban a Jövő Monitorozása című kutatás igazolta a szoros kapcsolatot ezen két változó között időről időre, amely az értelmezés szerint oksági kapcsolatot jelez (Johnston és társai. 2007). Az ESPAD vonatkozásában ez azt jelenti, hogy nagyobb arányú kannabisz használatot mutató országokban csak kevesen ítélik kockázatosnak a kannabisz-fogyasztást, és ugyanez igaz fordítva az alacsony prevalenciájú országokban. Az ESPAD 2003 adatai erős negatív ($r_{xy}=-0.76$) korrelációt mutattak a veszélyészlelés és a fogyasztás között, ismételten magas validitást jelezve (Hibell, Anderson 2008).

A kérdőív validitása

Bármely nemzetközi kutatási programban létfontosságú a kérdőív országok közötti összehasonlíthatósága. A kérdések különböző nyelvekre történő egyező fordítása a validitás biztosításának nagyon fontos szempontja. Az ESPAD mintakérdőív angol nyelven készül. A nem angol anyanyelvű országokban a kérdőívet a helyi nyelv(ek)re fordítják, majd egy másik fordító ismét visszafordítja angolra, ami után az eredeti verziót és az visszafordítottat összehasonlítják az eltérések kiszűrése végett.

A kérdőívek egyezése nemcsak a szó szerinti fordítási egyezőséget jelenti. A megértés egyezésére is gondolni kell, vagyis, minden kérdést minden országban ugyanúgy kell „érteni”, függetlenül a mintakérdőív eredeti szóhasználatától. Amikor szükséges, a kérdéseket „kulturálisan adaptálják”, hogy megfeleljen az adott ország körülményeinek. Például a kérdőívben felsorolt drogokat és azok szleng szóhasználatát hozzá kell igazítani az adott országban használatos kifejezésekhez. Ha ezt nem pontosan végzik, az országok közötti összehasonlíthatóság lehetősége jelentősen sérül.

(...)

Kulturális kontextus

Az adatgyűjtési különböző lépéseinek egységesítése volt az a módszer, amelyet az ESPAD-program elfogadott azért, hogy a lehető legszélesebb mértékben biztosítsa az országok közötti összehasonlíthatóságot. Ez kiterjedt a célpopulációra, a kérdőívre, az adatgyűjtés- és feldolgozás módszereire. Mint már korábban hangsúlyoztuk, nem lehetett minden apró részletet standardizálni. Ez különösen igaz arra a kulturális közege, amelyben a diákok a válaszaikat adják.

A kulturális kontextus szerepét két szempontból tárgyaljuk. Az egyik arra keresi a választ, hogy vajon a kérdéseket ugyanúgy értik meg vagy fogják fel minden országban, a másik pedig a diákok igaz/érvényes válaszokat adó hajlandóságával foglalkozik.

Annak érdekében, hogy országok között összehasonlítást végezhesünk, lényeges, hogy a diákok ugyanazokra a kérdésekre válaszoljanak. Minden ország lekérdezte (majdnem) az összes alapkérdést, míg az ESPAD kérdőív moduljait és választható kérdéseit eltérő mértékben alkalmazták.

Ha egyetlen kutató sem fedezett fel semmilyen „problémát” vagyis olyan eseteket, ahol a kérdések technikailag hibásak lettek volna saját országában, az sem ad elégséges alapot arra, hogy automatikusan feltételezzük: a különböző országbeli diákok nem értették másként a kérdéseket. Vajon, például az „inhaláns” szó, még ha példák is szerepelnek mellette, ugyanazt jelenti-e egy ukrán, egy norvég és egy olasz diák számára? Kizárható-e, hogy az „részegnek lenni” kifejezés mást jelenthet egy izlandi, egy magyar és egy portugál diáknak?

Nyilvánvalóan nem lehetséges teljes bizonyossággal kijelenteni, hogy a diákok a különböző országokban ugyanúgy értették a kérdéseket. Másfelől, a legtöbb változónál jelentősek a magas és alacsony prevalenciájú országok közötti eltérések, ezért

nagyon valószínűtlennek tűnik, hogy bármilyen különbség a kérdések és fogalmak megértésében vagy felfogásában nagyban hozzájárulna ezen különbségek „magyarázatához”.

Korábban, ebben a fejezetben, a kulturális kontextussal kapcsolatos különböző jelzőszámokkal foglalkoztunk. A diákok együttműködése, a válaszhiány aránya és a hajlandóság az őszinte válasza különbözőnek valamelyest az országok között, arra utalva, hogy a kulturális kontextus, amelyben a kérdések megválaszolásra kerültek, országonként különbözik. Az egyes indikátorok esetében viszont nagyon kevés ország tűnik úgy, hogy jelentősen különbözne a többitől.

Másfajta érvényességi mutatók, mint a diákok megértési képessége és az ál-drog vallott használata, nem jeleznek fontos különbségeket a résztvevő országok között.

A droghasználat beismerésének hajlandóságát befolyásolhatja egy adott kábítószerrel kapcsolatos társadalmi attitűd. Az ESPAD projekt eredményei azt mutatják, hogy a szerhasználat veszélyességének észlelése és a különböző típusú szerhasználat helytelenítésének mértéke országonként különbözik. Ez igaz a különböző drogok észlelt hozzáférhetőségére is. Mindent összevetve, ezek az eredmények azt jelzik, hogy a társadalmi elvárások országonként változnak. Ezért egy olyan országban, ahol a hozzáférés alacsony és a kábítószerekkel szembeni attitűd negatív, a diákok kevésbé lesznek hajlandók beismerni a fogyasztást, mint egy olyan országban, ahol nagy a hozzáférés lehetősége és pozitív a kábítószerekkel kapcsolatos hozzáállás.

Hasonló kérdések relevánsak lehetnek azzal a ténnyel összefüggésben, hogy a néhány országban a kábítószerek és fogyasztásuk gyakran szóba kerül a médiában és megbeszélnek az iskolában, míg más országokban ez nem tapasztalható.

Néhány ESPAD ország régi hagyományokkal rendelkezik iskolai felmérések terén, míg másokban az ESPAD 2007 volt az első ilyen kutatás. Ezek a különbségek a hagyományokban, és következésképpen a diákok felmérésekben való gyakorlottságában, elviekben befolyásolhatják a diákok őszinte válaszadásra való hajlandóságát; ebben a tekintetben lehet különbség az országok között.

Az 1995-ös ESPAD jelentés módszertani vitájának egyik következtetése volt (Hibell és társai. 1997), hogy a kulturális környezet, amelyben a diákok a kérdéseket megválaszolták, nagy valószínűséggel országonként különbözik, és emiatt nem zárható ki, hogy ezek a különbségek hatást gyakoroltak az őszinte válaszadási hajlandóságra. Az 1998-as ESPAD módszertani projekt kidolgozásának egyik oka az volt, hogy jobb betekintést nyerjenek a kulturális környezet okozta hatásokba (Hibell és társai. 2000). A diákoktól kapott, a saját őszinteségükre és az osztálytársaik vélt őszinteségére vonatkozó válaszok, valamint a felmérés vezetőitől kapott adatok tisztán jelezték a magas megbízhatóságot és érvényességet a hét résztvevő országban. Mindamellet nem volt kizárható hogy a validitás némileg alacsonyabb volt egy vagy két országban a hétből (Ciprus, Dánia, Litvánia, Málta, Ukrajna, Szlovákia és Svédország – azaz Európa különböző pontjain).

Az kulturális környezet, amelyben a diákok megválaszolták a kérdéseket valószínűleg különböző volt a hét országban. Ugyanakkor nem valószínű, hogy a validitás nagyon eltérő lett volna. Ennek a megállapításnak az egyik oka, amit a módszertani tanulmány is tárgyal, az lehet, hogy a diákok ténylegesen megbíztak az anonimitás és titoktartás tiszteletben tartásában. Még ha maradt is némi kétely a kulturális környezet validitásra gyakorolt hatásával kapcsolatban, különösen azokban az országokban, amelyek nem vettek részt a módszertani kutatásban, nem tűnik valószínűnek, hogy az „igaz” válasz egy alacsony prevalenciájú országban (pl. ahol 3% ismerte be a kannabisz használatát) több mint kétszer olyan magas lenne valójában (azaz 6-7% feletti), sem az, hogy az „igazság” mutatója egy magas prevalenciájú országban (pl. 30%) kívül esne a $\pm 5\%$ tartományon (pl. 25-35%). Így a kulturális környezet potenciális hatása a validitásra valószínűleg nem változtat azon, hogy egy alacsony prevalenciájú ország a valóságban is alacsony prevalenciájú, sem azon, hogy egy magas prevalenciájú valóban az legyen, még akkor sem, ha a két ország közötti eltérés bizonyosan nem ismert. Azonban nehéz bármilyen szilárd következtetést levonni az országonkénti prevalencia értékekben megmutatkozó kis különbségek jelentőségéről.

Irodalomjegyzék:

- [1] Bjarnason, T.. 1995. *Administration mode bias in a school survey on alcohol, tobacco and illicit drug use. Addiction, 90.* 555–559.
- [2] Brener, N.D., Eaton, D.K., Kann, L., Grunbaum, J.A., Gross, L.A., Kyle, T.M., és Ross, J.G.. 2000. *The Association of survey setting and mode with self-reported health risk behaviors among high school students. Public Opinion Quarterly, 70.* 354–374.
- [3] Campanelli, P., Dielman, T., és Shope, J.. 1987. *Validity of adolescents' self-reports of alcohol use and misuse using a bogus pipeline procedure. Adolescence, 22.* 7–22.
- [4] Harrison, L.. 1997. *The Validity of Self-Reported Drug Use in Survey Research: An Overview and Critique of Research Methods. In Harrison, L, Hughes, A (eds.): The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving the Accuracy of Survey Estimates. NIDA Research Monograph 167.*
- [5] Hibell, B. és Andersson, B.. 2008. *Patterns of cannabis use among students in Europe. In: A cannabis reader: global issues and local experiences. EMCDDA Monographs 8, volume II. EMCDDA, Lisbon.*
- [6] Hibell, B. és Guttormsson, U.. 2006. *Country guidelines and comments to the ESPAD 07 Questionnaire. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.*
- [7] Johnston, L. és O'Malley, P.. 1985. *Issues of validity and population coverage in student surveys of drug use. In: Rouse, B, Kozel, N, Richards, L, (eds.): Self-Report Methods of Estimating Drug Use: Meeting Current Challenges to Validity. NIDA Research Monograph 57, Washington.*
- [8] Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., és Schalenberg, J.. 2007. *Monitoring the Future, National Survey Results on Drug Use, 1975–2006, Volume I: Secondary School Students. National Institute of Health. Bethesda.*
- [9] Kokkevi, A. és Stefanis, C.. 1991. *The epidemiology of licit and illicit substance use among high school students in Greece. American Journal of Public Health, 81.* 48–52.
- [10] Morgan, M.. 1997. *EMCDDA Instrument Bank: Core Scales, Sources and Guidelines. Lisbon, EMCDDA.*
- [11] Hibell, B., Anderson, B., Ahlström, S., Balakieva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., és Morgan, M.. 2000. *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.*
- [12] Hibell, B., Andersson, B., Balakieva, O., Davidaviciene, A., Muscat, R., Nociar, A., Sabroe, S., Veresies, K., és K., . 2000. *Do they tell the truth? A methodological study in seven countries about the validity in school surveys (manuscript). The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.*
- [13] Hibell, B., Anderson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., és Narusk, A.. 1997. *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.*

9. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-Aged Children - HBSC) nemzetközi kutatás módszertana

Németh Ágnes (Országos Gyermekesegészségügyi Intézet)

A kutatás története

A HBSC nemzetközi kutatás az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Irodájával együttműködésben valósul meg. A projekt fő célja, hogy a serdülőkorú fiatalok egészségét összefüggéseiben vizsgálja, ezért a különböző egészségi, jóléti és egészségmagatartási indikátorok mellett nagy hangsúlyt helyez a különböző szocializációs szinterek, így a család, a kortárs csoport, az iskola, a szocio-ökonómiai környezet feltérképezésére. A kutatás nemzetközi jellege lehetőséget teremt szociokulturális összehasonlításra is, az eltérések és a hasonlóságok meghatározására, mivel a társadalmilag és kulturálisan különböző országok fiataljainak egészségi állapotát és egészségmagatartását azonos feltételekkel és módszerekkel vizsgálja.

A kutatás 1982-ben három ország (Ausztria, Finnország és Norvégia) kutatócsoportjainak kezdeményezésére indult el (Aaro és mtsai, 1986). Az első felmérés az 1983/84-es tanévben valósult meg öt ország (a fentiekhez csatlakozott Anglia és Dánia) részvételével. A WHO hamarosan adoptálta a kutatást, amely 1984-től az Európai Iroda egyik kiemelt programjaként működik. Az 1985/1986-os tanévtől a résztvevő országok négyévenként gyűjtenek adatokat keresztmetszeti felmérések keretében.

Az azóta eltelt időszakban egyre növekvő számú ország csatlakozott a programhoz; a nemzetközi multidiszciplináris kutatócsoport (szociológusok, pszichológusok, gyermekgyógyászok, epidemiológusok, humánbiológusok, közegészségügyi, stb. szakemberek közreműködésével) jelenleg 43 tagországot illetve régiót tömörít (bizonyos államok nem teljes egészében, hanem csak egy vagy néhány régióval képviseltetik magukat). Az európai országokon kívül jelenleg az Amerikai Egyesült Államok, Kanada és Izrael tagjai a nemzetközi hálózatnak.

Magyarország – elsőként a volt szocialista országok közül – 1985-ben csatlakozott a kutatáshoz a WHO felkérésére ¹.

A kutatás célkitűzései

- Információgyűjtés, nemzetközi adatbank létesítés: a fiatalok önminősített egészségi állapotának, szubjektív jólétének és egészségmagatartásának monitorozása.
- Az egészséggel, a testi-lelki jóléttel és az életmóddal összefüggést mutató tényezők mind szélesebb körben való feltárása.
- A résztvevő országok kutatási potenciáljának fejlesztése a nemzetközi együttműködés segítségével.
- A kutatás eredményeinek hasznosítása azáltal, hogy számos formában történik publikáció a felhasználók, a döntéshozók, az egészségfejlesztésben, egészségnevelésben résztvevő szakemberek, kutatók, tanárok, szülők és maguk a fiatalok számára.

A HBSC vizsgálat tehát egyrészt egy monitorozó funkciót betöltő projekt, másrészt egyre bővülő körben és témaválasztással próbál mind mélyebb betekintést nyújtani a fiatalok egészségét és életmódját meghatározó tényezőkbe. Fontos tudnunk, hogy az egészséget a lehető legszélesebben értelmezi a kutatás: figyelembe veszi fizikai, társas és érzelmi aspektusait is, vagyis az egészséget a mindennapi élethez szükséges erőforrásnak tekinti, nem pusztán a betegségek hiányának.

¹ Hazánkban a kutatómunka intézményközi együttműködés keretében valósul meg: az 1985-1999 közötti időszakban az Országos Csecsemő- és Gyermekesegészségügyi Intézet és a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet szakemberei révén; jelenleg pedig az Országos Gyermekesegészségügyi Intézet (mint koordináló intézmény) és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet gondozza a programot.

Ilyenformán a gyermekek egészségére irányuló vizsgálatoknak mind az egészség pozitív aspektusait, mind az azt veszélyeztető rizikótényezőket tanulmányoznia kell. Ezen túlmenően a családi és kortárs kapcsolatok, az iskola, mint szocializációs színtér szerepét, valamint általában azt a szociokulturális környezetet is fel kell térképezniük, amelyben gyermekeink felnőnek, hiszen csak így érthetjük meg teljesen a fiatalok egészségének és egészségmagatartásának mintázatait.

Az eddigi eredmények a magatartásminták és az összefüggés-rendszerek többségének azonosságát, vagy kifejezett hasonlóságát bizonyítják az országok meglévő társadalmi és kulturális különbségei ellenére, és éppen ezért tekinthetők ezek az összefüggések általános érvényűnek.

A feltáró tevékenység azonban nemcsak a szűk tudományos szakma érdeklődésére tarthat számot; a kutatáson túlmenően a nemzetközi projekt külön csoportja foglalkozik azzal, hogy a nagyközönség minden rétege számára megfelelő formában jussanak el az információk.

A végső cél a felhasználás: hogy a kutatási eredmények beépülhessenek az egészségvédelem és egészségfejlesztés gyakorlatába, valamint az egészség- és oktatáspolitikába nemzeti és nemzetközi szinten egyaránt (Aszmann, 2003).

Elméleti háttér

A kutatás a tudományágakat tekintve a társadalom- és magatartástudományokhoz tartozik, életmód megközelítésű. Elsősorban három elméleti és gyakorlati megközelítést integrál:

- Szociál-pszichológiai megközelítés: az egészséget és az életmódot szocializációs perspektívából, a szocializációs közegek hatásmechanizmusa szempontjából, és az egyéni jellemzőkkel (pl. önértékelés, észlelt szociális segítség, vagy stressz) való összefüggésében vizsgálja. Ebből adódóan a kutatás magába foglalja a demográfiai jellemzők, a családi környezet (családszerkezet, a család szocio-ökonómiai helyzete, a család működése), a kortárskapcsolatok (iskolán belül és általában) vizsgálatát, az iskolai környezet tanulók szemszögéből való értékelését, és mindezek összefüggését az életmód-jellemzőkkel és a fiatalok önminősített egészségi állapotával, valamint közérzetével.
- Népegészségügyi/epidemiológiai megközelítés: elsősorban a fiatalok önminősített egészségének és életmódjának monitorozása hangsúlyozódik ki országos és nemzetközi szinten. Az epidemiológiai vizsgálatoktól azonban annyiban különbözik, hogy az egészséggel és életmóddal összefüggést mutató háttértényezők (a fizikai és pszichoszociális környezet) is monitorozásra kerülnek.
- Makrotársadalmi megközelítés: jellemzően makroszintű változókat is bevon az elemzésbe, így az adott ország társadalmi-gazdasági helyzetére, egészségpolitikájára vonatkozó adatokat (pl. GDP, alkoholfogyasztás és dohányzás-megelőzéssel kapcsolatos törvényi szabályozás, általános demográfiai jellemzők) (Aszmann, 2003).

Nemzetközi munkacsoport és kutatási protokoll

A HBSC vizsgálatot egy kutatókból álló nemzetközi hálózat valósítja meg, melyen belül a szakemberek kutatási témák és egyéb szempontok szerint munkacsoportokba tömörülve látják el az egyes részfeladatokat. A csoportok munkájának eredményeként a kutatás folyamatosan fejlődik mind konceptuálisan (pl. újabb és újabb kutatási kérdések fogalmazódnak meg), mind metodológiai (módszerek és mérőeszközök fejlesztése), mind az adatelemzés tekintetében és nem utolsósorban a kutatási eredmények közzétételében, terjesztésében.

A nemzetközi kutatócsoport minden felmérés számára külön angol nyelvű kutatási protokollt állít össze, mely az alábbiakat tartalmazza:

- Tudományos indoklás (elméleti háttér, szakirodalmi áttekintés) minden főbb kutatási témához
- A nemzetközileg kötelezően alkalmazandó kérdőív (részletes ajánlásokkal és útmutatóval a kérdések fordítását, sorrendjét és formai elrendezését, kivitelezését illetően)

- A választható kérdések listája (témánként csoportosítva, részletes ajánlásokkal és útmutatóval a kérdések fordítását, sorrendjét és formai elrendezését, kivitelezését illetően)
- A mintavételi eljárásra, az adatgyűjtésre és a nemzeti adatfile létrehozására vonatkozó kötelező szabályok
- A nemzetközi adatfile felhasználásának és az eredmények terjesztésének konszenzuson alapuló irányelvei

A cardiffi székhelyű Módszertan-fejlesztő Munkacsoport és az edinburghi székhelyű Nemzetközi Koordináló Központ folyamatosan segíti a tagországokat minden, a munka során felmerülő probléma megoldásában (pl. fordítási, mintavételi, adat-dokumentációs nehézségek). A kutatási protokoll szigorú betartása előfeltétele annak, hogy a nemzeti adatfile-ok részét képezzék a nemzetközi adatbázisnak.

Ahogy a HBSC projekt fejlődött és egyre kiterjedtebbé vált, mind fokozottabb figyelem irányult nemcsak a módszertani, hanem a koncepcionális és elméleti fejlesztésre és az eredmények hatékonyabb terjesztésére. E feladatok megvalósítására alakultak a nemzetközi hálózaton belül a különböző téma- és fókuszcsoportok – az egyes csoportok tagjait tekintve bizonyos mértékű átfedésben – melyek szorosan együttműködnek egymással (Currie és mtsai, 2008).

Célcsoport és mintavétel

Az adatfelvételbe bevont célcsoportok nemzetközi szinten a 11,5 éves, a 13,5 éves és a 15,5 éves átlagéletkorú iskolába járó fiatalok. Az adott életkorok kiválasztásának szempontjait a nemzetközi protokollok a következőképpen indokolják: a 11-12 éves életkor a pubertás kezdete, a 13-14 éves életkorra az intenzív testi és érzelmi változások jellemzőek, 15-16 éves életkorban pedig kapcsolódnak a továbbtanulással, a jövőbeni életúttal kapcsolatos kérdések és döntések (Roberts és mtsai, 2002). A hazai iskolarendszer sajátosságai miatt hasonló okból adatfelvételeinkben 1990 óta a 17,5 éves átlagéletkorú tanulók is szerepelnek.

Nemzetközi mintavételi követelmény, hogy az adott ország, illetve régió reprezentatív adatokat tudjon szolgáltatni az egyes felmérések eredményeként. Ehhez korecsoportonként 1500 fő körüli mintanagyágot írnak elő a kutatási protokollok. A mintavételezésnek igazodnia kell az adott ország oktatási rendszeréhez, mivel a HBSC iskolára alapozott kutatás, ahogy elnevezése is utal rá. A mintaválasztás gyakran nem random módon történik, hanem szisztematikusan, rétegzéssel (pl. földrajzi régiók, iskolatípusok szerint). Mindez a reprezentativitás biztosításához lehet szükséges.

Az elsődleges mintavételi egység az iskolai osztály vagy az iskola, ha osztályok szerinti mintavételi keret nem érhető el (nincs közoktatási statisztikai adat az egyes osztályokról és osztálylétszámokról iskolán belül). Utóbbi esetben az osztályok random módon kerülnek kiválasztásra az iskolákból.

Hazánkban a kiválasztás alapjául a magyar közoktatás legfrissebb elérhető statisztikái (általában a felmérés tanévét megelőző tanévből) szolgálnak. A minta többlépcsős, rétegzett mintavételi eljárással készül (minden iskola- és településtípus, valamint minden földrajzi régió megfelelő arányú képviselővel). A rétegzés a következő szempontok figyelembe vételével történik:

- Iskolafenntartó típusa: önkormányzat (az összes intézmény több mint 90%-a), egyéb fenntartó (ezeknek felét a történelmi egyházak teszik ki).
- Földrajzi elhelyezkedés: minden megye és Budapest a 2005/2006. tanévi felméréssel bezárólag; a legutóbbi felmérés (2009/2010 tanév) során a hét nagy régió szerinti rétegzés történt oly módon, hogy a minta egyaránt legyen reprezentatív országos és régiós szinten.
- Településtípus: fővárosi kerületek, megyei jogú városok, egyéb városok, nagyközségek, községek.
- Középfokú oktatás típusa: gimnázium, szakközépiskola, szakiskola/szakközépiskola.

Mivel csoportos mintavételi eljárás keretében került sor az adatfelvételre, a mintaválasztás egységei nem az egyes tanulók, hanem a mintába bekerült iskolákból véletlenszerűen kiválasztott osztályok. Az adatfelvétel időpontját mindig úgy határozza meg a kutatócsoport, hogy az előírt életkori határokon belül az adott osztályból a lehető legtöbb tanuló maradjon a

mintában (Aszmann, 2003). A nemzetközi követelmények teljesítése (11,5 éves, 13,5 éves és 15,5 éves átlagéletkorú korcsoportok kiválasztása), illetve ehhez hasonlóan a 17,5 éves korosztály bevonása érdekében az első négy adatfelvétel (1986-1997 között) az általános iskolák és a középfokú tanintézetek 6., 8., 10., és 12. évfolyamain, 2002-től kezdődően pedig az 5., 7., 9., és 11. osztályokban történt meg. Ezt a változtatást a rugalmas beiskolázási rendszer tette szükségessé, melynek eredményeképpen mind több gyermek kerül későbbi életkorban iskolába. Ennek következményeként az ismételt adatfelvételek során az eredetileg kijelölt osztályok tanulójának életkori átlaga emelkedett.

A kiválasztott iskolák nem mindegyike vállalja a felmérésben való részvételt, ezek helyett a közoktatási statisztika alapján hasonló paraméterekkel rendelkező pótiskolák kerülnek a mintába.

A végleges mintanagyságot befolyásolja az adatfelvétel napján hiányzó tanulók száma és a szülői, illetve a tanulói visszautasítások száma. A számítógépes adattisztítás során további tanulók kérdőíveinek törlése is szükséges a mintából, különböző okokból adódóan (nem, életkor hiánya, a kérdések több mint 50%-ának meg nem válaszolása, nyilvánvalóan komolytalan válaszadás, 18 évesnél idősebb válaszadó esetében). A végleges, tisztított minták Magyarországon felmérésenként 1,0-1,5%-os reprezentativitást biztosítanak az adott évfolyamokra vonatkozóan.

Alkalmazott mérőeszköz: a kérdőív

A kérdőív fejlesztése két adatfelvétel közötti négy évben folyamatosan, nemzetközi munka keretében zajlik. A fejlesztés egyrészt a már meglévő témakörök (melyeket a kutatás célkitűzései határoznak meg) mélyebb és/vagy eddig nem vizsgált aspektusainak felderítését, másrészt új kutatási témák bevonását célozza meg.

Az egyes felmérésekben alkalmazott kérdőívek több részből állnak össze. Egy kérdéscsomag, melyet az összes résztvevő ország kutatócsoportjai elfogadtak, minden országban kötelezően képezi a kérdőív alapját. Ebben olyan kérdések is találhatóak, amelyek az adatfelvételek során változatlanok, így biztosítható a kutatás egyik alapvető célja: az egészségmagatartás időbeli monitorozása. Emellett a kötelező kérdésekkel azonos témakörökben választható kérdéscsomagokat is kidolgoznak a nemzetközi munkacsoportok, lehetővé téve egy-egy téma alaposabb vizsgálatát. Továbbá minden országnak megvan a lehetősége saját nemzeti igényeinek, szükségleteinek és érdeklődésének megfelelően saját témák és kérdések tanulmányozására.

A kötelező témakörök a következők:

- **Egészségmagatartás:** táplálkozási szokások, testtömeg-kontrollálás, tápláltsági állapot, fizikai aktivitás, fizikailag passzív szabadidő-eltöltési tevékenységek, rizikómagatartások (szerhasználat dohányzás, alkohol- és illegális drogfogyasztás), szexuális magatartás, sérülések, balesetek
- **Szubjektív jóllét:** egészség értékelése, étellel való elégedettség, pszichoszomatikus panaszok, testkép
- **Háttértényezők:** demográfia (nem, életkor), család (szerkezet, kapcsolatok), kortársak (barátok, kapcsolatok, bántalmazás), iskola (iskolához, iskolatársakhoz, tanárokhoz viszonyulás), szociális egyenlőtlenségek (család szubjektív és objektív szocio-ökonómiai helyzete), biológiai fejlődés (pubertás).

A végleges kérdőívek kifejlesztéséhez szervesen hozzátartozik, hogy az eredmények nemzetközi összehasonlíthatóságának biztosítása érdekében az eredeti angol nyelvű kérdések nemzeti nyelvre történő lefordítása után egy független visszafordításnak is meg kell történnie. A visszafordításokat a Nemzetközi Koordináló Központban angol anyanyelvű bírálók ellenőrzik. Minden törekvés ellenére azonban az egyes nemzeti kérdőívek kötelező részei minimálisan különböznek egymástól a kulturális különbségek miatt. Nemzetközi elemzéseknél ezeket figyelembe kell venni az eredmények interpretálásakor.

A nemzetközi kérdéscsomagokba csak olyan kérdések kerülhetnek, amelyeket legalább négy tagországban előzetes próbafelmérésekben már alkalmaztak.

Szintén nemzetközi előírás, hogy az adott felmérésben véglegesnek szánt kérdőívet néhány száz fős mintán tesztelni kell a reprezentatív adatfelvétel előtt (pilot felmérés) (Németh, Zakariás 2007). A próbavizsgálatok során a kutatócsoport a tanulók véleményét összegyűjti, és messzemenően figyelembe veszi a végleges kérdőív kialakításakor.

Adatgyűjtés: a felmérések kivitelezése

Nemzetközi előírás, hogy a felmérések minden országban a megfelelő tudományos grémium etikai jóváhagyásával valósuljanak meg. Hazánkban az adatgyűjtés, illetve a kutatás 2005 óta az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Tudományos Tanácsa Etikai Bizottságának jóváhagyásával történik.

A kiválasztott iskolák igazgatói a koordináló intézménytől felkérő levelet kapnak a kutatásban való részvételre. A levél melléklete az Oktatási Minisztérium támogató levele is. Amennyiben az iskolák vállalják a részvételt, az érintett tanulók szülei írásbeli tájékoztatást kapnak a kutatásról, annak céljairól, majd passzív beleegyezésükkel járulnak hozzá gyermekük részvételéhez a vizsgálatban (ha nem jeleznek vissza írásban az iskolának, az pozitív válasznak tekintendő).

Az adatfelvétel felkészített kérdezőbiztosok segítségével zajlik. A kérdezőbiztosok az adatfelvétel előtt személyes találkozón beszélnek meg az intézmény igazgatójával az adatfelvétel lebonyolítását, körülményeit.

Az adatfelvétel az osztályokban történik önkitöltéses kérdőívek segítségével, szigorúan anonim és önkéntes módon. A kérdezőbiztosok a gyermekek számára ismeretlen személyek. A kitöltés előtt tájékoztatják a tanulókat a vizsgálat jelentőségéről és céljáról, és segítenek a kitöltéssel kapcsolatos problémákban.

A kérdőívek egy rövid tájékoztató szöveggel kezdődnek, mely ismételt felhívja a tanulók figyelmét részvételük fontosságára, ugyanakkor az anonimitásra, adataik titkos kezelésére és arra, hogy a tanuló megtagadhatja egyes kérdések vagy a kérdőív egészének megválaszolását. Az anonimitás biztosítása érdekében tanárok vagy az iskola egyéb dolgozói nincsenek jelen az osztályban a kérdőív felvételekor, és a tanulók a név nélküli kérdőíveket lezárható borítékba teszik. A kitöltés osztályonként kb. egy iskolai órát vett igénybe. A kérdezőbiztos az összegyűjtött borítékokat a kitöltés befejezése után azonnal elviszi az iskolából (Németh, Zakariás 2007).

Az adatfelvételnek minden országban egy tanéven belül, október és május hónapok között le kell zajlania.

Adatfeldolgozás, adatelemzés, eredményközlés

Az adatrögzítés néhány országban számítógépes szkenneléssel történik. A legtöbb tagállamban, így Magyarországon is gyakorlott adatrögzítők viszik számítógépre az adatokat.

A nemzetközi adatfile-t a bergeni székhelyű Nemzetközi Adatbank állítja elő (és kezeli) az egyes nemzeti adatfile-okból. A nyers adatfile-on az egyes országok csak az adatrögzítési hibák javítását hajthatják végre, minden tisztítási folyamatot egységesen a Nemzetközi Adatbank végez el. A nemzetközi adatfilet azoknak az országoknak a kutatói használhatják, amelyek nemzeti adatai szerepelnek benne. Az új felmérés nemzetközi adatbázisához a felmérést követő 3 évben kizárólag a HBSC nemzeti kutatócsoportjainak van hozzáférése. Ezután azonban külső felhasználók is kérhetnek adatokat a Nemzetközi Adatbanktól elemzés céljából.

Magyarországon hazai célokra a nemzeti adatfile tisztítása a nemzetközi gyakorlattól némileg eltérően történik (pl. a hazai adatbázisban a 17,5 éves korcsoport is szerepel). Néhány felmérés esetében súlyozás is szükséges a reprezentatív eredmények érdekében.

A statisztikai feldolgozás az SPSS programcsomaggal történik nemzetközi és hazai szinten egyaránt.

Az alaperedményeket, azok interpretálását és az ezeken alapuló szakmai ajánlásokat minden ország kutatási jelentés formájában nemzeti nyelven teszi közzé az egyes felméréseket követően, hogy a kutatás monitorozó funkciója megvalósulhasson. Ezzel párhuzamosan a nemzetközi kutatási jelentésen is dolgozik a nemzetközi kutatócsoport. Ez mindig a WHO gondozásában és kiadásában lát napvilágot, és minden felmérést követően az első nemzetközi publikáció. Minden további nemzetközi tanulmány, cikk, prezentáció csak ezt követően jelenhet meg az adott felmérés eredményeiről.

Irodalomjegyzék:

- [1] Aarø, L.E. et al. 1986. *Health Behaviour in School-children. A WHO cross-national survey. Health Promotion, 1 (1)*. 17-33.
- [2] Aszmann, A.. 2003. *Az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” kutatás, In: Aszmann (szerk.). Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. „Nemzeti jelentés” 2002.* 6-12. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet. Budapest.
- [3] Currie, C. et al (eds.). 2008. *Inequalities in Young People’s Health. HBSC International Report from the 2005/06 survey. WHO, Edinburgh.* 6-16.
- [4] Németh, Á. és Zakariás, I.. 2007. *Anyag és módszer. In: Németh Á. (szerk.) Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja.* 52-58. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet. Budapest.
- [5] Roberts, C. et al. 2002. *Description of survey procedures and methods. Sampling. In: Currie C. et al (eds.) Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/2002 Survey, HBSC, Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.* 28-33.

10. Az ENSZ Kábítószer Jelentésének módszertana

United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report 2009, UNODC, Vienna, p. 293-305

Jelentős erőfeszítés történt az utóbbi pár évben az ENSZ jelentésben bemutatott becslések fejlesztése érdekében. Ennek ellenére, további kihívásoknak kell elébe nézni ilyen fajta becslések készítésénél az elérhető adatok hiánya és változó minősége miatt.

Jelentős probléma, hogy a tagállamok rendszertelenül és hiányosan jelentenek. Néhány ország szabálytalan időközök szerinti jelentése adathiányt eredményezhet az egyes években. A rendszeres adat hiánya, amelyet az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala (továbbiakban: UNODC) más forrásokra való hivatkozással próbál pótolni, az adott évben befolyásolhatja a jelentett tendenciát. Másodsor, a beküldött kérdőívek gyakran hiányosak vagy nem teljeskörűek. Harmadsor, amint ebben a fejezetben az ki fog derülni, a gyűjtött adatok jelentős része önmaga ki van téve korlátozásoknak és torzításoknak. Ezek a tényezők befolyásolják a kapott információ mennyiségét, minőségét és összehasonlíthatóságát.

Az információ forrásai

A nemzetközi kábítószer ellenőrzési egyezmények értelmében a tagállamok hivatalosan kötelesek évente kábítószerrel kapcsolatos információt szolgáltatni a Kábítószerügyi Bizottság kritériumai szerint az Egyesült Nemzetek Főtitkárának (azaz, az UNODC Titkárságának). Ezen adatok összegyűjtésére a Kábítószerügyi Bizottság kifejlesztette az éves jelentési kérdőívet (ARQ – Annual Report Questionnaire). (...)

Jellemzően, a tagállamoknak több információ áll rendelkezésére a kábítószerprobléma kínálati oldalával kapcsolatban, mint a keresleti oldalra vonatkozóan. Azon kérdőívek, ahol az alapkérdések több mint 50%-át megválaszolták „alaposan kitöltött” kérdőívnek minősülnek, a fennmaradó kérdőívek osztályozása „részlegesen kitöltött”. Ez a kifejezés tükrözi azt, hogy az országok néhány alapkérdésre válaszoltak, de nem szolgáltattak minden kérdésre vonatkozóan adatot, mivel sok esetben a tagállamoknak nem áll rendelkezésére az információ. A kínálati oldallal összefüggő kérdőívek számbavétele felfedte, hogy 84%-uk „alaposan” kitöltöttnek minősült, szemben a keresleti oldallal összefüggő kérdőívek 59%-ával.

Azért, hogy azonosítható legyen az a határ, amelyen belül a tagállamok képesek legalább néhány információt szolgáltatni, számos alapkérdést meghatároztak a kérdőívekben. A kínálati oldallal összefüggő kérdőív magába foglalja a „kábítószer lefoglalási adatokat”, azaz a lefoglalt mennyiséget, és a lefoglalások számát, „a kereskedelmet” (kábítószer származási helye és/vagy célállomása), a „kábítószer árakat” és a „kábítószerrel összefüggő letartóztatásokat és/vagy elítéléseket”. A keresleti oldallal összefüggő kérdőív alapkérdései tartalmazzák a „kábítószer-használat trendjeit”, a „kábítószer sorrendjét az általános populációban megfigyelhető prevalencia értékek alapján”, valamint a „prevalencia becsléseket” (az általános populációban, az iskoláskorú populációban és a ‘kezelőhelyeken’). A tagállamok által a kérdőívekben jelentett információ adja az alapját az ENSZ kábítószer-jelentésben leírt becsléseknek és trendelemzéseknek. Ezen információk és adatok gyakran nem elegendőek ahhoz, hogy pontos és átfogó képet biztosítsanak a világ kábítószer-helyzetéről. Ezért, amikor szükséges, és ahol lehetséges, a kérdőívekben szereplő adatokat kiegészítik más forrásokból származó adatokkal.

Az előző évekhez hasonlóan a UNODC részére a kérdőívekben jelentett lefoglalási adatokat kiegészítették elsődlegesen nemzetközi szervezetektől származó adatokkal és jelentésekkel. Ilyen adatforrások: az INTERPOL, a Vám Világszervezet (WCO – World Customs Organization), a EUROPOL, az Amerikai Államok Szervezete (OAC – Organization of American States), Amerikai Államok Közötti Kábítószerrel Való Visszaéléseket Ellenőrző Bizottság (CICAD – Inter-American Drug Abuse Control Commission), továbbá a nemzeti bűnüldözési szervek vezetői által a UNODC regionális megbeszélésein közölt adatok (HONLEA – Heads of National Law Enforcement Agencies), az „Adat Afrikáért” UNODC projekt, valamint a UNODC „Ázsiai és Csendes-Óceáni térségi Kábítószer-fogyasztással Kapcsolatos Információs Hálózata” (DAINAP). Emellett, kormányzati jelentéseket és elérhető on-line adatforrásokat is felhasználnak. Egyéb figyelembe vett források az Egyesült Államok Külügyminisztériumának Nemzetközi Kábítószer és Nyomozati Ügyek Hivatala által közölt

Nemzetközi Kábítószer Ellenőrzési Stratégiai Jelentés (INCSR). Az európai kábítószer árakat kiegészítették az Európától származó adatokkal. A prekursorokra vonatkozó adatok alapvetően a Nemzetközi Kábítószer Ellenőrzési Bizottságtól (INCB) származnak. Keresleti oldallal kapcsolatos információt további számos forrásból szereztek, beleértve az UNODC Globális Felmérési Programját (GAP – Global Assessment Programme), a UNODC DAINAP hálózatában résztvevő kábítószer ellenőrző ügynökségeket, úgyszintén különféle nemzeti és regionális epidemiológiai szakértői hálózatokat, mint pl. a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) és az Amerikai Államok Közötti Kábítószerrel Való Visszaéléseket Ellenőrző Bizottság (CICAD). Országos kormányzati jelentéseket és szakirodalmat szintén felhasználtak adatforrásként. Ez a fajta kiegészítő információ hasznos és szükséges, ameddig a tagállamokban hiányoznak a megbízható, átfogó és nemzetközileg összehasonlítható adatokat nyújtó monitorozó rendszerek.

E célból a UNODC bátorítja és támogatja a nemzeti monitorozó rendszerek fejlesztését. Jelentős előrelépés történt az utolsó pár évben néhány olyan országban, amelyek a fő kábítószer előállító országok közé tartoznak. Ezek az országok a UNODC Illegális Növénytermesztés Monitorozó Programjával (ICMP – Illicit Crop Monitoring Programme) szorosan együttműködve, és jelentős adományozók támogatásával kifejlesztették a pszichoaktív növények termesztésének elterjedtségét és tendenciáit megfigyelő monitoring rendszereket. Ezek az adatok egy másfajta alapját képezik az ENSZ jelentésben közölt trendelemzésnek.

A keresleti oldalon maradnak jelentős adatkorlátozások. A több tagállamban történt elismerendő fejlesztések ellenére, például a prevalencia becslések terén sokkal több tennivaló marad, hogy egy valóban megbízható alapot biztosítsanak a trend és stratégiaelemzésekhez és a szükségletfelméréshez. Az ENSZ Jelentéssel kapcsolatosan végzett munka további lehetőséget biztosít kihangsúlyozni az adatgyűjtés és monitorozás tökéletesítésének globális igényét, azért, hogy a hatékony stratégia még szélesebb körű bizonyítékokon alapuljon.

Kínálati oldallal összefüggő adatok

Kábítószer termesztés és előállítás

A tagállamok döntésével összhangban (1998 UNGASS és a későbbi Kábítószer Bizottsági határozatok), a UNODC 1999-ben elindított egy Illegális Növénytermesztés Monitorozó Programot (ICMP). A program célja a tagállamok megsegítése olyan hazai rendszerek létrehozásában, amelyek az országukban történő pszichoaktív növények illegális termesztésének elterjedtségét és fejlődését monitorozzák. Az eredményeket a UNODC összesíti, hogy éves alapú globális becsléseket nyújtson. Az ópiummák és a kokacserje termesztése, illetve az ópium és kokalevél előállításának adatai a fő előállító országokra vonatkozóan (ópium esetén Afganisztán, Mianmar, Laosz, kokalevél esetén Kolumbia, Peru és Bolívia) ezekből a nemzeti, illegális termesztést és előállítást monitorozó rendszerekből származnak. A marokkói kormány, együttműködve a UNODC-vel, szintén folytatott vizsgálatokat az illegális kannabisz termesztéssel és a hasis előállításával kapcsolatban 2003-ban, 2004-ben és 2005-ben.

A jelentésben egyéb országokra vonatkozó becslések a UNODC éves jelentési kérdőíveiből származnak, illetve egyéb forrásokból, többek között kormányzati jelentésekből, a UNODC területi irodáitól és az Egyesült Államok Külügyminisztériumának Nemzetközi Kábítószer és Nyomozati Ügyek Hivatalából.

Ültetvények

A heroin, a kokain és a kannabisz (marihuána és hasis) úgynevezett növényi eredetű kábítószer. A globális előállításuk mértékét első lépésben megbecsülni az ópiummák, kokacserje és kannabisz ültetvények nagyságának becslésével lehet. A UNODC által támogatott nemzeti monitoring rendszerek három különböző módszert alkalmaznak az illegális ültetvények monitorozására:

- Területbecslés műholdképek által
- Területbecslés helikopteres vizsgálat által

- Területbecslés településvizsgálat által

Az olyan koka termesztő országokban, mint Bolívia, Kolumbia és Peru, a kokacserje ültetvényeket műholdas felvételekkel azonosítják, amelyek lefedik azt a teljes területet, ahol feltételezhetően kokacserje termesztés folyik. Bolíviában alkalmanként légi fényképezést is használnak. A UNODC által támogatott marokkói kannabisz vizsgálat hasonló módszert alkalmazott. Mianmarban, a nagy sűrűségű ópiummák ültetvényeket műholdas felvételekkel rögzítik. A végső területbecslést extrapolálással számítják ki. Alacsony sűrűségű területeken a területbecslés a település vizsgálatból származik (minta vizsgálat), amelyet minden mákot termesztő területen lefolytatnak. Laoszban a felmérést helikopterről végzik a mintába választott helyszínek felett. A helyszínekhez tartozó összes ópiummák ültetvényről digitális fényképek készülnek, amelyeket egy földrajzi információs rendszerben földrajzi-hivatkozással látnak el és elemeznek. A területbecslés extrapolálással történik. Afganisztánban, a mianmari módszerhez hasonlóan a mintába választott helyszínekről készült műholdas felvételeket elemzik, és a mért adatokat extrapolálják. Emellett egy reprezentatív országos felmérést készítenek sok, kevés illetve mák ültetvénnyel nem rendelkező településeken a termesztők társadalmi-gazdasági státuszára vonatkozóan. Azokban a régiókban, ahol kevés mákot termesztenek, a felvételek által le nem fedett terület becslését a településvizsgálatból származtatják.

Néhány országban az évek folyamán megváltoztak a módszerek az újabb technológiáknak köszönhetően, illetve az illegális termesztés dinamikájának követése végett.

Terméshozam

A termesztés/ előállítás becslés láncolatának második lépéseként meg kell állapítani az évenkénti aratások számát és a learatott elsődleges növényi alapanyag összes terméshozamát. A UNODC által támogatott nemzeti vizsgálatok helyszíni terméshozam mérési adatokat használnak és interjút készítenek a termesztőkkel, majd mindkét eredmény felhasználásával állapítják meg a terméshozamra vonatkozó végső adatot. A kannabisz esetében, a hektáronkénti terméshozam megállapítható közvetlen az aratási adatokból. Az ópium terméshozam vizsgálatok ennél bonyolultabbak. Az ópium gyűjtése a hagyományos metszési eljárással eltarthat 2 hétig, mivel a máktokból kicsurgó ópiumnak meg kell száradnia, mielőtt le tudják kaparni a gubóról, és a növény kiszáradásáig számos alkalommal vágják meg a gubót. A hosszadalmas folyamat elkerülés érdekében, a terméshozam vizsgálók megméri a mákgubók számát és méretét egy-egy mintában. A tudósok által kutatási kísérletek nyomán kifejlesztett képlet segítségével, a mákgubók térfogata jelzi, hogy minden egyes növényből potenciálisan mennyi ópiumot lehet kinyerni. Így a hektáronkénti ópium terméshozam megbecsülhető. Délkelet- és Délnyugat-Ázsiára különböző képleteket fejlesztettek ki. Afganisztánban és Mianmarban, évente mérik a terméshozamot. A trópusi éghajlaton termesztett élő kokacserje, évente többször learatható. Az aratások száma változó, ugyanúgy, mint az aratásonkénti terméshozam. Bolíviában és Peruban a UNODC olyan monitoring rendszereket támogat, amelyek számos régióban folytatnak kokalevél terméshozam vizsgálatokat, úgy, hogy egy évben folyamatosan aratnak egy ültetvény vizsgálati területén, a termesztő által megadott ütemben. Kolumbiában, ahol a biztonsági helyzet miatt a kutatók nem térhettek vissza a kutatási helyszínre, egy aratási mennyiséget mértek meg, a többi aratást a termesztőtől kapott információ alapján becsülték meg. Mindhárom koka termesztő országban a biztonsági helyzet és finanszírozási korlátok miatt csak alkalmanként végeznek terméshozam vizsgálatokat.

Az átalakítási szorzó

Az elsődlegesen learatott növényi alapanyag – ópium a mákgubóból, kokalevelek a cserjéről, és a kannabisz-növény – átmennek egy extrakciós és átalakítási folyamaton, amelyek egy részét a termesztők már a helyszínen, a többi pedig a kereskedők illegális laboratóriumokban végzik el. Néhány ilyen folyamat bonyolult, kémiai prekursorok használatával jár, és különböző személyek által különböző helyszíneken változó körülmények között végzik, melyek sokszor nem ismertek. Az ópium esetében például a kereskedők a morfint az ópiumból egy folyamatban kivonják, a második folyamatban a morfinból heroin bázist készítenek, végül létrehozzák a heroin hidrokloridot. A kokain esetében, a napszártotta (Bolíviában és Peruban) vagy friss kokalevelekből (Kolumbiában) kokapasztát készítenek, amelyet később kokain bázissá alakítanak, majd ebből lesz a kokain hidroklorid. Minden lépés eredménye, például kokalevélből kokapaszta, megbecsülhető egy átalakítási szorzóval. Ezek a szorzók a folyamatban résztvevő emberektől kapott információkon alapulnak, például kolumbiai termesztőktől, akik elmondták, hogy mennyi kokalevél szükséges 1 kg kokapaszta vagy bázis előállításához.

Teszteket is lefolytattak, ahol ún. „szakácsok” vagy „kémikusok” bemutatták, hogyan történik az átalakítás helyi viszonyok között. A fő kábítószer előállító országok hatóságai által lefolytatott néhány vizsgálat felfedte a nyersanyagból végtermékké való előállítás nagyságrendjét. A probléma az, hogy ez az információ rendszerint néhány esettanulmányon alapul, amelyek nem feltétlenül reprezentatívak az összes előállítási folyamatra nézve. A termesztők lekérdezése a téma érzékenysége miatt nem mindig lehetséges, különösen, ha az átalakítást nem a termesztők, hanem specialisták végzik. Az átalakítási szorzók megállapítását nehezíti az a tény, hogy a kereskedők nem feltétlenül ismerik a használt anyag minőségét, amely jelentősen változhat. Sokszor többféle anyagot is használnak ugyanarra a célra a hozzáférhetőség és ár függvényében, és az eljárás körülményei is változóak lehetnek (hőmérséklet, páratartalom, stb.). Fontos figyelembe venni, hogy az átalakítási szorzók hibahatárai – amelyek által kiszámítható a kokalevéből történő kokain előállítás, illetve az ópiumból történő heroin előállítás potenciális mennyisége – nem ismertek. A pontos eredmények érdekében, a számításoknál részletes információval kellene rendelkezni az ópium morfin hatóanyag-tartalmáról, illetve a kokalevél kokain hatóanyag-tartalmáról, valamint az illegális laboratóriumok hatékonyságáról. Erről nagyon kevés információ áll rendelkezésre. Ez szintén vonatkozik a pszichoaktív növények hatóanyag-tartalmára. Például egy, a UNODC által Afganisztánban két évig folytatott vizsgálat kimutatta, hogy az afgán ópium morfin tartalma jelentősen magasabb, mint ahogy azt korábban gondolták. A vizsgálat alapján, illetve az árakra vonatkozó információt figyelembe véve, nyilvánvalóvá vált, hogy a használt átalakítási arányon (10:1) változtatni kellett. Emiatt 2005-ben az afganisztáni morfin/heroin előállítóktól szerzett további információ alapján az átalakítási arányt 7:1-hez becsülték.

Sok kannabisz termesztő szintén elvégzi az első átalakítási folyamatot, vagyis eltávolítja a felső leveleket és a virágokat a marihuána előállításához, vagy a növényi anyagot csépelik és szitálják, hogy abból előállítsák a hasisgyantát. A hektáronkénti marihuána - és hasishozam kiszámolható, ha a növényi alapanyag hozamot megszorozzuk egy extrakciós szorzóval. Marokkóban ezt a szorzót a termesztőktől kapott az eljárási módszerekre vonatkozó információ valamint a tudományos laboratóriumok eredményei alapján állapították meg. Terméshozamra vonatkozó információt a kannabisz termesztőkkel készített interjúkból szereztek. A „potenciális” heroin vagy kokain előállítás mértéke arra az előállítási mennyiségre vonatkozik, amikor elméletileg az adott országban az összes ópiumból vagy termesztett kokalevéből előállítanák a végterméket. Az ópium vagy kokalevél egy részét közvetlenül fogyasztják az előállító vagy a szomszédos országokban, még a végtermékké való átalakítás előtt. Továbbá, a köztes termékek jelentős részét (kokapaszta vagy morfin) szintén fogyasztják az előállító országokban. Ezeket a tényezőket részben veszik csak figyelembe: például, a kokalevél Bolíviában és Peruban legálisnak minősülő fogyasztását nem veszik figyelembe a kokainná történő átváltásnál. A potenciális előállítás egy globális szinten használandó hipotetikus fogalom, nem, mint ország szintű heroin vagy kokain előállításra vonatkozó indikátor. A globális heroin- és kokain-bebecslések pontossága javult az utóbbi években és megbízhatóan használható.

Az amfetamin típusú stimulánsok (ATS) előállításának becslési megközelítése jelentősen megváltozott. 2003 óta a UNODC három becslési módszert alkalmazott: 1) becslések a stimulánsok fogyasztása alapján; 2) becslések a stimulánsok lefoglalása alapján, és 3) becslések a lefoglalt prekursorok alapján, amelyeket valószínűleg az ATS-ek illegális előállítása során használtak fel.

A stimulánsok fogyasztása és előállítása tekintetében olyan jelentős változások történtek azonban, melyek súlyos értelmezési korlátok közé szorítják ennek a megközelítésnek az alkalmazhatóságát. Következésképpen az UNODC bemutatott egy kizárólag a becsült fogyasztásra építő, az előállított stimulánsok mennyiségének intervallumára irányuló becsléshez alkalmazott modellt. Ez a megközelítés felhasználja a fogyasztók éves becsült tartományát az egész világra vonatkozóan, és megszorozza ezt az elfogyasztani vélt átlagos mennyiségű, tiszta ATS-sel. (pl. mind az alkalmi és a problémás fogyasztók körében), mindegyik kábítószer típusra. Az átlagos amfetamin-fogyasztó a becslések szerint 12 gramm tiszta met-/amfetamint fogyaszt évente (tartomány 1,6 – 34,4); míg az átlagos ecstasy-használó a becslések szerint 5 gramm tiszta MDMA-t fogyaszt évente (0,8 – 13,6). A lefoglalt kábítószer mennyiségét mindegyik csoport esetében hozzáadják a becsült, globálisan elfogyasztott összes amfetamin és ecstasy mennyiséghez. A teljes mennyiséget úgy számítják ki, hogy megbecsülik az alsó és felső határát az amfetaminok csoportjába tartozó és az ecstasy típusú anyagok feltételezett előállításának. Ez a megközelítés két problémakört vet fel. Egyik az ATS és az ecstasy fogyasztás szintjére és az elfogyasztott szerek mennyiségére vonatkozó adatok minőségével kapcsolatos. A másik a bizonytalanság, mely abból ered, hogy korlátozott számú országból származó fogyasztási adatokat, mintázatokat terjesztenek ki minden ország minden fogyasztójára. A kannabisz-termesztés hasonló, fogyasztáson alapuló becslése jóval kisebb intervallumot mutatott, mint más, kannabiszra vonatkozó becslési módszerek. Nagy óvatossággal kell tehát eljárni, amikor az ezzel a módszerrel kapott

becsléseket vesszük figyelembe. A UNODC felülvizsgálja ezt a módszert, és a téma szakértőivel konzultációt folytat annak érdekében, hogy kifejleszthessen egy árnyaltabb megközelítést az ATS előállítás globális mértékének meghatározására.

Kábítószer-kereskedelem

Az ebben a fejezetben bemutatott, kábítószer kereskedelemmel kapcsolatos információk többnyire az országoknak kiküldött éves jelentési kérdőívekből származnak (ARQ). További kiegészítő forrásként az egyéb kormányjelentések, az INTERPOL, a Vám Világszervezet (WCO), a nemzeti nyomozati szervek vezetőinek (HONLEA) jelentései, a UNODC „Adat Afrikáért” projektje, a UNODC „Ázsia és a Csendes-óceáni térségi Kábítószer-fogyasztással Kapcsolatos Információs Hálózata (DAINAP) és a UNODC területi irodáinak jelentéseit használták fel. Elsőbbséget élveztek az országoknak kiküldött éves kérdőívek hivatalos forrásokból származó adatai. A lefoglalási adatok jelentik a kábítószer-helyzetnek és globális szintű alakulásának legátfogóbb indikátorát. Bár a lefoglalások nem feltétlenül tükrözik mindig helyesen a nemzeti szintű kereskedelmi tendenciákat, de regionális és globális szinten reális képet nyújtanak arról. Van néhány technikai probléma is: a kábítószer típusától függően némely országok súly vagy térfogat adatokkal adják meg a lefoglalásokat (kg vagy liter), míg más országok „egység” mértékben. Az online (www.unodc.org) interaktív lefoglalási jelentésben az adatok a jelentés során megküldött mértékegységekkel szerepelnek. Az ENSZ Kábítószer Jelentésben az adatokat összesítették és egy egységes mértékegységgé alakították át: a lefoglalások kilogrammban kifejezett értékeit szerepeltetik. A számításokhoz „tipikus fogyasztási egység”-et (fogyasztói adagokra jellemző hatóanyag-tartalommal számolva) adtak meg: kannabisz 0,5g, hasis 0,135g, kokain és ecstasy 0,1g, heroin és amfetaminok 0,03g, LSD 50 mikrogramm. Egy lefoglalt liternyi mennyiséget egy kilogramm anyaggal egyenértékűnek feltételeztek. Opiát lefoglalásoknál (hacsak nem részletezték a szövegben másként) feltételezték, hogy 10kg ópium 1kg morfinnak vagy heroinnak felel meg. Bár ezek az átváltási arányok vitathatók, mégis, lehetővé teszik a különböző lefoglalási jelentések egy átfogó mértékegységbe való átváltását. Az átváltási arányokat a nyomozati szervek, a tudományos szakirodalom, a Nemzetközi Kábítószer Ellenőrzési Bizottság (INCB) által használt arányokból származtatták, és az UNODC „Laboratóriumi és tudományos részlegével” egyeztettek. Az ENSZ jelentésben használt átváltási arányokban az utolsó évben nem történt változás. A lefoglalásokat indikátorként használják a kereskedelem tendenciáihoz és mintázataihoz. A kábítószer árakra vagy a hatóanyag-tartalomra vonatkozó adatokkal kombinálva a lefoglalásban bekövetkező változások jelzik a kereskedelem növekedését vagy csökkenését. A lefoglalások növekedése stabil vagy csökkenő árak mellett markánsan jelzi a kereskedelem növekedését. Ezzel szemben a növekvő lefoglalások és az emelkedő árak tükrözhetik a bűnüldözés javuló hatékonyságát. A kereskedelemben történő változások közvetett indikátorként szolgálhatnak a kábítószeres globális termesztésére/előállítására és használatára nézve. A lefoglalások száma természetesen csak közvetett indikátora a kereskedelemnek, amit számos további tényező befolyásol, mint például a bűnüldözési gyakorlatban vagy a jelentés módjában történt változások. Több nyomozati szerv érintettsége esetén előfordulhat az esetek kettős számbavétele is. Az összesített lefoglalási adatok a kereskedelem tendenciáinak jó indikátoraként működnek, ha hosszú időtávon keresztül és nagyobb földrajzi egységeket elemeznek. Míg a nemzeti szintű lefoglalási adatokat befolyásolhatja a nagy mennyiségű tranzit kábítószer vagy a bűnüldözési prioritások változása, addig ez valószínűleg nem érvényes regionális vagy globális szinten. Ha egy nagy tranzit szállítmányt lefoglalnak az egyik országban, a szomszédos országokban valószínűleg csökken a lefoglalások száma.

Hasonlóképpen, ha egy országban a bűnüldözési erőfeszítések és a lefoglalások csökkennek, a szomszédos országokban valószínűleg megugrik a kereskedelem, amely növekvő lefoglalást eredményez. A bűnüldözési prioritásokban történt változások hatása az egyes országokban nem jelentősek regionális vagy globális szinten.

Kábítószerárak és tisztasági (hatóanyag-tartalom) adatok

A UNODC szintén gyűjti és közzéteszi az árakra és a tisztaságra vonatkozó adatokat. Ezek az adatok, amennyiben megfelelően gyűjtik, erőteljes indikátorai a piaci tendenciáknak. A kínálati oldal tendenciái rövidebb idő alatt változhatnak, mint a keresleti oldalé, az árak vagy a tisztaság változása jól mutatja a kínálat növekedését vagy csökkenését. A kutatások kimutatták, hogy a rövid idejű változások a fogyasztói piacon először a tisztaságban tükröződnek, miközben az árak hosszú időn keresztül inkább stabilabbak. Az UNODC az árakra vonatkozó adatokat az országoknak évente elküldött kérdőíveken keresztül gyűjti, és kiegészíti egyéb forrásokból - mint az Europol és egyéb szervezetek - származó adatokkal. Az árakat termesztői/ előállítói szinten, nagykereskedelmi szinten (‘kilogramm árak’) és kiskereskedelmi szinten (‘gramm árak’) gyűjtik. Az országokat megkérték, hogy közöljenek minimum, maximum és tipikus árakra és tisztaságra vonatkozó

információt. Ha nem közölnek tipikus árat/tisztaságot, akkor a UNODC kiszámolja a becslések középértékét, mint közelítő adatot (hacsak nincsenek jobb becslést biztosító tanulmányok). Általában nem ismert, hogy hogyan történik az adatok gyűjtése és mennyire megbízhatóak. Habár néhány országban történt javulás az utóbbi években, sok más országban a bűnüldözési szervek még nem alakítottak ki rutin jelentési rendszert az árak és a tisztasági adatok gyűjtésére.

Keresleti oldal - fogyasztási adatok

A UNODC 1997 óta rendszeresen közzéteszi a világban történő kábítószer-fogyasztás előfordulásával kapcsolatos adatokat. A kábítószer-használat elterjedtségét mérni különösen nehéz feladat, mert magába foglalja egy „rejtett” populáció nagyságának mérését. A hibahatárok jelentősek, és a becslési lépték emelésének arányában növekednek - így például a helyi országos, majd regionális és globális szintre. Az utóbbi években tapasztalt némi javulás ellenére a tagállamok által közölt adatok még mindig nagyon heterogének a minőség és megbízhatóság vonatkozásában. Ezeket a becsléseket nem lehet egyszerűen csak globálisan összegezni, hogy a kábítószer-használók „pontos” számát a világra nézve megkapjuk. Regionális és globális jelentések is tartalmaznak becslési tartományokat, amely az információ hiányát tükrözi az egyes országokban. Észrevehető, hogy a becslésekben megjelenő megbízhatósági szint változik a régiók és a kábítószeresek között. Ez a megközelítés távolodást jelez az előző ENSZ jelentésben használt megközelítéstől. Emiatt az idejű regionális és globális becslések összehasonlítása a korábbiakkal nem érvényes. Adott kábítószeres használata elterjedtségének globális becslése a következő lépéseket foglalja magába:

Megfelelő források azonosítása és elemzése;

- Kulcsfontosságú adatok azonosítása a kábítószer-használat előfordulására vonatkozóan, minden országban, ahol elérhető adatok (kábítószer-használat éves prevalenciája a 15-64 év közötti általános populáció körében) amelyek majd „horgonypontokként” szolgálnak a későbbi számításokban;
- Az elérhető adatok standardizálása, ha különböző populációkra vonatkoznak, mint ami a jelentésben szerepel (például 12 éves kor felettiekre vonatkozó adatok a standard, 15-64 éves korcsoportra történő átszámítása);
- A nemzeti indikátorok éves prevalencia adattá történő átalakítása, ha az nem elérhető (pl. életprevalencia adatok vagy előző havi prevalencia adatok átszámítása éves prevalencia adattá; vagy iskoláskorúak vizsgálata eredményeinek átszámítása az általános populációra jellemző éves prevalencia adattá). Ez magába foglalja a viszonyítási tényezők azonosítását a hasonló kulturális, társadalmi és gazdasági helyzetű szomszédos országok vonatkozó információi alapján;
- Azon országok esetében, amelyekre vonatkozóan nem érhetőek el adatok, a régióbeli országok adatai alapján kalkulálnak.
- A régióra jellemző adatok legalsó és legfelső tizedét elhagyva kalkulálják az adatokat.
- Egy, a régióbeli ország elérhető mutatóinak extrapolálása az egész régióra. A regionális becsléseket csak olyan régióknál számolták ki, ahol legalább két országnál legalább a népesség 20%-át lefedő adat volt elérhető;
- A regionális eredmények összevonása, hogy megkapják a globális eredményeket.
- Nemzeti becslések a múlt évben kábítószerrel legalább egy alkalommal fogyasztó személyek számáról.

Az évek során a UNODC sok országtól kapott becsléseket a kábítószeres fogyasztásra vonatkozóan (az országok által beküldött éves kérdőívek révén - ARQ), és további forrásokból, mint pl. egyéb kormányzati jelentések és kutatási eredmények a szakirodalomból. Azonban a bármelyik évben hivatalosan közölt adatok nem elégségesek a globális becslések megállapításához. Továbbá sok becslést „finomítani” is kell. 1998 óta a korábbi évekre hivatkozó becslések használatával a UNODC 128 országból és területről és 99 iskolás/fiatalkorú populációra vonatkozóan gyűjtött kvantitatív mutatókat. A korábbi évekre hivatkozó becslések esetében a prevalencia értékeket változatlanul hagyták, és azokat alkalmazták a 2007-es népességre. Az ezekből az országokból származó eredményeket extrapolálták a szubregionális szintre, majd összesítették a globális becslésbe. Részletes információ áll rendelkezésre az észak-amerikai országokból, jelentős számú európai, több dél-amerikai országból, az óceániai régió két fő országából, és korlátozott számú ázsiai és afrikai országból. A többi ország esetében rendelkezésre álló kvalitatív információ a kábítószerhasználat előfordulására vonatkozóan csak némi

becslésre, találgatásra elegendő. A nemzeti adatjelentés egyik kulcsproblémája még mindig a megbízhatóság mértéke, amely országról országra erősen változik. Míg több becslés megbízható epidemiológiai vizsgálaton alapszik, mások találgatások eredményei. Más esetekben a becslések egyszerűen a kábítószerügyi nyilvántartásokban szereplők összesített számát takarják, ami valószínűleg csak kis részét fedi az összes kábítószer-fogyasztó népességnek egy országban. Még azokban az esetekben is, ahol részletes információ áll rendelkezésre, gyakran fordul elő jelentős eltérés az alkalmazott definíciókban – pl. nyilvántartási adat (a kezelőhelyekkel vagy igazságszolgáltatással kapcsolatban lévő személyek) versus vizsgálati adat (általában kiválasztott minta interjúztatásából kapott eredmények extrapolálása); általános populáció versus speciális csoportok vizsgálata (pl. iskolai vizsgálatok), speciális környezetben (mint kórházak, vagy börtönök) végzett vizsgálatok adatai; életprevalencia, éves vagy havi prevalencia stb. Azért, hogy az ennyire különböző adatok egyszerű összevonásából adódó hibákat csökkentsék, megkísérelték - a lehetőségekhez mérten - standardizálni a nagyon heterogén adatokat. Így az összes elérhető jelzőszámot egyetlen indikátorba alakították át: éves prevalencia az általános populáció 15-64 éves korosztályában, a szomszédos országokban feltárt helyzet elemzéséből kapott átváltási arányok használatával. Ha ilyen adatok nem voltak elérhetők, akkor az Egyesült Államokból származó átváltási arányokat alkalmazták, mert világszerte az a legalaposabban vizsgált ország a kábítószer-használat tekintetében.

Az alapvető feltevés az, hogy a kábítószer-fogyasztás különbözik az egyes országokban, de vannak általános megállapítások (pl. az életprevalencia magasabb, mint az éves prevalencia; a fiatal személyek több kábítószerrel fogyasztanak, mint az idősök) amelyek a legtöbb országra érvényesek. Felteszik még azt is, hogy az életprevalencia és az éves prevalencia közötti arány az általános populációban, vagy az életprevalencia a fiatalok körében vagy akár az éves prevalencia az általános populációban nem tér el jelentősen a hasonló társadalmi, kulturális és gazdasági helyzetű országok között. A több országból származó, hosszú távú adatokkal végzett különféle számítások megerősítik ezeket a feltevéseket.

Felhasznált indikátorok

Globális szinten a legszélesebb körben használt indikátor az éves prevalencia mértéke, azaz azon személyek aránya, akik a vizsgálatot megelőző tizenkét hónapban legalább egyszer fogyasztottak valamilyen kábítószerrel. Minthogy az éves prevalencia a legáltalánosabban használt indikátor, a UNODC átvette, mint kulcsindikátort a kábítószer-fogyasztás elterjedtségének mérésére. A mérőszám szintén része a Lisszaboni Megállapodásban rögzített alapvető epidemiológiai mutatóknak.

A kábítószer-fogyasztás monitorozásának alapvető indikátorai, melyeket a 2000-es Lisszaboni Megállapodás részeként az összes részt vevő szervezet elfogadott és a Kábítószerügyi Bizottság is jóváhagyott, a következők:

- Populációs vizsgálatok a fiatalok és a felnőtt népességben (prevalencia és az incidencia adatok);
- Problémás kábítószer-fogyasztás (becslések az intravénás kábítószer-fogyasztók számáról és a magas kockázati magatartással élők csoportjába tartozók arányáról, becslések a naponta kábítószerrel használók számáról);
- Kezelési igény indikátor (a problémák miatt segítséget kereső egyének száma);
- Fertőző betegségek (HIV, hepatitis B és C vírusfertőzések előfordulása a kábítószer-fogyasztók körében);
- Halálozás (a kábítószer fogyasztással közvetlenül összefüggő halálozások).

Míg a kábítószer-fogyasztás helyzetének és tendenciáinak elemzéséhez az összes felsorolt indikátort figyelembe vették, úgy döntöttek, hogy a globális összehasonlítás során azt az egy indikátort használják, amely a leginkább elérhető, és képet adhat a kábítószer-fogyasztás mértékének nagyságrendjéről: ez az éves prevalencia a népesség 15-64 éves korcsoportjában. Az “éves prevalencia” használata kompromisszum az “életprevalencia” adat (kábítószer-használat legalább egy alkalommal az életben) és az aktuális használatra vonatkozó adat között (kábítószer-használat legalább egyszer az utóbbi 1 hónapban). Életprevalencia adatot gyakran gyűjtenek, de kevésbé hasznos információ a kábítószer-használat mértékének újabb tendenciáira vonatkozóan. Az aktuális használatra vonatkozó adat több információt biztosíthatna az újabb tendenciák vizsgálatához, azonban gyakran nagyobb mintát igényel a megfelelő eredmények érdekében, így sokkal költségesebb a megvalósítása, különösen, ha a széles körben elterjedt kannabisztól eltérő kábítószerekről van szó. Az éves prevalencia arány rendszerint a fiatalok és a felnőtt népesség százalékában kerül feltüntetésre. A korcsoportok meghatározása

azonban országról országra változik. Mivel a kábítószer-fogyasztás mértéke jelentős különbségeket mutat a különböző korcsoportokban, a legtöbb országban (a fiatalok és fiatal felnőttek többnyire jelentősen magasabb prevalencia értékekkel rendelkeznek, mint az idősebb felnőttek vagy nyugdíjas korúak), a korcsoportok közötti különbségek jelentősen eltérő eredményekhez vezethetnek. A UNODC tagállamai által használt jellemző korcsoportok a következők: 12 év feletti, 14 év feletti, 15 év feletti, 18 év feletti, 12-60 év közöttiek; 16-59 év közöttiek; 18-60 év közöttiek; 15-45 év közöttiek; 15-75 és közöttiek; és egyre gyakrabban a 15-64 évesek csoportja. Az éves jelentési kérdőív újabb változata előírja a 15-64-es korcsoport, mint legfontosabb életkori csoport mérését. Ahol a tagállamok által jelentett korcsoportok nem tértek el lényegesen ettől a korcsoporttól, ott meghagyták a jelentett korcsoportot és kiegészítették a pontosítással. Ahol a vizsgálatok jelentősen különböző korcsoportokon alapultak, ott az eredményeket átszámították a 15-64-es korcsoportnak megfelelően. Országoként változnak a kábítószeres használatára vonatkozó adatgyűjtési módszerek, ami csökkenti az összehasonlíthatóságot. A lehetőségek ezen különbségek utólagos kiigazítására korlátozottak. Ezért a UNODC szívesen lát minden olyan regionális szintű erőfeszítést, amely összehasonlíthatóbb adatot eredményez (ahogy az jelenleg Európában az EMCDDA és Amerikában a CICAD munkája eredményeként történik). Eltérő módszertani eljárások alkalmazása egy adott országon belül is eltérő eredményekhez vezethet. Ilyen esetekben a forrásokat alapos elemzésnek vetették alá, és előnyben részesítették a legfrissebb adatokat és azon módszertani eljárásokat, amelyek a leginkább érvényesnek ítélt eredményeket adták. Így például általánosan elfogadott, hogy a lakossági vizsgálatok eredményeket adnak a kannabisz, a stimulánsok vagy a kokain használata becslésére során az általános populációra vonatkozóan, legalábbis azon országokban, ahol nem jár negatív következményekkel a kábítószer-fogyasztás beismerése. Ezért, a lakossági vizsgálatok eredményeit prevalencia becslések során rendszerint előnyben részesítették egyéb forrásokkal szemben, mint például a jelentett rendőrségi nyilvántartási adatok vagy a kezelésben lévők adataival szemben. Viszont, amikor a heroin használatáról van szó (vagy intravénás kábítószer-használatról), az országos lakossági felmérések adatai hajlamosak durván alulbecsülni ezt az értéket, mivel a heroin-fogyasztók gyakran nem laknak a klasszikus értelemben vett háztartásokban (lehetnek hajléktalanok, kórházban vagy börtönben lévők). A heroinfogyasztás gyakran erősen stigmatizált, emiatt a hajlandóság a heroinfogyasztás bevallására alacsonyabb lehet; és a fogyasztók gyakran földrajzi értelemben is koncentrálnak egy bizonyos területen. Több indirekt módszert fejlesztettek ki ennek a kábítószer-használó csoportnak a becslésére. Ilyenek lehet például a különféle multiplikátor módszerek (úgy mint: kezelés multiplikátor, rendőrségi adat multiplikátor, HIV/AIDS multiplikátor vagy halálozás multiplikátor), a fogás-visszafogás módszere és a többváltozós módszerek. Ahol bizonyíték létezett arra vonatkozóan, hogy az elsődleges „problémás kábítószer” az opiát, és közvetett becslések hozzáférhetőek a „problémás szerhasználatra” vagy az intravénás szerhasználatra (főként Nyugat-Európai országok), ott előnyben részesítették ezeket a lakossági vizsgálatok eredményeivel szemben. Egyéb kábítószer típusoknál elsőbbségben részesítették az éves prevalencia adatokat, melyeket a lakossági vizsgálatok során gyűjtöttek. Több országból nem elérhető ugyanakkor éves prevalencia adat, hanem csak életprevalencia vagy előző havi prevalencia adat, más esetekben közöltek éves prevalencia adatokat, de eltérő korcsoportokra vonatkozóan.

Ahhoz, hogy összehasonlítható eredményekhez jussanak, szükséges volt extrapolálni az előző havi prevalencia vagy az életprevalencia adatokat az éves prevalencia mutatójára és/vagy az eredményeket átszámítani a korcsoportoknak megfelelően. Az alulbecslés problémája általánosabb a heroin esetében, de szintén létezik egyéb kábítószeréknél, mint például a kokain vagy a metamfetamin esetében.

Átszámítás eltérő korcsoportok alkalmazását követően

Az eltérő korcsoportok használata miatti átszámítás bemutatása egy új-zélandi példán keresztül:

Új-Zéland 2006-ban végrehajtott egy lakossági vizsgálatot a 15-45 éves népességben. A vizsgálat szerint az ecstasy-fogyasztás éves előfordulása a népesség 3,4%-át érintette, ami kb. 71 200 személyt jelent. Minthogy adott a szoros kapcsolat az ecstasy-fogyasztás és fiatalabb életkor között, feltételezhető, hogy a 45 év feletti korcsoportban alacsony a használat. Így a fentebb megállapított népességet elosztva a 15-64 éves korcsoport népesség számával (2,764 millió) 2,6%-os becsült prevalencia értéket kapunk. A helyzet némileg bonyolultabb, amikor a kannabiszt nézzük. Új-Zéland a népesség 15-45 éves korcsoportjában 17,9%-os kannabisz fogyasztási prevalenciát jelentett. Valószínű azonban, hogy a fogyasztás 45 éves kor felett is folytatódik, az egyéb országokban végzett kannabisz vizsgálatok alapján. Ezért a 15-64 éves korcsoport körében a kannabisz-használat becslését az ausztrál kannabisz-fogyasztók életkorstruktúrájának extrapolálásából származtatták. Feltételezve, hogy az új-zélandi kannabisz-használók korstruktúrája hasonlít az ausztrálokéhoz, az új-zélandi 15-64 éves korcsoport esetében a kannabisz-fogyasztás éves prevalenciája 13,3% körülire becsülhető, így ezt a becslést jelentették a

Statisztikai Mellékletben. Hasonló eljárásokat alkalmaztak a más országbeli korcsoportos adatok kiigazításánál. Több ország jelentett a 15 éves kor feletti vagy a 18 évnél idősebb korcsoportra vonatkozó prevalencia adatokat. Ezekben az esetekben általában feltételezték, hogy 65 éves kor felett nincs jelentős kábítószer-használat. A kábítószer-fogyasztók száma a 15 év feletti (vagy 18 év feletti) népesség alapján így a 15-64 éves korú népesség egy hányadosaként lett feltüntetve.

Az eredmények extrapolálása az életprevalenciáról az előző évi prevalenciára

Néhány ország úgy végzett vizsgálatokat az utóbbi években, hogy nem tette fel a megelőző évi kábítószer-fogyasztás előfordulására vonatkozó kérdést. Ilyen esetekben az eredményeket extrapolálták, hogy megkapják az éves prevalencia értékeket. Tétélezzük fel, hogy egy európai ország 2%-os kokain életprevalencia értéket jelentett és az előző évi prevalenciát ez alapján becsülik meg. A nyugat-európai kokain-fogyasztás életprevalenciáját és éves prevalencia értékét tekintve kimutatható, hogy van egy erős pozitív korreláció a két érték között (korrelációs együttható $R = 0,94$). Minél magasabb tehát az életprevalencia, annál magasabb lesz az éves prevalencia, és viszont. A kapott regressziós görbe alapján ($y =$ éves prevalencia és $x =$ életprevalencia) megbecsülhető, hogy egy 2%-os életprevalenciával rendelkező nyugat-európai ország valószínűleg 0,7%-os éves prevalenciát fog mutatni (lásd az ábrát). Majdnem ugyanazt az eredményt kapjuk, ha kiszámoljuk a nyugat-európai országok súlyozatlan éves prevalencia érték és a súlyozatlan életprevalencia érték arányát ($0,93/2,61 = 0,356$) és ezt megszorozzuk a szóban forgó ország életprevalencia értékével ($2\% * 0,356 = 0,7$). Hasonló megközelítést alkalmaztak az összes arány kiszámítására, azáltal, hogy átlagolták az éves- és életprevalencia hányadost, minden országra kiszámolva. A kapott átlagos arány (0,387) megszorozva az érintett ország életprevalenciájával, megadja az éves gyakoriság becslését ($0,387 * 2\% = 0,8\%$). Mivel adva van ez a szoros kapcsolat az életprevalencia és az éves prevalencia között (és egy még erősebb kapcsolat az éves- és a havi prevalencia között), az életprevalenciából vagy az aktuális használat mutatóiból az éves prevalenciára történő extrapolálásokat előnyben részesítették egyéb lehetséges extrapolálással szemben.

Jó minőségű eredmények (kismértékű hibával) csak az ugyanabban a régióban lévő országra alkalmazott extrapolálás eredményeként várhatók. Ha a nyugat-európai átlag helyett (0,387), az USA-belit használtuk volna (0,17), a becslés egy 2%-os kokain életprevalenciájú ország esetében lecsökkenne 0,3%-ra ($2\% * 0,17$). Egy ilyen becslés valószínűleg helyes egy olyan előzményekkel rendelkező ország esetében, mint az USA, amely két évtizede küzd kokain-problémákkal, de különbözik Nyugat-Európától, ahol a kokain-probléma az utóbbi évtized jelensége. Extrapolálási célra, ahol csak lehetett, az ugyanabban a régióban hasonló kábítószer-használati mintázattal rendelkező országokból származó adatokat alkalmazták.

Extrapolálás kezelési adatok alapján

Több fejlődő ország esetében az egyetlen elérhető kábítószerrel kapcsolatos adat a keresleti oldalon a kezelési igény volt. Az ilyen esetekben alkalmazott módszer a régióbeli, hasonló társadalmi-gazdasági struktúrájú országok által jelentett éves prevalencia és kezelési adatokra támaszkodott. Minden országra kiszámolták az 1000 droghasználóra jutó kezelt személyek arányát. A különböző eredményeket átlagolták és a kapott átlagot használták, hogy kikövetkeztessék a droghasználók lehetséges számát a kezelésben részesülő személyek számából.

Extrapolálás iskolavizsgálatok alapján

Az iskolavizsgálatokat és országos háztartáspanel vizsgálatokat egyaránt folytató országok adatainak elemzése azt mutatja, hogy általánosságban pozitív összefüggés mutatkozik a két változó között, kiváltképpen a kannabisz, ATS és kokain esetében. Ez az összefüggés azonban gyengébb, mint az életprevalencia és az elmúlt évi prevalencia között vagy az aktuális használat és az elmúlt évi prevalencia közötti összefüggés az általános népesség körében. Ugyanakkor erősebb, mint az opiáthasználat és az intravénás használat HIV+ esetek közötti, és a kezelés és droghasználat közötti összefüggés. Ezeket az extrapolálásokat az ugyanazon régióba tartozó, vagy hasonló társadalmi struktúrájú országok iskolavizsgálataiból és háztartáspanel vizsgálataiból számított arányok felhasználásával végezték.

Két megközelítést alkalmaztak:

- az összevetni kívánt országokban az iskolavizsgálatok és háztartáspanel vizsgálatok arányainak súlyozatlan átlagát;

b. egy regresszió-alapú extrapolálást, felhasználva a többi országból származó becslések közötti kapcsolatot a szóban forgó ország becslésének meghatározásához, az ország iskolavizsgálatának becslése alapján.

Ez a két becslés egy intervallumot generált. Ezt tekintették az ország 15-64 év közötti lakossága körében a droghasználat elmúlt évi prevalencia becslések alsó és felső határának.

Megjegyzés a nemzeti szintű intervallumokkal kapcsolatban

A fenti tárgyalásból kétségkívül kiderül, hogy sok esetben bizonytalan az extrapolált vagy beszámított értékek pontossága. Különböző megközelítések használhatók egy vizsgálaton belül, vagy a droghasználat prevalenciájáról több vizsgálat eredményein keresztül készített becslések során. Az ENSZ Kábítószer Jelentésében az intervallumok nemzeti szinten vannak feltüntetve. Ennek a célja az, hogy tükrözze az eltéréseket, amelyek akár egy országon belül is előfordulhatnak, amikor különböző megközelítéseket alkalmaznak a droghasználat szintjének a becslésére.

Regionális és globális becslések készítése a droghasználók számáról

E célból az országok becsült gyakorisági rátái a 15-64 éves korú népességre lettek alkalmazva, ahogy azt az ENSZ Népeségkutató Osztálya a 2007-es évre meghagyta. A 2009-es jelentésben az előző évekhez viszonyítva megváltoztatták a regionális és globális számok kiszámításának módszerét.

A jelentős bizonytalanság miatt, illetve az adathiányok érzékeltetése érdekében, nincsenek „abszolút” számok megadva, ehelyett intervallumokat állapítottak meg. Ezek tükrözik az adat extrapolálásánál vagy beszámításánál fennálló bizonytalanságot. Így tehát, tartományok (nem abszolút számok) állnak rendelkezésre a becsült számokhoz és prevalenciához. Szélesebb intervallumok lesznek meghatározva azon régiókra, ahol kevésbé alátámasztott a droghasználat valószínűsíthető szintje – más szóval, azon régiók esetében, amelyekről kevesebb közvetlen becslés érhető el, vagy csak a régió népességének egy kisebb hányadára vonatkozóan készült becslés. Kizárólag azok a becslések használhatók fel a becslések elkészítéséhez, amelyeket elégségesen szilárdnak és/vagy frissnek ítélnék ahhoz, hogy az ENSZ 2009-es Kábítószer Jelentés táblázataiban országokénti bontásban publikálhatók legyenek. A kiadatlan becslések nem kerülnek tényleges felhasználásra az országos, szubregionális vagy globális szintű prevalencia becslések során. Erőfeszítések történtek szubregionális és regionális becslések készítésére. Ilyen becslések csak ott készültek, ahol közvetlen becsléseket közöltek legalább két országra vonatkozóan, amelyek lefedik a szubrégió vagy régió 15-64 éves lakosságának legalább 20%-át. Az egy közölt becsüléssel rendelkező országok (tipikusan azok, amelyek egy lakossági vizsgálatot, vagy egy közvetett prevalencia becslést jelentettek intervallum meghatározása nélkül) esetében nem került sor a bizonytalanság becslésére. Ugyanazt a becslést használták az alsó és felső határértékek meghatározására. A határértékek megállapítása közölt becsüléssel nem rendelkező országokban úgy történt, hogy a közvetlen becslések intervallumában a 10-ik és 90-ik percentilist használták az alsó és felső becslés készítésére. Ez széles intervallumokat eredményez azon régiókra, ahol földrajzi eltérés van, és/vagy eltérés van a létező nemzeti szintű becslésekben; ugyanakkor csökkenti a valószínűségét annak, hogy az erősen torzított becslések komoly hatást gyakoroljanak a regionális és globális számok tekintetében (minthogy ezek nagy valószínűséggel kívül esnek a 10-ik és 90-ik percentilisen).

Az ENSZ Kábítószer Jelentés becslései az elmúlt évben legalább egy alkalommal tiltott szert fogyasztók számáról

A Jelentésben intervallumok is lejelentésre kerülnek. Két intervallum készült, és mindegyik megközelítés legalacsonyabb és legmagasabb becslését használták fel az alsó és felső határértékek megállapításához, a teljes, tiltott szert fogyasztó népességre vonatkozóan. A két megközelítés a következő volt:

1. A múlt évben az öt kábítószer csoportot használó személyek számának globális becslését összegezték. Igazodva a tényhez, hogy az emberek több mint egy kábítószer típust használnak, és ez az öt csoport így átfedésben van, a végösszeget lefelé igazították. Ezen kiigazítás mértéke olyan amerikai, kanadai, ausztrál, brit, olasz, brazil, mexikói és

német háztartáspanel vizsgálatok alapján került meghatározásra, amelyek mind az öt kábítószer típust vizsgálták, továbbá jelentettek a teljes tiltott szerhasználatra vonatkozó becslést is. Mindezen vizsgálatokban az egyes szercsoportokat használók összege átlagosan 116%-a volt a teljes szerhasználói populációnak. A végösszeget ezért elosztották 1,16-tal.

2. Ez a megközelítés a teljes – kannabisz használókat is magába foglaló – droghasználó népesség átlagos arányán alapszik. Az átlagos arányt amerikai, kanadai, ausztrál, brit, olasz, brazil, mexikói és német háztartáspanel vizsgálatok alapján állapították meg, amelyek mind az öt kábítószer típust vizsgálták, továbbá jelentettek teljes tiltott szerhasználatra vonatkozó becslést is. Ezekben a vizsgálatokban, a kannabisz-használókat magába foglaló összes drogfogyasztó átlagos aránya 76% volt. A kannabisz-használók becsléséhez ezért a globális szintű intervallumot elosztották 0,76-tal.

AZ ENSZ Kábítószer Jelentés becslései a “problémás droghasználók” számáról

A drogfogyasztás kapcsán problémákat tapasztaló fogyasztók számával kapcsolatos becslések kétséget kizáróan hasznosak. A drogfogyasztóknak ez az az alcsoportja, amelyik a legnagyobb valószínűséggel kerül az egészségügy, illetve rendvédelmi szervek látókörébe, és akik drogfogyasztása a – becslések szerint – a legnagyobb terhet jelenti a közegészségügy és a közrend szempontjából. A problémás droghasználók számát jellemzően a függő droghasználók számával becsülik meg. Előfordul, hogy az EMCDDA által a nemzeti szintű közvetett prevalencia becsléshez használt megközelítést alkalmazzák, mely definíciója az injekciót vagy hosszú távú opiát-, amfetamin- vagy kokain-használatot tekint problémás droghasználatnak. Ilyen becslések kivitelezése komoly feladat, még országos szinten is. Még komolyabbak ezek a kihívások, amikor kísérletet tesznek a problémás vagy az intravénás szerhasználók létszámának regionális és globális szintű becslésére, ahol további problémák merülnek fel a hiányos adatok miatt. A legelterjedtebb megközelítés valamilyen fajta extrapolálási technika alkalmazása. A következő megközelítést alkalmazták: mind az öt – az öt különböző kábítószer típust használó csoportra vonatkozó – intervallum becslést átszámították egy ún. „heroinhasználat ekvivalensre”. Ezt az ún. „relatív kockázati együttható” segítségével számították ki, mely a UNODC Ártalom Indexén alapul. Ez alkalmas arra, hogy a különböző kábítószerre vonatkozó eredményeket összesítsék egyetlen referencia kábítószerre (ez esetben heroinra). Ez az együttható lehetővé teszi, hogy mind az öt droghasználói becslést közös nevezőre, egyetlen referencia értékre hozzák, ez a „heroinhasználat ekvivalens”. A becslés alsó határát az öt különböző becslés alsó határának, míg a felső határát az öt különböző becslés felső határának összege adja. A problémás szerhasználók számának becslése érdekében megszorozták ezeket az eredményeket az „előző évben heroint használók” arányával az Egyesült Államok Nemzeti Droghasználat és Egészség Felmérés eredményei (53% és 68% között volt az elmúlt hat évben) alapján. Ennek megfelelően a problémás szerhasználók becslésének alsó határa az arány alsó határértékének (53%) és a heroinhasználatra átszámított becslött populáció alsó értékének (34,1 millió) szorzata. A becslés felső határa a felső határérték (68%) és a heroinhasználatra átszámított becslött populáció felső értékének (56,3 millió) szorzata.

Záró megjegyzések

Nyilvánvaló, hogy mindegyik, más országból származó eredményeket extrapoláló módszernek vannak gyengeségei. Ezeket a becsléseket óvatosan kell értelmezni. A UNODC megkísérelte a torzítást lehetőség szerint a szomszédos országok adatainak extrapolálásával csökkenteni. A Jelentésben közölt globális becslések a valószínűsíthető nagyságrendeket tükrözik, nem pedig a kábítószer-fogyasztás elterjedtségére vagy a tendenciáira vonatkozó precíz statisztikai adatokat. Pontosabb intervallum-becslések akkor készíthetők, ha több ország készít szigorú, tudományos módszerekkel megalapozott becsléseket.

Utószó

A szöveggyűjteményben tiltott és legális drogok nemzetközi indikátorait bemutató szakmai anyagokat gyűjtöttünk össze. A kötet szerkezete bizonyos mértékig tükrözi a különböző drogok indikátorainak kidolgozottságát és egységességének mértékét.

Az alkoholprobléma mérhetőségével meglehetősen bőséges szakirodalom foglalkozik. Az alkalmazott indikátorok azonban országonként igen különbözőek. A közvetett indikátorok egységesítésére irányuló törekvés, elsősorban a WHO tevékenységében mutatkozik meg. Ezt tükrözi a WHO által készített, és a kötetben közölt két tanulmány. Az egységesen és általánosan alkalmazott közvetett indikátorok száma azonban csekély ezen a területen. Kiterjedt az alkoholprobléma közvetlen indikátorainak módszertani irodalma is. Ugyanakkor – feltehetően a különböző fogyasztási kultúrák különböző módszerekkel való mérhetősége miatt – az indikátorok egységesítése európai szinten is éppen csak elkezdődött.

A kábítószer-probléma nemzetközi indikátorai – elsősorban az Európa Tanács Pompidou Csoportja, majd az EMCDDA erőfeszítéseinek köszönhetően – meglehetősen kidolgozottak és – legalábbis európai szinten – egységesek. Igaz ez a közvetett és a közvetlen indikátorokra egyaránt. Ezen a területen az indikátorok nemcsak egységesek és kidolgozottak, hanem a probléma tiltott, és ebből adódóan rejtett jellegéből, valamint a kábítószeres sokféleségéből adódóan, a mérésre alkalmazott indikátorok száma nagyobb, mint az alkohol területén. Ezért a szöveggyűjteményben az alkalmazott indikátorok mindegyikére vonatkozóan közöltünk olyan módszertani tanulmányt, amely az adott indikátorok előállításának, alkalmazhatóságának és érvényességének problémáit tárgyalja.

Annak ellenére, hogy a dohányzás az egyik legelterjedtebb drogfogyasztási forma, indikátorainak kidolgozottsága és egységesítése egyelőre nem túl kidolgozott. A nemzetközi törekvések inkább irányulnak a dohányzás okozta károk, a dohányzáspolitikára, és annak hatékonyságának vizsgálatára, és kevésbé találhatók olyan indikátorok, amelyek a dohányzás egységes, nemzetközi szinten történő mérését céloznák. Bár vannak kezdeményezések arra, hogy a dohányzás elterjedtségét közvetlen indikátorokkal, nemzetközileg összehasonlítható módon mérjék, ezek a vizsgálatok messze nem olyan rendszeresek és összehangoltak, mint a kábítószeres vagy az alkohol területén tapasztalható. Ezért a szöveggyűjteményben is csupán egy összefoglaló tanulmányt közlünk a dohányzás nemzetközi indikátorairól.

Feltehetően a fiatal korosztályok fokozottabb érintettsége, fokozottabb védelme iránti igény hozta létre az ESPAD és a HBSC kutatásokat. Ezek részletesebb bemutatását azért tartottuk fontosnak, mert ez az a két vizsgálat sorozat, amely az időbeli és nemzetközi összehasonlítás biztosítása érdekében a legkidolgozottabb és leginkább egységesített módszertannal rendelkezik a tiltott és legális drogok fogyasztása területén.