

# Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 (OLAAP) reprezentatív lakossági felmérés módszertana

PAKSI BORBÁLA<sup>1</sup>, PILLÓK PÉTER<sup>2</sup>, MAGI ANNA<sup>3,4</sup>, DEMETROVICS ZSOLT<sup>3</sup>, FELVINCZI KATALIN<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Eötvös Loránd Tudományegyetem, Neveléstudományi Intézet

<sup>2</sup> Pázmány Péter Katolikus Egyetem, BTK Szociológiai Intézet, Társadalomkutatási Tanszék

<sup>3</sup> Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

<sup>4</sup> Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola

**Célkitűzés:** Tanulmányunkban az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) kutatás 2019-ben készült harmadik adatfelvételének általános módszertani háttérét és főbb metodológiai eredményeit mutatjuk be. A kutatás a magyar népesség addiktológiai problémáinak feltérképezése, s a hazai általános populációs addiktológiai trendek nyomon követése mellett az addiktológiai vizsgálatok során alkalmazott módszertan fejlesztésére irányuló célkitűzéseket fogalmaz meg. A tanulmányban bemutatásra kerülnek a kutatásban felhasznált mérőeszközök, az alkalmazott mintaválasztási és adatfelvételi stratégia, továbbá a mintaeléréssel, valamint az alkalmazott mérőeszközök megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos módszertani eredmények. **Módszer:** A kutatás a 18-64 éves népesség bruttó 1800, nettó 1385 fős, országos reprezentatív mintáján készült. Az elméleti hibahatár mértéke 95%-os megbízhatósági szinten  $\pm 2,6\%$ . A mintakiesések korrigálása rétegek kategóriák szerinti mátrix-súlyozással történt. A felmérés a szerhasználó magatartások (dohányzás, alkohol- és egyéb pszichoaktív szerek használata), valamint a különböző viselkedési addikciók (problémás internet használat; problémás online játék használat; problémás online közösségi média használat; problémás szerencsejáték használat; problémás testedzés; evési zavar; munkafüggőség; kényszeres vásárlás; problémás mobiltelefon használat) vizsgálatára irányult. **Eredmények:** Az adatok megbízhatóságának, a mintavételen kívüli hibák nagyságának adatbázison belüli eszközökkel történő vizsgálata alapján azt mondhatjuk, hogy a vizsgált addikciós magatartások aktuális jellemzői és mintázódása tekintetében a kutatás adatai alapján érvényes és megbízható megállapítások fogalmazhatók meg. Ugyanakkor a szerhasználó magatartások mintavételen kívüli hibáinak tendenciái azt jelzik, hogy a változások elemzése fokozott odafigyelést igényel az érintett adatok értelmezése során, illetve esetleg korrekciós eljárások alkalmazását teszi szükségessé, a tendenciák becslése, illetve interpretálása esetében. A kutatás először vizsgálta a viselkedési addikciókra vonatkozó prevalencia adatok megbízhatóságát és érvényességét. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy ezek az adatok valószínűleg a szerhasználó magatartásokhoz képest kisebb mértékben terheltek mintavételen kívüli hibákkal.

*(Neuropsychopharmacol Hung 2021; 23(1): 184–207)*

**Kulcsszavak:** addiktológiai problémák, reprezentatív lakossági felmérés, módszertan, dohányzás, alkoholfogyasztás, pszichoaktív szer-használat, viselkedési addikciók

## BEVEZETÉS

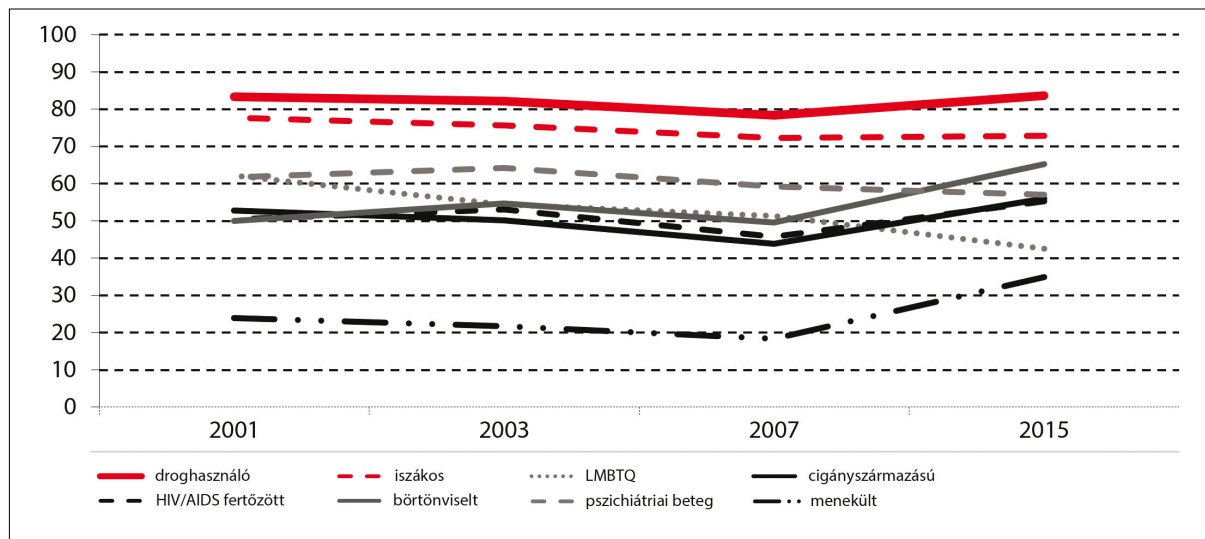
Az addiktológiai szakirodalom már az 1900-as évek kezdetétől beszámol önbevallásos epidemiológiai vizsgálatokról (Billings, 1903; Swiecicki, 1972), s a népesség alkoholfogyasztásának megismerésére irányuló kutatások területén a század második felétől, a kutatások terjedésével megjelentek a módszerek összehangolására és összehasonlíthatóságára való törekvések is (Elekes, 2002, 2007). A tiltott szerek fogyasztásának vizsgálata ennél rövidebb múltra tekint vissza. Európában a nyolcvanas-kilencvenes években terjedtek el a normál populációs drogepidemiológiai kutatások (pl. Menard & Huizinga, 1989; Sandwijk et al, 1991; Kokkevi & Stefanis, 1994), melyek azonban – az alkalmazott metodológiai eljárások különbözőségei miatt – csak korlátozott összehasonlítási lehetőségekkel szolgáltak (Hibell et. al., 1997; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 1996). A vizsgálatok terjedésével azonban ezen a területen is egyre határozottabb törekvés mutatkozott a nemzeti kutatások összehangolására (Johnston, et al., 1994; Pompidou Group, 1995; EMCDDA, 1996). A fiatal populációra vonatkozó kutatások esetében a kilencvenes évek közepére (Hibell & Andersson, 1994), a felnőtt népességre irányuló vizsgálatok tekintetében pedig a kilencvenes évek második felében került sor az összehasonlítást megnehezítő fő problémák beazonosítására (EMCDDA, 1997), s az első ajánlások megfogalmazására (EMCDDA, 1999). Ajánlások keretében kidolgozásra került a lakossági drogepidemiológiai vizsgálatok „modellkérdőíve” (European Model Questionnaire [EMQ]), az adatok feldolgozása során a javasolt fogalmi apparátus, illetve a helyzetleírásra alkalmazandó jelzőszámok képzésére vonatkozó útmutató (EMCDDA, 1999). A teljes modellkérdőívet az EMCDDA 2002-ben aktualizálta (EMCDDA, 2002), majd a kutatási tapasztalatokra (EMCDDA, 2009a,b; Decorte et al., 2009), illetve a drogfogyasztási szokások változására reflektálva folyamatosan újabb kiegészítő ajánlások kerülnek kidolgozásra (EMCDDA, 2013, 2015; Karjalainen, 2018). A társadalom pszichoaktívserhasználatával kapcsolatos állapotának folyamatos monitorozása mellett az utóbbi évtizedekben egyre határozottabban jelen van a viselkedési addikciók elterjedtségének, kockázati és megóvó tényezőinek vizsgálata iránti társadalomtudományi érdeklődés és standard mérőeszközök kidolgozására való törekvés is az addiktológiai kutatásokban (Demetrovics & Kun, 2010; Studer et al, 2019; Grubbs, 2020; Loo, 2020; Marmet, 2020; Meng, 2020).

Ma már sok országban megfigyelhető a nemzetközi ajánlások alkalmazása a lakossági önbevallásos vizsgálatok során (Decorte et al., 2009), azonban a rendszeresen megismétlésre kerülő, standard metodikát alkalmazó vizsgálati elrendezések mellett továbbra is fontos kérdés, hogy mennyire tekinthetők megbízhatónak és érvényesnek az önbevalláson alapuló válaszok. A hibák nem mintavételből fakadó részének nagyságát számos, a kutatók által nem befolyásolható tényező alakíthatja, amelyek egyike a vizsgált jelenség társadalmi, kulturális kontextusa (pl. Groves, 1989; Johnson et al., 2002; Pillók, 2010; Stoop, 2004). Emiatt a válaszok érvényességének és megbízhatóságának kérdése fokozottan érvényesül az olyan, morális térben zajló, rejtőzködő magatartások elterjedtségének becslésére irányuló survey-vizsgálatok során, mint amilyenek az önbevallásos addiktológiai kutatások (EMCDDA, 1999, 2000; Harrison, 1997; Hartnoll, 1993, 1998; Elekes, 2002; Johnston et al., 2007; Paksi, 2007; Nyírády, 2009; Kirtadze et al., 2016). A mintavételen kívüli hibák társadalmi állapotokra, illetve állapotváltozásokra való érzékenysége okán a mintavételi, illetve adatfelvételi eszközök és eljárások standardítása nem garantálja az önbevallásos addiktológiai adatok megbízhatóságának és érvényességének stabilitását. Éppen ezért az addiktológiai adatfelvételek esetében – az adatfelvételi módszerek standardításának biztosítása mellett – különösen fontos: egyrészt a különböző addiktológiai változók minőségének kontrollálásra alkalmas módszertani paraméterek folyamatos regisztrálása és elemzési eljárások kimunkálása; másrészt a trendek felvázolására, a nemzetközi összehasonlításokra, továbbá a kockázati és megóvó tényezők azonosítására irányuló elemzések során az önbevallások torzítottságának becslésére lehetőséget adó innovatív adatfelvételi és elemzési módszerek kidolgozása és alkalmazása.

Az elmúlt másfél évtizedben a hazai lakosság körében végzett addiktológiai vizsgálatok attitűdállapotokra vonatkozó eredményei (Paksi, 2003, 2009; Elekes & Paksi, 2004; Felvinczi et al., 2015) alapján az addiktológiai adatfelvételek az utóbbi időszakban a marginalizált társadalmi csoportokat fokozottan elutasító társadalmi morális térben készülnek (1. ábra).

Az önbevallásos adatok mintavételen kívüli hibáinak társadalmi érzékenysége miatt a droghasználókkal és általában a marginalizált társadalmi csoportok többségével kapcsolatos társadalmi távolság kedvezőtlen irányú változása az érzékeny adatok gyűjtésére irányuló önbevallásos addiktológiai vizsgálatok esetében – az adatfelvételi módszerek standardításának biztosítása mellett – különösen fontos egyrészt a

**1. ábra** Különböző társadalmi csoportok megítélésének társadalmi távolság skálán mért változásai a 18-53 éves magyarországi felnőtt népességben 2001 és 2015 között.



Kérdés: „Ön mennyire látna szívesen a szomszédságában olyan személyt, aki ... ?” Válaszkategóriák: 1 – ellenezné; 2 – inkább nem; 3 – attól függ; 4 – nem kifogásolná; 5 – szívesen látná. Az ábrán az 1-es és 2-es választ adók aránya látható.

különböző addiktológiai változók minőségének kontrollálására alkalmas módszertani paraméterek folyamatos regisztrálása és elemzési eljárások kimunkálása; másrészt a trendek felvázolására, a nemzetközi összehasonlításokra, továbbá a kockázati és megóvó tényezők azonosítására irányuló elemzések során az önbevallások torzítottságának becslésére lehetőséget adó innovatív adatfelvételi és elemzési módszerek kidolgozása és alkalmazása.

### A kutatás célkitűzései

A kutatás a hazai és nemzetközi kutatási előzmények alapján felvázolt megoldandó problémákkal összhangban a következő, egymáshoz szorosan kapcsolódó célkitűzések megvalósítására irányult.

1. A kutatás végső célja a magyarországi 18-64 éves populáció szerhasználati szokásainak és különböző viselkedési addikciókban való érintettségének vizsgálata, a hazai általános populációs addiktológiai tendenciák nyomon követése.

Magyarországon először 2001-ben (Paksi, 2003)<sup>1</sup>, legutóbb pedig 2015-ben (Paksi et al., 2017) készült az általános populációban a különböző addiktológiai problémák vizsgálatára irányuló célzott epidemiológiai vizsgálat. A jelen kutatás a szerhasználó magatartások (dohányzás, alkohol-, gyógyszer- és drog-

fogyasztás) vonatkozásában 18 éves trendek, egyes viselkedési addikciók (Evési zavarok, Kényszeres vásárlás, Munkafüggőség, Problémás szerencsejáték-, valamint Problémás internethasználat) esetében pedig az utóbbi 4 évben történt változások felrajzolására ad lehetőséget.

2. A kutatás végső, epidemiológiai becslére irányuló céljához szorosan kapcsolódnak annak további, az addiktológiai vizsgálatok során alkalmazott módszertan fejlesztésére irányuló céljai.

2.1. A szerhasználó magatartások vizsgálatának módszertani paraméterezésére, illetve az elterjedtségének korrigált becslésére – a korábbi elemzéseink során (Paksi et al., 2020) – kidolgozott kohorsz-elemzési módszer szélesebb körű, a viselkedési addikciók területére is kiterjedő alkalmazási lehetőségeinek megteremtése.

2.2. Mivel az adatok kohorsz-elemzéssel való kontrollálási és korrigálási lehetősége a vizsgálatok időbeli távolságának növekedésével csökken, így hosszútávon olyan metodikák kidolgozásán és meghonosításán kell munkálkodnunk a társadalmi körülmények változásának fokozottan kitett önbevallásos addiktológiai vizsgálatok során, amelyek kevésbé érzékenyek a társadalmi kontextusra, így biztosítják a mintavételen kívüli hibák stabilitását. Ennek érdekében a kutatás során az OLAAP 2015-ös kutatás során alulbecsült

<sup>1</sup> Az időszakban készült vizsgálatok: ADE 2001: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2001 (Paksi, 2003); ADE 2003: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2003 (Elekes & Paksi, 2004); OLAAP 2007: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2007 (Paksi et al., 2009); OLAAP 2015: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2015 (Paksi et al., 2017)

jelző pszichoaktív szer-használattal kapcsolatos kérdések esetében a – bizalmatlanságból, konformitásból, önreprezentációs feszültségből adódó torzításokat a szakirodalmi tapasztalatok alapján sikeresen csökkentő – Randomized Response Method (RRM) eljárás (Warner, 1965; Kirtadze et al., 2016) alkalmazása, az EMQ ezirányú továbbfejlesztésére lehetőséget adó kutatási design kimunkálása.

Jelen tanulmányban az OLAAP 2019 vizsgálat általános módszertani hátterét és főbb metodológiai eredményeit mutatjuk be. A tanulmányban leírásra kerülnek a kutatásban felhasznált mérőeszközök, az alkalmazott mintaválasztási és adatfelvételi stratégia, továbbá a mintaelérettel, valamint az alkalmazott epidemiológiai mérőeszközök megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos módszertani eredmények.

## A KUTATÁS MÓDSZERTANI HÁTTERE

Az epidemiológiai vizsgálatok során általában kiemelt jelentőséggel bír az eredmények populációra való kiterjeszhetősége, az adatok megbízhatóságának és érvényességének vizsgálata. A kérdéskör jelen kutatásunk módszertani célkitűzése miatt különösen is fókuszba kerül, így az OLAAP 2019 kutatás során – az addiktológiai problémák vizsgálatára irányuló korábbi hazai epidemiológiai vizsgálatokhoz képest is – kiemelt hangsúlyt fektettünk a mintaválasztási és adatfelvételi stratégia körültekintő megválasztására, valamint a mintavételen kívüli hibák monitorozási lehetőségeinek megteremtésére.

### *A kutatás során alkalmazott adatfelvételi battéria leírása*

Az adatfelvételi battéria kialakítása során nagy hangsúlyt fektettünk arra, hogy a kutatás során korszerű, az eredmények nemzetközi kontextusban való értelmezhetőségét biztosító, a nemzetközi tudományos térben megjelenő kutatások/ajánlások által támogatott mérőeszközök kerüljenek alkalmazásra. A kérdőívben felhasznált skálák és kérdéscsoportok kiválasztása során ezen túlmenően ügyeltünk arra is, hogy eredményeink a korábbi hasonló témájú hazai epidemiológiai felmérésekkel (Paksi, 2003, Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017) is összehasonlíthatóak legyenek.

A korábbi felmérések tapasztalatait és a nemzetközi ajánlásokat felhasználva munkacsoportunk egy 600 kérdésből álló adatfelvételi battériát szerkesztett, amely az alábbi területeket ölelte fel:

- (1) Pszichoaktív szer-használat (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) elterjedtsége és társadalmi megítélése
- (2) különféle viselkedési (problémás internet használata; problémás online játék használata; problémás online közösségi média használata; problémás szerencsejáték használata; problémás testedzés; evési zavar; munkafüggőség; kényszeres vásárlás; problémás mobiltelefon használata) addikciók elterjedtsége
- (3) pszichológiai háttér (rumináció, aggodalmaskodás, testi tünetek, impulzivitás, szenzoros élménykeresés, reflektív működés, pszichológiai jólét)
- (4) szociodemográfiai háttér (nem, életkor, kulturális- és gazdasági státus, háztartás összetétel, anómia, társadalmi integráció, családi érintettség)

A kérdőív kialakítása során számoltunk a kontextus-hatással (Angelus & Tardos, 2006; Pillók, 2010), figyelembe vettük az adatfelvételi szituáció dinamikájának sajátosságait, az egyes kérdések/kérdésblokkok konnotációját, továbbá az eredmények összehasonlítása során a kontextus homogenitásának biztosítása érdekében a korábbi kutatások (Paksi, 2003, Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017) során alkalmazott kérdőívek kérdésstruktúráját. Ennek megfelelően az adatfelvételi battéria első részében szociodemográfiai elhelyezkedésre vonatkozó kérdések szerepeltek, ezt követték a szerhasználattal, illetve viselkedési addikciókkal kapcsolatos kérdéscsoportok, illetve pszichológiai háttérváltozókat leképező skálák, majd végül az új tematikát jelentő RRM kérdések és a különböző marginalizált társadalmi csoportokkal kapcsolatos vélekedések tematika zárta a kérdezési szituációt.

A kutatás komplex tematikája mellett a kérdezési idő hosszának keretek között<sup>2</sup> tartása érdekében a kérdőív összeállítása során több esetben rövidített skálákat használtunk. Valamennyi rövidített skála kialakításánál a korábbi felmérések pszichometriai eredményeit vettük figyelembe.

(1) A pszichoaktív szer-használat elterjedtségének becslésére alkalmazott mérőeszközök:

Az adatfelvételi battéria pszichoaktív szer-használat becslésére szolgáló blokkjának alapját a 2015-ben készült OLAAP vizsgálat (Paksi et al., 2017) képezte<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> A személyes adatfelvétel esetében a szakirodalom szerint az ideális kérdezési idő 45-60 perc, de a 75-80 perc is még elfogadható (Eranus, Láng, Máth, Rácz, 2004)

<sup>3</sup> Az OLAAP 2015-ös kutatás során a szerhasználattal elterjedtségének mérésére alkalmazott kérdőív harmonizált korábbi magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatokkal (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009.) A vizsgálat indikátorok, és azok nemzetközi ajánlásokkal, illetve korábbi kutatásokkal való harmonizációja részletesen megtalálható az OLAAP 2015 kutatás módszertani leírásának 1-2. táblázatában (Paksi et al., 2017).

- Drogfogyasztás: EMQ – European Model Questionnaire (EMCDDA, 2002); észlelt hozzáférhetőség és fogyasztásnak való kitettség (EMCDDA, 2013); NPS – új pszichoaktív szerek használata (EMCDDA, 2015); SDS – Severity of Dependence Scale (Ferri et al., 2000; Gossop et al., 1995; Gossop et al., 1997); CAST – Cannabis Abuse Screening Test (Gyepesi et al., 2013; Legleye et al., 2007); RRM - Randomized Response Method, Unrelated Question (Folsom et al., 1974)
  - Visszaélészerű gyógyszerhasználat: EMQ kérdések (EMCDDA, 2002) 2017-es revíziója (Karjalainen, 2018)
  - Dohányzás: EMQ – European Model Questionnaire (EMCDDA, 2002); FTND - Fagerström Test for Nicotine Dependence (Heatherton et al., 1991). A kérdések külön felvételre kerültek a hagyományos dohányzás és az e-cigaretta használat vonatkozásában is.
  - Alkoholfogyasztás: EMQ – European Model Questionnaire (EMCDDA, 2002); RARHA-SEAS – Reducing Alcohol Related Harm (RARHA) Standardised European Alcohol Survey (Moskalewicz et al., 2016); High-Intensity Drinking (Patrik & Azar, 2018); AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test (Allen et al., 1997; Gerevich et al., 2006; Saunders et al., 1993); RRM - Randomized Response Method, Unrelated Question (Folsom et al., 1974)
- Kirtadze és munkatársai (2016) drogepidemiológiai kutatások terén mutatkozó, valamint Bornemissza és Csepeli (1998) más érzékeny magatartások terén szerzett hazai tapasztalatai alapján néhány pszichoaktív szer esetében az elterjedtség becslésére az EMQ kérdéseket kiegészítettük a Randomized Response Method (RRM) eljárás (Warner, 1965; Fox & Tracy, 1984; Rudas, 1979; Pillók, 2010; Umesh & Peterson, 1991) alkalmazására lehetőséget adó kérdésekkel. A lehetséges RRM technikák közül a Moors (1970) által kidolgozott független kérdéses elrendezés (Unrelated Question Design) Folsom és munkatársai (1974) által továbbfejlesztett változatát alkalmaztuk, melynek során, a mintánkat két almintára osztottuk, és az egyik almintán véletlenítésre használt független (alternatív) kérdéseket a másik almintán direkt kérdésként kérdeztük meg (1. melléklet: RRM kérdések).
- (2) Különbféle viselkedési addikciók elterjedtségének becslésére alkalmazott standard mérőeszközök:
- Problémás internet használat: PIUQ - Problémás Internet Használat Kérdőív (Problematic Internet Use Questionnaire; Demetrovics et al., 2004, 2008; magyarul: Koronczai et al., 2011; Nyikos et al., 2001)
  - Problémás online játék használat: Ten-Item Internet Gaming Disorder Test [IGDT-10] (Király et al., 2017, 2019), Online Játékhasználat Motivációi Kérdőív Eszképizmus alskála [Motives for Online Gaming Questionnaire, MOGQ-ESC] (Demetrovics, et al., 2011)
  - Problémás online közösségi média használat: BSMAS – Bergen Social Media Addiction Scale (Andreassen, Torsheim et al., 2012; Bányai et al., 2017)
  - Problémás szerencsejáték használat: PGSI – Problem Gambling Severity Index (Gyollai, et al., 2013); DSM5 (American Psychiatric Association, 2013)
  - Problémás testedzés: EAI-HU – Exercise Addiction Inventory (Mónok et al., 2012; Terry et al., 2004)
  - Évési zavar: SCOFF questionnaire (Morgan et al., 1999), BAT - Testi Attitűdök Tesztje (Body Attitudes Test; (Czeplédi et al. 2010; Probst et al., 1995)
  - Munkafüggőség: BWAS – Bergen Work Addiction Scale (Andreassen, Griffiths et al., 2012; Orosz et al., 2016)
  - Kényszeres vásárlás: RCBS – Richmond Compulsive Buying Scale (Maraz et al., 2015; Ridgway és mtsai., 2008)
  - Problémás mobiltelefon használat: Problematic Mobile Phone Use 2 Questionnaire [PMPUQ-SV], Dependencia alskála (Lopez-Fernandez et al., 2018)
- A fentiekben felsorolt mérőeszközök közül a SCOFF, a PIUQ és az EAI-HU az OLAAP 2007-es és az OLAAP 2015-ös vizsgálatban (Paksi et al., 2009, 2017), illetve a BWAS az OLAAP 2015-ös vizsgálatban is felvételre került, így a vizsgált viselkedési addikciók közül az Évési zavarok, a Problémás internethasználat, valamint a Problémás testedzés, illetve a munkafüggőség vonatkozásában a kutatás lehetővé teszi a hazai tendenciák nyomon követését is.
- A válaszok megbízhatóságának és érvényességének becslésére, az adatok kohorszlelemzéssel való kontrollálása, illetve esetleges korrigálhatósága érdekében (Paksi et al., 2020) a standard kérdéssorok mellett a pszichoaktív szer használatával és a viselkedési addikciókkal kapcsolatos kérdések esetében szerepeltettünk életprevalenciára (LTP), valamint az első használatra/tevékenységre vonatkozó kérdéseket<sup>4</sup>. A drog-

<sup>4</sup> Az OLAAP 2015-ös kutatás esetében a tiltott drogok és a dohányzás esetében voltak meg a kohorszlelemzéssel való korrekciós becslés feltételei. Az elemzés mindkét esetben megerősítette a hibák által jelzett alulbecslést, és szükségesnek mutatkozott a mért értékek korrigálása. A vizsgált viselkedési addikciók közül a 2007-es kutatásban is vizsgált négy magatartás közül két magatartásnál hibahatáron túli életprevalencia csökkenés mutatkozott a vizsgált kohorszban, azonban mivel az OLAAP 2015-ös kutatásban nem ismertük az adott magatartások vonatkozásában az első használat életkorát, így a viselkedési addikciók esetében nem tudtunk korrekciós becslést végezni, csak a feltételek megteremtésének szükségességére tudtuk felhívni a figyelmet (Paksi et al., 2020).

használattal kapcsolatos kérdések esetében a válaszok megbízhatóságának és érvényességének becslésére lehetőséget adó további kérdések (pl. dummy drog, illetve a konzisztens válaszok arányának számítását lehetővé tevő további relációk) kerültek beépítésre a kérdőívbe.

- (3) A kutatás során alkalmazott pszichológiai skálák:
- Impulzivitás: BIS-11 – Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale) (Barratt, 1959; Patton et al., 1995; Kapitány-Fövény, et al., 2020).
  - Szenzoros élménykeresés: BSSS – Szenzoros Élménykeresés Skála – rövidített változat (Brief Sensation Seeking Scale; Hoyle et al., 2002)
  - Rumináció: RRS – Ruminative Response Scale (Kokonyei et al., 2016; Treynor et al., 2003)
  - Aggodalmaskodás: PSWQ – Penn-State Worry Questionnaire (Meyer et al., 1990; Pajkossy et al., 2015)
  - Testi tünetek: PHQ-15 – Szubjektív Testi Tünet Skála (Kroenke et al., 2001; Köteles & Bárdos, 2009)
  - Reflective Functioning Questionnaire: RFQ-8 (Fonagy et al., 2016)
  - WHO általános Jól-lét skála (Susánszky et al., 2006).
- (4) A szociodemográfiai kérdések összeállítása során elsősorban az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) 2015-ös adatfelvételének tapasztalataira (Paksi et al., 2017), valamint az „European Social Survey” (ESS) 2016-ban készült 8. hullámának magyarországi kérdőívére<sup>5</sup> és az „European Values Study” (EVS) 2017-es adatfelvételére<sup>6</sup> támaszkodtunk.

### *A minta nagysága és a mintavétel stratégiája*

A mintavételi terv kialakítása során a következő szempontokat vettük figyelembe:

1. A kutatás célpopulációja a magyarországi 18-64 éves lakónépesség;
2. A kiválasztott személyek reprezentálják az ország 18-64 éves lakónépességét;
3. A minta 95%-os megbízhatósági szinten megközelítőleg  $\pm 2,5\%$ -os elméleti hibahatárral biztosítsa a 18-64 éves korosztály adatainak elemzését
4. A kiválasztás minden alapegységét tekintve véletlenszerű legyen;
5. A mintavétel – a vizsgált magatartások várhatóan szignifikáns urbanizációs és életkori mintázata (Paksi et al., 2018) miatt – biztosítsa a minta életkor és településméret szerinti arányosságát, valamint

tegye lehetővé a területi (regionális szintű) becsléseket.

A mintavételi keretet BM Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkárságának (BM NYHÁT) 2019. január 1-i nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező 18-64 éves felnőtt lakosság (6.345.527 fő) képezte (a mintakeret rétegzési szempontok szerinti eloszlását lásd az 1. táblázatban).

A minta kiválasztása Budapesten egy, vidéken pedig két lépcsőben zajlott. A vidéki alminták kiválasztásának első lépcsőjében regionális elhelyezkedés (5 TÁRKI régió) és településméret (6 méretkategória) szerint rétegzett, véletlen mintavételi eljárással történt a mintába kerülő települések<sup>8</sup> (120 mintavételi pont) kiválasztása. Ezt követően a második lépcsőben a kiválasztott településeken életkor (5 életkori kategória) szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárással választottuk ki a megkérdezendő személyeket. A fővárosi alminták esetében egylépcsős, korcsoportok és kerületek szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárást alkalmaztunk. A fenti eljárással összességében 1800 fős bruttó mintát választottunk (2. táblázat).

Az adatfelvétel eszközének leírása során már jelzett Randomized Response Method (RRM) eljárás alkalmazása miatt a mintát két egyenlő nagyságú véletlen almintára bontottuk.

A mintavesztés pótlására a főmintával azonos elvek szerint választott, a főmintához képest kétszeres elemszámú, alminták, rétegzési kritériumok, illetve nemek szerint illesztett pótmintát alkalmaztunk.

### *Az adatfelvétel stratégia*

Az OLAAP 2019 kutatás során a megkérdezettek együttműködési készségének, részvételi hajlandóságának növelése érdekében – a korábbi hazai lakossági vizsgálatok során alkalmazott eljárással megegyező módon (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017) – a mintába került személyeket az adatfelvétel indulása előtt írásban felkértük a kutatásban való közreműködésre.

Az adatfelvétel során a mintába került, előzetesen kiértékelített személyeket előzetes felkészítésen részt vett hivatásos kérdezőbiztosok keresték fel.

A mintaszemélyek felkeresése – a korábbi hazai vizsgálatokkal (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017) megegyező módon – a 2. ábrán bemutatott protokoll szerint történt. A minta minőségének megóvása, illetve a mintaszemélyek elérhetősége és

<sup>5</sup> [https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round8/fieldwork/hungary/ESS8\\_questionnaires\\_HU.pdf](https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round8/fieldwork/hungary/ESS8_questionnaires_HU.pdf)

<sup>6</sup> <https://europeanvaluesstudy.eu/methodology-data-documentation/>

<sup>8</sup> A települések kiválasztása során a megyeszékhelyek és a megyei jogú városok önreprezentálóak, azaz mintába kerülésük esélye 1 volt.

**1. táblázat** A mintakeret eloszlása: régió<sup>7</sup>, településméret, és korcsoport szerint BM NYHÁT 2019. január 1-i nyilvántartása alapján (% , N=6.345.527 fő)

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves
É-NY	0-999	0,27%	0,45%	0,53%	0,50%	0,50%
	1000-4999	0,69%	1,17%	1,48%	1,26%	1,17%
	5000-9999	0,15%	0,26%	0,33%	0,28%	0,27%
	10000-49999	0,45%	0,81%	1,06%	0,91%	0,89%
	50000-149999	0,50%	0,94%	1,31%	1,07%	0,98%
D-NY	0-999	0,35%	0,54%	0,61%	0,60%	0,62%
	1000-4999	0,38%	0,64%	0,76%	0,71%	0,75%
	5000-9999	0,08%	0,14%	0,18%	0,16%	0,16%
	10000-49999	0,29%	0,51%	0,69%	0,61%	0,64%
	50000-149999	0,30%	0,54%	0,67%	0,59%	0,58%
Közép-Kelet	0-999	0,11%	0,17%	0,20%	0,18%	0,19%
	1000-4999	0,75%	1,18%	1,45%	1,30%	1,20%
	5000-9999	0,39%	0,63%	0,81%	0,73%	0,62%
	10000-49999	1,16%	1,92%	2,73%	2,29%	1,87%
	50000-149999	0,21%	0,37%	0,51%	0,44%	0,39%
É-K	0-999	0,25%	0,36%	0,35%	0,35%	0,32%
	1000-4999	0,88%	1,28%	1,28%	1,21%	1,14%
	5000-9999	0,33%	0,51%	0,53%	0,50%	0,49%
	10000-49999	0,46%	0,76%	0,86%	0,76%	0,76%
	50000-149999	0,14%	0,24%	0,33%	0,27%	0,25%
	150000 vagy több	0,40%	0,75%	0,95%	0,81%	0,76%
D-K	0-999	0,05%	0,08%	0,08%	0,09%	0,09%
	1000-4999	0,43%	0,72%	0,81%	0,76%	0,76%
	5000-9999	0,21%	0,34%	0,40%	0,37%	0,36%
	10000-49999	0,46%	0,79%	0,98%	0,88%	0,86%
	50000-149999	0,19%	0,33%	0,45%	0,39%	0,36%
	150000 vagy több	0,19%	0,35%	0,42%	0,37%	0,32%
Bp		1,58%	3,50%	4,77%	3,78%	3,10%

a célváltozók között feltételezhető kapcsolat miatt<sup>9</sup> a kutatás során különös hangsúlyt fektettünk a megfelelő keretinformációkkal rendelkező, de az első megkeresés során nem elért mintaszemélyek megkeresésére: sikertelen elérés esetén a kérdezőknek három alkalommal kellett felkeresniük a valid címet, három különböző napszakban<sup>10</sup>. Amennyiben háromszori felkeresés során sem tudták felvenni a kapcsolatot a kérdezzel, vagy a kérdezt visszautasította a válaszával, illetve egyéb ok (tartós távollét, vagy alkalmatlanság) miatt kiesett, akkor a mintavesztés pótlására az egyes rétegek kategóriák mentén a kieső mintaszemélyekhez illesztett pótmintát alkalmaztunk.

A kutatás során az alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos survey vizsgálatokra vonatkozó nemzetközi ajánlásokkal (WHO, 2000; EMCDDA, 2002; Decorte et al., 2009) harmonizálva, a korábbi hazai kutatások adatfelvételi protokolljával (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017) meg-

egyező módon személyes megkereséssel zajló, kevert – azaz a face-to-face kérdezési módszert önkitöltős elemekkel kombináló – kérdezési technikát alkalmaztunk:

- A szociodemográfiai háttérváltozókra vonatkozó kérdések, néhány attitűd kérdés (társadalmi távolság skála, pszichoaktív szer-használat társadalmi kezelésével kapcsolatos attitűdök) valamint a vizsgált viselkedési addikciók szűrőkérdéseinek („A” kérdőív) felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face-to-face” módszerrel történt.
- A pszichoaktív szer-használattal kapcsolatos („B” kérdőív), valamint a vizsgált viselkedési addikciók és a pszichológiai háttérváltozók mérésére alkalmazott – fent részletezett – tesztbatteria felvétele pedig a kérdezőbiztos jelenlétében, önkitöltős módszerrel történt. Az önkitöltős kérdéseket tartalmazó adatfelvételi batteria válaszait a kérdezők nem ismerhették meg, azokat lezárt borítékban adták

<sup>7</sup> A korábbi kutatásokkal összhangban a területi rétegek kialakítása az TÁRKI régiók szerint történt.

<sup>9</sup> A szakirodalmi tapasztalatok (WHO, 2000) alapján a többszörös megkereséssel elért személyek körében magasabb prevalencia értékek várhatók.

<sup>10</sup> A felkeresések időpontjait regisztrálták szintén a címkártyán.

2. táblázat A bruttó minta elemszáma az egyes rétegekben

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves	összesen
É-NY	0-999	5	8	10	8	9	40
	1000-4999	14	21	26	22	22	105
	5000-9999	3	4	6	5	5	23
	10000-49999	8	14	19	17	16	74
	50000-149999	8	17	24	19	18	86
D-NY	0-999	6	10	11	11	11	49
	1000-4999	7	12	13	13	13	58
	5000-9999	2	2	3	3	3	13
	10000-49999	5	9	12	11	12	49
	50000-149999	5	10	12	11	10	48
Közép-Kelet	0-999	2	3	4	3	3	15
	1000-4999	15	21	26	23	21	106
	5000-9999	8	11	14	12	12	57
	10000-49999	21	35	50	42	33	181
	50000-149999	3	7	10	8	7	35
É-K	0-999	5	7	6	7	5	30
	1000-4999	15	24	23	22	20	104
	5000-9999	5	10	9	9	9	42
	10000-49999	8	13	16	13	15	65
	50000-149999	3	4	6	5	4	22
	150000 vagy több	7	14	17	14	13	65
D-K	0-999	1	1	1	2	2	7
	1000-4999	7	13	15	14	14	63
	5000-9999	4	6	7	6	7	30
	10000-49999	8	15	17	17	15	72
	50000-149999	3	6	8	8	6	31
Bp	150000 vagy több	3	6	8	7	6	30
		28	63	86	67	56	300
Összesen		209	366	459	399	367	1800

vissza a megkérdezett személyek a kérdés során mindvégig jelen lévő, így a kérdezési körülmények standardítását (pl. hogy a kérdezett ne családtagjaival együtt töltsse ki a kérdőívet) biztosító kérdőbiztosnak.

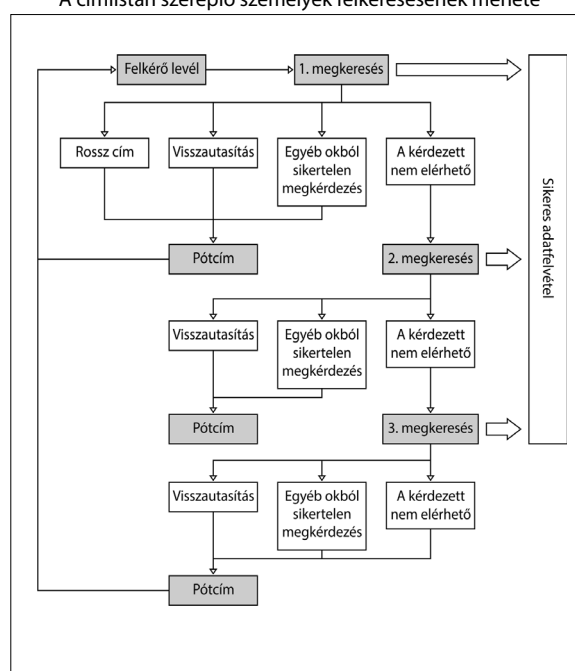
Az adatfelvételi időszak meghatározása során figyelembe vettük, hogy olyan időszakban, történjen az adatgyűjtés, mikor nagyobb ünnepek nem módosítják a szerhasználó magatartások rövid idejű prevalencia értékeit az általában jellemző fogyasztási szokásokhoz képest. Ennek megfelelően az adatfelvétel 2019. márciusában kezdődött, így az újévhez kötődő ünnepek miatti megnövekedett fogyasztást az elmúlt havi prevalencia adatok már nem tartalmazzák, és áprilisban, a húsvéti ünnepek előtt fejeződött be.

### Az adatfeldolgozás módja

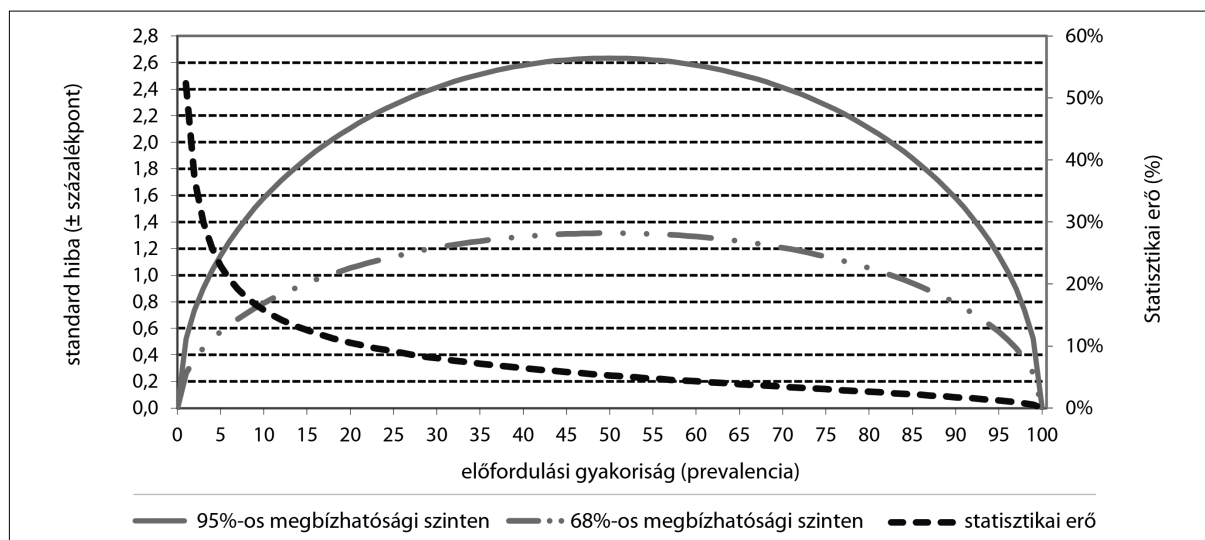
Az adatok feldolgozása az adott kérdéssel kapcsolatos nemzetközi ajánlások és szakirodalmi előzmények figyelembevételével, IBM SPSS Statistics 26 programmal történt.

2. ábra

A címlistán szereplő személyek felkeresésének menete





**3. ábra** A statisztikai erő görbe és a standard hiba elméleti nagyságának alakulása (N=1385)

A szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos prevalencia változók képzése során EMCDDA (2002) standardokkal és a korábbi hazai lakossági vizsgálatok során alkalmazott eljárással megegyező módon (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017) az LTP, LYP, illetve az LMP kiszámítása során „konzisztencia korrekciót” (EMCDDA, 2002, 35. oldal) végeztünk, melynek keretében egyrészt az életprevalencia kérdések – külön változóban – korrigálásra kerültek a rövidebb idejű prevalencia kérdések esetében kapott fogyasztásbevallásokkal, valamint egyéb fogyasztásra utaló kérdések válaszaival (az első használat életkorával, illetve az új szerek esetében a használat módjára vonatkozó kérdésre adott válasszal), másrészt a rövidebb idejű prevalenciák válaszhiányait a hosszabb idejű prevalencia kérdésekre adott „nem” válaszok alapján pótoltuk. Más kérdések esetében az adattisztításon túli adatkorrekcióra nem került sor.

## A KUTATÁS MÓDSZERTANI EREDMÉNYEI

### Részvételi arány, nettó minta nagysága, súlyozás

Az adatfelvétel során a főmintába került személyek 95,4%-ával történt sikeres kapcsolatfelvétel, 1,3% esetében az adatnyilvántartó hivatal által rendelkezésre bocsátott címadat nem volt megfelelő (rossz keretinformáció), 3,3% esetében pedig a megkérdezett személy háromszori megkeresés alkalmával sem volt elérhető. A mintakiesések oka legnagyobb arányban

a visszautasítás volt: a mintaszemélyek 37,9%-a utasította el a válaszadást. A főminta 4,3%-a esetében egyéb ok (pl. tartós távollét, alkalmatlanság) miatt nem volt sikeres a megkérdezés, s a felkeresett címek 3,7%-a esetében ismeretlen okból nem történt adatfelvétel (3. táblázat). A sikeres megkérdezések aránya vidéken szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) nagyobb volt, mint Budapesten, ami az elutasítások nagyobb arányának következménye. A 35 év alatti, illetve a 35-64 éves korcsoportba tartozó mintaszemélyek között nem mutatkozott szignifikáns eltérés sem a sikeres megkérdezések arányában, sem a mintakiesések mintázódásában.

A kutatás során – a mintakiesések pótlására alminták és rétegzési szempontok szerint illesztett pótminta alkalmazásával – elért teljes nettó minta nagysága 1.385 fő, ezen belül az RRM eljárás alkalmazása miatt kialakított alminták elemszáma 700 fő, illetve 664 fő<sup>11</sup>. A teljes nettó minta rétegenkénti elemszámait a 4. táblázatban láthatók.

Az 1385 fős mintában 95%-os megbízhatósági szinten érvényes elméleti hibahatár mértéke  $\pm 2,63\%$  (az almintákban: A =  $\pm 3,70$ ; B =  $\pm 3,86$ ) A teljes minta statisztikai paramétereinek alakulását (standard hiba, statisztikai erő) a 3. ábra mutatja be.

A mintakiesések korrigálására a teljes minta, illetve az egyes alminták esetében egyaránt elemszámtartó, rétegekategóriák szerinti<sup>12</sup> mátrixsúlyozást alkalmaztunk. A teljes mintában alkalmazott súlyok megtalálhatók az 5. táblázatban, a súlyok eloszlásának statisztikai mutatói pedig a 6. táblázatban.

<sup>11</sup> 21 válaszoló a megfelelő RRM kérdéssor hiánya miatt nem része egyik almintának sem.

<sup>12</sup> A főminta a mintaválasztás során alkalmazott mindhárom rétegekategória, a két alminta – kisebb elemszám miatt – életkor és településméret mentén került súlyozásra.

**3. táblázat** A főminta elérése, illetve a kiesések okaira vonatkozó riportok előfordulási aránya (%) a fővárosban és vidéken, illetve a fiatal felnőtt és az idősebb korosztályban

	Főminta összes	Budapest	Vidék	18-34 éves	35-64 éves
Sikeres megkérdezés	49,5	39,0	51,6	51,1	48,7
Pearson khi négyzet	-	15,795		0,930	
sig.	-	p<0,001		nsz	
Rossz keretinformáció	1,3	0,7	1,4	1,7	1,1
Megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély nem elérhető	3,3	0,3	3,9	3,8	3,1
A mintaszemély visszautasította a kérdést	37,9	54,0	34,7	33,9	39,8
Egyéb ok miatti mintakiesés	4,3	3,7	4,4	5,4	3,8
Ismeretlen ok miatti mintakiesés	3,7	2,3	4,0	4,0	3,6
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson Khi négyzet	-	45,537		8,655	
sig.	-	p<0,001		nsz	

**4. táblázat** A nettó minta elemszáma az egyes rétegekben (fő)

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves	összesen
É-NY	0-999	5	6	9	7	8	35
	1000-4999	13	20	22	22	21	98
	5000-9999	3	4	6	5	4	22
	10000-49999	8	12	18	13	16	67
	50000-149999	7	18	23	19	17	84
D-NY	0-999	6	10	11	11	10	48
	1000-4999	3	9	6	4	10	32
	5000-9999	2	1	3	3	3	12
	10000-49999	1	5	7	9	8	30
	50000-149999	2	7	9	10	7	35
Közép-Kelet	0-999	1	2	3	3	3	12
	1000-4999	11	15	21	13	13	73
	5000-9999	1	1	0	2	1	5
	10000-49999	11	22	30	32	22	117
	50000-149999	3	6	10	7	5	31
É-K	0-999	5	7	5	7	5	29
	1000-4999	11	17	15	14	12	69
	5000-9999	5	9	9	10	8	41
	10000-49999	7	12	15	13	15	62
	50000-149999	3	4	5	5	4	21
	150000 vagy több	7	12	17	14	10	60
D-K	0-999	0	0	0	0	0	0
	1000-4999	7	11	15	11	10	54
	5000-9999	4	6	7	6	7	30
	10000-49999	5	8	12	11	9	45
	50000-149999	1	3	6	4	5	19
	150000 vagy több	3	6	8	8	5	30
Bp		21	49	64	53	37	224
Összesen		156	282	356	316	275	1385

5. táblázat A teljes minta esetében az egyes rétegekben alkalmazott súlyok\*

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves
É-NY	0-999	0,7378	1,0457	0,8093	0,9900	0,8608
	1000-4999	0,7308	0,8098	0,9307	0,7912	0,7747
	5000-9999	0,6851	0,8835	0,7670	0,7741	0,9227
	10000-49999	0,7809	0,9391	0,8127	0,9684	0,7672
	50000-149999	0,9826	0,7244	0,7878	0,7820	0,7945
D-NY	0-999	0,7968	0,7465	0,7628	0,7592	0,8581
	1000-4999	1,7727	0,9850	1,7519	2,4664	1,0322
	5000-9999	1,6936	1,8895	0,8187	0,7332	0,7568
	10000-49999		1,4153	1,3594	0,9429	1,1026
	50000-149999		2,0517	1,0768	1,0341	0,8240
Közép-Kelet	0-999	1,4947	1,1925	0,9150	0,8438	0,8595
	1000-4999	1,3257	1,5735	1,4895	1,8694	1,7981
	5000-9999					1,7981
	10000-49999	1,4654	1,2109	1,2613	0,9908	1,1764
	50000-149999	0,9818	0,8575	0,7047	0,8660	1,0866
É-K	0-999	0,6860	0,7106	0,9743	0,6938	0,8810
	1000-4999	1,1031	1,0411	1,1833	1,1973	1,3175
	5000-9999	0,9176	0,7895	0,8186	0,6884	0,8404
	10000-49999	0,9191	0,8772	0,7964	0,8101	0,7054
	50000-149999	0,6304	0,8319	0,9169	0,7539	0,8545
D-K	150000 vagy több	0,7843	0,8673	0,7745	0,7999	1,0487
	0-999	0,9452	1,0024	0,8228	1,0650	1,1757
	1000-4999					0,7043
	5000-9999	0,7238	0,7963	0,7917	0,8474	0,7043
	10000-49999	1,2819	1,3736	1,1345	1,1133	1,3306
50000-149999	1,3264	1,5407	1,0358	1,3372	0,9848	
150000 vagy több		0,8004	0,7340	0,6329	0,8867	
Bp		1,0389	0,9889	1,0330	0,9876	1,1610

\*Egyes rétegekben a nettó minta alacsony esetszáma miatt (lásd a 4. táblázatban) a szomszédos rétegek összevonásával történt a súlyok kialakítása. A táblázatban ezeket az eseteket cellaösszevonással jeleztük.

6. táblázat Az alkalmazott súlyok eloszlásának statisztikai mutatói

	Teljes minta súlya	'A' alminta súlya	'B' alminta súlya
N	1385	700	664
Átlag	0,99993	1,000011	0,999997
Szórás	0,2639	0,1994	0,1496
Medián	0,9850	1,0110	0,9745
Módusz	1,0330	1,0290	0,9288*
Legkisebb súly	0,6304	0,6014	0,7365
Legnagyobb súly	2,4664	2,0326	1,5628
Range	1,836	1,4312	0,8263
Skewness (SE)	1,644 (0,066)	1,095 (0,092)	0,769 (0,095)
Kurtosis (SE)	3,918 (0,131)	3,571 (0,185)	1,400 (0,189)

\* Több módusz létezik, a feltüntetett érték a legkisebb.

### A mérőeszköz megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos eredmények

#### A prevalencia adatok megbízhatósága és érvényessége

A kérdőív a vizsgált addiktív magatartások többségére vonatkozóan tartalmazott életprevalenciára, majd

később az első fogyasztásra vonatkozó kérdéseket. A két kérdésre adott válaszok közötti megfelelés alapján kiszámítottuk a konzisztens használók (A oszlop), a konzisztens nem használók (B oszlop), valamint az inkonzisztens (D oszlop) választ adók arányát (7. táblázat). A konzisztens használóknak azokat a válaszolókat tekintettük, akik az életprevalencia kérdésre igen választ adtak és az első használat évére

**7. táblázat** Az életprevalenciára és az első használatra vonatkozó kérdések alapján konzisztens, illetve inkonzisztens válaszok aránya a vizsgált addiktív magatartások esetében (súlyozatlan adatok, %)

Addiktív magatartások	Konzisztens válaszok aránya (A=B+C)	Konzisztens nem használók aránya (B)	Konzisztens használók aránya (C)	Inkonzisztens válaszok aránya (D)	Élet prevalencia (E)	Konzisztens használók / életprevalencia (F=C/E)
Marihuána használat	99,8	94,1	5,7	0,2	6,2	91,9
Kokain használat	99,9	98,8	1,1	0,2	1,6	68,8
Ecstasy használat	99,8	98,0	1,8	0,2	2,7	66,7
Amfetamin használat	99,8	98,8	1,0	0,2	1,7	58,8
Szintetikus kannabisz használat	99,6	98,8	0,8	0,3	2,2	36,4
Dizájnér stimulánsok használata	99,7	99,2	0,5	0,3	1,5	33,3
Mágikus gomba használat	99,7	99,4	0,3	0,2	0,9	33,3
LSD használat	99,6	99,4	0,2	0,4	0,9	22,2
Heroin használat	99,9	99,8	0,1	0,2	0,5	20,0
Egyéb opiát használat	99,9	99,8	0,1	0,2	0,6	16,7
Inhaláns használat	99,7	99,7	0,0	0,3	0,5	0,0
Alkohol-gyógyszer együttes használat	97,4	97,0	0,4	2,6	2,3	17,4
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélküli használata	98,8	97,9	0,9	1,2	8,5	10,6
Hagyományos dohányzás	88,5	40,1	48,4	11,5	53,6	90,3
Rendszeres hagyományos dohányzás	94,3	59,4	34,9	5,7	39,1	89,3
Rendszeres e-cigaretta használat	95,3	94,5	0,8	4,7	1,0	80,0
Mobiltelefon használat	97,0	1,7	95,3	3,0	97,5	97,7
Okostelefon használat	95,5	22,4	73,1	4,4	76,9	95,1
Videójáték használat	84,5	51,1	33,4	15,6	45,0	74,2
Szerencsejáték használat	85,5	31,4	54,1	14,5	67,6	80,0

\*nincs konzisztens használó

vonatkozóan megadták, hogy hány éves korukban végezték először az adott tevékenységet, vagy „nem tudom” választ jelöltek. Konzisztensen nem használók közé pedig azokat soroltuk, akik mindkét kérdésnél egyértelműen azt jelölték, hogy soha nem végezték az adott tevékenységet. Az inkonzisztens válaszolók az egyik kérdésnél egyértelműen a tevékenység végzésére, a másik kérdésnél pedig egyértelműen annak nem végzésére vonatkozó választ adtak.

Az első használatra és az életprevalenciára vonatkozó kérdésre a tiltott, vagy csak droghasználati céllal fogyasztható szerek esetében a válaszolók rendre 99% feletti arányban konzisztensen válaszoltak. A visszaélészerű gyógyszerhasználatra vonatkozó (rendelvény nélküli nyugtató/altató fogyasztás, illetve alkohol-gyógyszer együttes fogyasztás) értékek ennél valamelyest alacsonyabbak, a dohányzással kapcsolatos kérdések esetében a rendszeres dohányzás adatok 5% körüli arányban tartalmaznak ellentmondásos válaszokat (7. táblázat A ill. D oszlop). A viselkedési addikciókkal kapcsolatos kérdések az első használat és az életprevalencia koherenciája tekintetében eltérően működtek: a mobil-, ill. az okostelefonok használatával kapcsolatos kérdésekre kapott válaszok több mint 95%-a konzisztens, a video- ill. a szeren-

csejátékra vonatkozó válaszoknak azonban mintegy 15%-a inkonzisztens volt.

A konzisztens használóknak az életprevalencia értékhez (LTP) viszonyított aránya alapján (7. táblázat F oszlop) azonban azt láthatjuk, hogy a dohányzás, illetve magasabb életprevalencia értékkel rendelkező hagyományos tiltott szerek, valamint a viselkedési addikciók esetében a prevalencia értékek nagyobb részben konzisztens adatokat tartalmaznak. Az új pszichoaktív szerek, a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás (nyugtató/altató használata orvosi rendelvény nélkül, illetve alkohol-gyógyszer együttfogyasztás), valamint néhány, alacsonyabb elterjedtségű hagyományos tiltott szer (opiátok, hallucinogének) életprevalencia értékei azonban jelentős inkonzisztens információt tartalmaznak, az inhaláns használatra vonatkozó válaszok között pedig nem találtunk konzisztens fogyasztásbevallást. Ezen utóbbi magatartásokra vonatkozó adatok – ahol az életprevalencia értékek zömében nem konzisztens válaszokon alapulnak – fenntartással kezelendők.

Az első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdések mentén mutatkozó inkonzisztens válaszok főbb társadalmi-demográfiai mintázódását vizsgálva a 20 féle magatartás mintázódását 5 háttérváltó men-

**8. táblázat** Az életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó kérdések alapján inkonzisztens válaszok mintázódása a vizsgált addiktív magatartások esetében a főbb társadalmi-demográfiai változók mentén (súlyozatlan adatok)

Addiktív magatartások	Nem <sup>13</sup>	Életkor <sup>14</sup>	Iskolai végzettség <sup>15</sup>	Bp-vidék <sup>16</sup>	Jövedelem <sup>17</sup>
Marihuána használat	p=0,095	nsz	nsz	p=0,080	p=0,016
Kokain használat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Ecstasy használat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Amfetamin használat	p=0,095	nsz	p=0,008	p=0,080	nsz
Szintetikus kannabisz használat	nsz	nsz	p=0,024	nsz	nsz
Dizájner stimulánsok használata	nsz	p=0,083	p=0,027	nsz	nsz
Mágikus gomba használat	p=0,096	nsz	nsz	nsz	nsz
LSD használat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Heroin használat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Egyéb opiát használat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Inhaláns használat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Alkohol-gyógyszer együttes használat	p=0,047	nsz	nsz	p=0,024	p=0,047
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélküli használata	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Hagyományos dohányzás	nsz	nsz	p=0,075	nsz	nsz
Rendszeres hagyományos dohányzás	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Rendszeres e-cigaretta használat	nsz	nsz	nsz	p=0,093	p=0,061
Mobiltelefon használat	nsz	p=0,006	p=0,006	nsz	nsz
Okostelefon használat	nsz	p=0,070	nsz	nsz	nsz
Videójáték használat	nsz	nsz	nsz	p<0,001	p<0,001
Szerencsejáték használat	nsz	nsz	nsz	p<0,001	p<0,001

nsz: p&gt;0,1

tén leíró 100 cella közül négyben kaptunk p<0,001, nyolc esetben pedig p<0,05 szinten szignifikáns összefüggést, s további 10 esetben jelentkezett tendencia jellegű (p<0,1) kapcsolat (8. táblázat). Összességben tehát az első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdések alapján képzett inkonzisztencia arányok társadalmi-demográfiai mintázódásának vizsgálatára elvégzett összefüggésvizsgálatok 12%-a jelzett szignifikáns, másik 10%-a pedig tendencia jellegű kapcsolatot, az esetek 78%-ában nem találtunk társadalmi-demográfiai mintázódást.

A szerhasználó magatartások esetében az adatok megbízhatóságának másik mutatójaként a különböző idejű prevalencia kérdésekre adott válaszok közötti

koherencia vizsgálatára is lehetőségünk volt. Ebben az esetben azt tekintettük inkonzisztens válasznak, ha a különböző időszakokra (életre, évre és hónapra) vonatkozó absztinencia adatok tekintetében inkonzisztencia mutatkozott, továbbá, ha a rövidebb időszakokra (általában előző hónapra) vonatkozó fogyasztás gyakorisága meghaladta a hosszabb időszakokra (általában az életre) vonatkozóan jelzett fogyasztási alkalmak számát (9. táblázat).

A vizsgált szerek/szerhasználó magatartások többsége esetében – az első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdések közötti inkonzisztencia arányokhoz hasonlóan – azt tapasztaltuk, hogy a válaszolók kevesebb, mint 1%-a adott inkonzisztens választ a

<sup>13</sup> Nemek szerint mutatkozó szignifikáns, vagy tendencia jellegű mintázódások minden esetben a férfiak körében jeleztek magasabb inkonzisztencia arányokat.

<sup>14</sup> Az életkor mentén jelentkező mintázódások vizsgálata során a rétegek kategóriák szerinti korcsoportokat használtuk. A mobil- és okostelefon használat esetén a 55-64, az új stimulánsok esetén a 25-44 éves korosztályban találtunk szignifikánsan vagy tendencia jelleggel magasabb inkonzisztencia arányokat.

<sup>15</sup> Az iskolai végzettség mentén jelentkező mintázódások vizsgálata során 4 kategóriás mutatót használtunk (1-8 ált. vagy kevesebb; 2-szakmunkás; 3-érettség; 4-felsőfok). A táblázat ezen oszlopában jelezett szignifikáns összefüggések – dohányzásra vonatkozó adatok kivételével – rendre a 8 általános vagy alacsonyabb iskolai végzettség esetén jeleztek magasabb inkonzisztenciát. A dohányzásra vonatkozó adatok esetében azonban a felsőfokú végzettségűeknél mutatkozott tendencia jelleggel nagyobb inkonzisztencia.

<sup>16</sup> A rendszeres e-cigaretta használatra vonatkozó adatok esetében a vidéki, a többi szignifikáns vagy tendencia jellegű összefüggés esetében pedig a budapesti válaszolók adatai tartalmaznak nagyobb inkonzisztenciát.

<sup>17</sup> A gazdasági státust megjeleníteni hivatott jövedelem változó mentén jelentkező mintázódások vizsgálata során 6 kategóriás mutatót használtunk (1: <125 ezer; 2: 126-180 ezer; 3: 181-255 ezer; 4: 256-380 ezer; 5: 381-400 ezer; 6: 400 ezer felett). A videó- és szerencsejáték használatra vonatkozó válaszok az 5. jövedelmi kategóriában, a szerhasználó magatartásra vonatkozó adatok pedig az alacsony státusú (1-2 kategóriába tartozó) válaszolók esetében tartalmaztak az átlagnál nagyobb arányú inkonzisztenciát.

**9. táblázat** A szerhasználó magatartásokra vonatkozó különböző idejű prevalencia kérdésekben jelentkező inkonzisztens válaszok aránya (súlyozatlan adatok, %)

Szerek/szerhasználó magatartások	Inkonzisztens válaszok aránya	LTP	inkonzisztens válaszok/ LTP
Alkohol*	2,6	71,3	3,6
Berűgás*	0,1	20,0	0,5
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélkül	0,9	8,5	10,6
Marihuána	0,2	6,2	3,2
Ecstasy	0,3	2,7	11,1
Szintetikus kannabisz	0,3	2,2	13,6
Amfetamin	0,1	1,7	5,9
Kokain	0,1	1,6	6,3
Dizájnér stimulánsok	0,2	1,5	13,3
Mágikus gomba	0,0	0,9	0,0
LSD	0,1	0,9	11,1
GHB	0,1	0,8	12,5
Crack	0,1	0,6	16,7
Egyéb opiátok	0,1	0,6	16,7
Heroin	0,1	0,5	20,0
Metadon rendelvény nélkül	0,1	0,5	20,0
Inhalánsok	0,9	0,5	180,0
Más drog	0,0	0,2	0,0
Intravénás használat	0,1	0,2	50,0
Szteroidok	0,1	0,2	50,0

\*Éves és havi prevalenciára és gyakoriságra vonatkozó kérdések alapján számított inkonzisztencia adatok, és a viszonyítás alapja LTP helyett LYP

különböző időszakokra vonatkozó szerhasználat előfordulása és gyakorisága tekintetében. Mindössze az alkoholfogyasztás éves és havi prevalenciája közötti inkonzisztencia ér el jelentősebb értéket (2,6%). Az inkonzisztens fogyasztóknak az életprevalencia értékhez (LTP) viszonyított aránya természetesen e mutató esetében is magasabb és inkább differenciál a szerek között. Azonban itt is elmondhatjuk, hogy a legelterjedtebb tiltott drog, a marihuána esetében az életprevalencia adatok döntően (96,8%-ban) konzisztens információkat tartalmaznak. Hasonlóképpen alacsony torzítottságot hordoznak az alkoholfogyasztás és a berűgás éves prevalencia adatai. Összességében az 1% feletti elterjedtséggel rendelkező szerek prevalencia értékeinek háttérben legalább 85%-ban a különböző időszakokra vonatkozó fogyasztásbevallások tekintetében konzisztens adatok állnak.

A különböző idejű prevalencia kérdések alapján a vizsgált 20 féle szer/szerhasználó magatartásra számított inkonzisztens válaszok arányát 5 háttérváltó mentén leíró 100 cella közül (lásd 10. táblázat) 13 esetben mutatkozott szignifikáns, 3 esetben pedig tendencia jellegű kapcsolat. Összességben tehát a különböző idejű prevalencia kérdések alapján képzett inkonzisztencia arányok társadalmi-demográfiai mintázódásának vizsgálatára elvégzett összefüggésvizsgálatok 84%-ában nem mutatkoztak a társadalmi-demográfiai

jellemzők mentén a további elemzéseket befolyásoló eltérések.

A különböző addikciós magatartásokkal kapcsolatos adatok érvényességét a hiányzó és érvénytelen válaszok arányával, a felülbecslés mértékének becslésével, valamint az alkalmazott standard skálák belső konzisztenciájának vizsgálatával paramétereztük.

A hiányzó és érvénytelen válaszok aránya a tiltott drogokkal és inhalánsokkal kapcsolatos kérdésekben igen stabil arányt mutat, jellemzően a kérdésblokk elutasítását fejezi ki: az életprevalenciára vonatkozó kérdések esetében 8,2-8,4% közötti, az éves prevalencia kérdések esetében pedig 10% körüli. Hasonlóan 10% körüli a válaszhiányok és érvénytelen válaszok együttes aránya a közösségi oldal és a videójáték használatával kapcsolatos kérdések esetében. A szélsőséges alkoholfogyasztás esetében ennél valamelyest nagyobb, az alkoholfogyasztás éves prevalenciaértéke, a visszaélészerű gyógyszerhasználattal kapcsolatos kérdések esetében valamelyest kisebb, a dohányzással, és a viselkedési addikciókkal kapcsolatos kérdések többsége esetében pedig elenyésző (kevesebb mint 2%) a válaszhiányok aránya (11. táblázat).

A semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez képest a vizsgált addiktív magatartásokkal, különösen a tiltott szerekkel, alkoholfogyasztással,

**10. táblázat** A különböző idejű prevalencia kérdésekben jelentkező inkonzisztens válaszok mintázódása a főbb társadalmi-demográfiai változók mentén (súlyozatlan adatok)

Szerek/szerhasználó magatartások	Nem <sup>18</sup>	Életkor <sup>19</sup>	Iskolai végzettség <sup>20</sup>	Bp-vidék <sup>21</sup>	Jövedelem <sup>22</sup>
Alkohol*	p=0,027	p=0,009	nsz	p=0,008	nsz
Berűgás*	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélkül	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Marihuána	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Ecstasy	nsz	nsz	p=0,067	nsz	nsz
Szintetikus kannabisz	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Amfetamin	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Kokain	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Crack	nsz	nsz	p=0,044	nsz	nsz
Dizájner stimulánsok	nsz	nsz	p=0,071	nsz	nsz
LSD	nsz	nsz	p=0,044	nsz	nsz
Mágikus gomba	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
GHB	nsz	nsz	p=0,044	nsz	nsz
Crack	nsz	nsz	p=0,044	nsz	nsz
Heroin	nsz	nsz	p=0,044	nsz	nsz
Egyéb opiátok	nsz	nsz	p=0,044	nsz	nsz
Metadon rendelvény nélkül	nsz	nsz	p=0,044	nsz	nsz
Inhalánsok	p=0,087	p=0,010	nsz	nsz	nsz
Más drog	nsz	nsz	p=0,044	nsz	nsz
Intravénás használat	nsz	nsz	p=0,044	nsz	nsz
Anabolikus szteroidok	nsz	nsz	p=0,044	nsz	nsz

nsz: p>0,1

illetve a közösségi oldal és videójáték használatával kapcsolatos adatok esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya relatíve magasnak tekinthető (pl. a kérdezett iskolai végzettségére vonatkozó kérdés esetében 0,1%; a háztartásméret esetében 0,4%). Ugyanakkor a szintén érzékenynek tekinthető jövedelemmel kapcsolatos kérdés esetében tapasztalt 20,7%-os válaszhiány arányhoz képest a különféle addikciókkal kapcsolatos kérdések elutasítása alacsonynak, az érvényes válaszok aránya jónak mondható.

A válaszhiányok és érvénytelen válaszok társadalmi és demográfiai mintázódásának vizsgálatára 49 addiktív magatartással kapcsolatos változót 5 háttérváltozó mentén vizsgáltuk:

- Nemek szerint mindössze 5 kérdés esetén mutatkozott szignifikáns vagy tendencia jellegű mintázódás.<sup>23</sup>
- Életkor szerinti mintázódás a vizsgált közel félszázból 6 változó esetében mutatkozott<sup>24</sup>, mindegyik esetben a 45 feletti korosztályokban volt nagyobb a válaszhiányok aránya.
- Iskolai végzettség tekintetében az adatok meglehetősen általános – a dohányzás kivételével az összes szerhasználó magatartást, valamint a közösségi oldal- és a videójáték használatot érintő – és az alacsony (maximum 8 általánossal vagy szakmunkás) végzettséggel rendelkezők körében a válaszhiányok magasabb arányú előfordulásával leírható mintázódást jeleznek.

<sup>18</sup> Nemek szerint az alkoholfogyasztás és az inhaláns-használat esetében is a férfiak körében jeleztek szignifikánsan, ill. tendencia jelleggel magasabb inkonzisztencia arányok.

<sup>19</sup> Az életkor mentén jelentkező mintázódások vizsgálata során a rétegek kategóriák szerinti korcsoportokat használtuk. Az alkoholfogyasztási adatok esetében a 55-64, inhaláns-használat tekintetében pedig a 18-34 éves korosztályban találtunk szignifikánsan magasabb inkonzisztencia arányokat.

<sup>20</sup> Az iskolai végzettség mentén jelentkező mintázódások vizsgálata során 4 kategóriás mutatót használtunk (1-8 ált. vagy kevesebb; 2-szakmunkás; 3-érettségi; 4-felsőfok). A táblázat ezen oszlopában jelezett szignifikáns vagy tendencia jellegű összefüggések – az dizájner stimulánsokra vonatkozó adatok kivételével – rendre a 8 általános vagy alacsonyabb iskolai végzettség esetén jeleztek magasabb inkonzisztenciát. A dizájner stimulánsokra vonatkozó adatok esetében azonban a szélső kulturális státusok esetén mutatkozott tendencia jelleggel nagyobb inkonzisztencia.

<sup>21</sup> A rendszeres alkohol használatra vonatkozó adatok esetében a fővárosi válaszolók adatai tartalmaznak nagyobb inkonzisztenciát.

<sup>22</sup> A gazdasági státust megjeleníteni hivatott jövedelem változó mentén jelentkező mintázódások vizsgálata során 6 kategóriás mutatót használtunk (1: <125 ezer; 2:126-180 ezer; 3:181-255 ezer; 4:256-380 ezer; 5: 381-400 ezer; 6: 400 ezer felett).

<sup>23</sup> Az alkoholfogyasztás LYP, és a nagyívás esetében a nők, a közösségi oldal és videójáték használat tekintetében pedig a férfiak esetében volt nagyobb a válaszhiányok és érvénytelen válaszok aránya.

<sup>24</sup> Internet-, közösségi oldal-, videójáték használat, valamint a nagyívással kapcsolatos kérdések esetében.

- Budapest-vidék dimenzió mentén – a dohányzás és az alkoholfogyasztás kivételével – minden vizsgált szerfogyasztó magatartással, valamint a közösségi oldal használatával és a sportolással kapcsolatos kérdés esetében szignifikánsan nagyobb a válaszhiányok aránya a vidéken.<sup>25</sup>
- A jövedelmi helyzet mentén a közösségi oldal illetve a videójáték használatával kapcsolatos kérdések az alacsonyabb (a maximum 180 ezer Ft) jövedelmi kategóriákban, a szerhasználó magatartások éves prevalencia értékeire vonatkozó kérdések – a dohányzás kivételével – pedig a közepes státusú (181-380 ezer közötti) kategóriában jeleztek szignifikánsan vagy tendencia jelleggel nagyobb érvényességi problémákat.

A droghasználattal kapcsolatos kérdések esetében a prevalencia értékek felülbecslési kockázatának bejósolására a kérdőívben szerepeltettünk egy nem létező dummy-drogot. A dummy-drog esetében az életprevalencia kérdésre 4 fő (0,3%), a rövidebb idejű prevalenciáknál pedig egy esetben fordult elő fogyasztásbevallás, s az alacsony értékekben társadalmi-demográfiai mintázódás nem mutatkozik.

*A kutatás során különféle addiktív magatartások elterjedtségének becslésére alkalmazott skálák belső konzisztenciája*

A kutatás során a különféle addiktív magatartások elterjedtségének becslésére alkalmazott standard mérőeszközök belső konzisztenciáját a Cronbach-alfa mutató segítségével vizsgáltuk, melynek ideális értéke 0,7-0,8 között van.

A szerhasználattal kapcsolatos kérdések között két standard mérőeszközt alkalmaztunk, az SDS-t (Severity of Dependence Scale) és a CAST-ot (Cannabis Abuse Screening Test). A Cronbach-alfa értéke a CAST esetében 0,9 feletti mely redundáns tételekre utalhat. Ezt a skála magas átlagos inter-item korrelációs értékei is megerősítik (12. táblázat). Az SDS esetében a Cronbach alfa ideális belső konzisztenciára utal, azonban a magas tételek közötti együttjárás (amely ideális esetben 0,15 és 0,5 között helyezkedik el) itt is redundáns tételeket jelezhet. A további elemzéseink során a reliabilitási mutatók javítása, valamint az általános populációs vizsgálatok rövidített mérőeszközök iránti igénye miatt is érdemes megvizsgálni egyes tételek elhagyásának lehetőségét.

**11. táblázat** A válaszhiányok és érvénytelen válaszok aránya a különböző addiktív magatartásokra vonatkozó prevalencia kérdésekben (súlyozatlan adatok, %)

Addiktív magatartások	Élet-prevalencia	Éves prevalencia <sup>26</sup>
Marihuána	8,2	10,3
Szintetikus kannabisz	8,3	10,3
Ecstasy	8,2	10,3
Amfetamin	8,3	10,4
Kokain	8,4	10,4
Crack	8,4	10,4
Dizájner stimulánsok	8,4	10,4
Heroin	8,4	10,4
Egyéb opiát	8,4	10,4
Metadon rendelvény nélkül	8,4	10,5
LSD	8,4	10,5
Mágikus gomba	8,4	10,5
GHB	8,4	10,5
Intravénás használat	8,4	10,5
Inhalánsok	8,5	10,5
Anabolikus szteroidok	8,4	10,5
Alkoholfogyasztás	-	7,3
Nagyívás (5 vagy több / 10 vagy több ital)	-	12,3/13,3
Berúgás	-	9,1
Altató/nyugtató orvosi rendelvény nélkül*	6,1	
Alkohol-gyógyszer együtt*	7,4	
Hagyományos dohányzás**	0,1	
E-cigaretta használat**	1,2	
Internet használat <sup>+</sup>	0,9/1,0	
Közösségi oldal használat <sup>+</sup>	10,9/11,1	
Videójáték használat*	9,9	
Mobiltelefon használat**	0,6	
Szerencsejáték használat*	1,9	
Sport*	1,3	
Kedvtelésből való vásárlás*	1,4	

\* a különböző időszakokra vonatkozó prevalenciaértékeket egy kérdésben kérdeztük

\*\* aktuális használatra vonatkozó kérdés alapján

<sup>+</sup> a különböző idejű prevalenciák egy kérdésben szerepeltek, azonban külön kérdés vonatkozott a hétköznapi /hétvégi használatra, ezt fejezi ki a két szám egy cellában

A viselkedési addikciók vizsgálatára alkalmazott 11 standard mérőeszköz közül az ideálisnál alacsonyabb Cronbach-alfa értékeket egy skála esetében tapasztaltunk. A SCOFF belső konzisztencia mutatója az elvártnál kissé alacsonyabb, de alacsonyabb tétel száma, valamint a tételek közötti és a tétel-skála együttjárások értéke miatt nem találtuk szükségesnek a skála módosítását. Több esetben tapasztaltunk az

<sup>25</sup> Egyedül a mobiltelefon használat tekintetében talákoztunk Budapesten nagyobb arányú válaszhiánnyal.

<sup>26</sup> A droggal kapcsolatos kérdések esetében az éves prevalencia kérdések egyben az elmúlt 30 nap fogyasztására is rákérdeztek, a havi gyakoriságra vonatkozó önálló kérdést azonban ugratás előzte meg, így a havi prevalencia kérdésre válaszhiány adat nem használható érvényesség indikátorként.



12. táblázat A kutatás során alkalmazott skálák reliabilitás mutatói (súlyozatlan adatok)

Skálák	Valid esetek száma	Tételek száma	Belső konzisztencia mutató	Inter-item korrelációk átlaga
CAST	267 (19,3%)	6	0,957	0,804
SDS	186 (13,4%)	5	0,713	0,637
Problémás szerencsejáték használat (PGSI)	522 (37,7%)	9	0,946	0,680
Évesi zavar (SCOFF)	1274 (92,0%)	5	0,617	0,251
Testi Attitűdök (BAT)	1272 (91,8%)	4	0,828	0,555
Problémás internet használat (PIUQ)	977 (70,5%)	9	0,943	0,659
obszesszió	980 (70,8%)	3	0,888	0,727
elhanyagolás	983 (71,0%)	3	0,849	0,662
kontrollzavar	984 (71,0%)	3	0,839	0,643
Internetes játékszavar (IGDT)	147 (10,6%)	10	0,939	0,608
Online játékhasználat Eszképipizmus motivációja (MOGQ-Eszképipizmus)	147 (10,6%)	4	0,920	0,745
Problémás online közösségi oldal használat (BSMAS)	873 (63,0%)	6	0,919	0,663
Problémás mobiltelefon használat – Dependencia (PMPUQ-SV-Dependencia)	1223 (88,3%)	5	0,886	0,608
Testedzés addikció (EAI-HU)	226 (16,3%)	6	0,808	0,411
Munkafüggőség (BWAS)	1009 (72,9%)	7	0,833	0,418
Kényszeres vásárlás (RCBS)	191 (13,8%)	7	0,891	0,548

ideálisnál magasabb értékeket mind a Cronbach-alfa, mind a tételek közötti együttjárás mértékében, melyek ezúttal is arra utalhatnak, hogy ezeket a skálákat további elemzéseket követően talán a későbbi kutatások során érdemes lehet rövidített formában alkalmazni. (12. táblázat)

#### *A pszichológiai háttér mérésére alkalmazott skálák belső konzisztenciája*

A pszichológiai jellemzők mérésére alkalmazott 7 mérőeszköz közül az ideálisnál alacsonyabb Cronbach-alfa értékeket 3 mérőeszköz 6 alskálája esetében tapasztaltunk. A BSSS négy alskálájánál, továbbá BIS-11 illetve az RFQ egy-egy alskálájánál. A BIS-11 és BSSS esetében az érintett alskálák alacsony tétel száma, valamint a tételek közötti együttjárások miatt nem találtuk szükségesnek a skála módosítását. A RFQ-U esetében azonban a további kutatások során érdemes megfontolni a skála felülvizsgálatának lehetőségét. A pszichológiai háttér mérésére alkalmazott skálák esetében is több skálánál tapasztaltunk az ideálisnál magasabb Cronbach alfa értéket, melyek ezúttal is a rövidített skálák kidolgozásának lehetőségét hordozzák (13. táblázat).

#### **ÖSSZEGZÉS, KÖVETKEZTETÉSEK**

Tanulmányunkban a magyar népesség addiktológiai problémáinak feltérképezésére, a hazai általános populációs trendek nyomán követésére, valamint az addiktológiai vizsgálatok során alkalmazott módszertan fejlesztésére irányuló lakossági epidemiológiai vizsgálat, az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) című kutatás 2019-ben készült hullámának általános módszertani hátterét és főbb metodológiai eredményeit ismertettük.

Az OLAAP 2019 kutatás a 18-64 éves népesség bruttó 1800 fős, országos reprezentatív mintáján készült, 200%-os pótminta alkalmazásával. A minta kiválasztása régió, településméret és életkor szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárással történt. A főminta mintegy felében (49,5%) történt sikeres adatfelvétel (főként, összesen 37,9%-ban a válaszadás visszautasítása miatt, a rossz keretinformáció miatti mintakiessé minimális volt, mindössze 1,3%) A mintakiesések pótlására rétegzési szempontok szerint illesztett pótmintát alkalmaztunk. A pótlásokkal együtt 1.385 fős nettó mintát értünk el. A mintakiesések korrigálására rétegek kategóriák szerinti mátrix-súlyozást alkalmaztunk. Az elért mintatanagság mellett a kutatás elméleti hibahatár mértéke 95%-os megbízhatósági szinten  $\pm 2,6\%$ .

**13. táblázat** A vizsgálatban a pszichológiai jellemzők mérésére alkalmazott skálák reliabilitás mutatói (súlyozatlan adatok)

Skálák	Valid esetek száma	Tételek száma	Belső konzisztencia mutató	Inter-item korrelációk átlaga
Impulzivitás (BIS-11)	725 (52,3%)	10	0,773 <sup>+</sup>	0,261
Tervezés hiánya	729 (52,6%)	4	0,730 <sup>+</sup>	0,403
Figyelmi impulzivitás	1327 (95,8%)	3	0,728 <sup>+</sup>	0,479
Kontrollzavar	1323 (95,5%)	3	0,634 <sup>+</sup>	0,371
Szenzoros élménykeresés (BSSS)	1310 (94,6%)	8	0,831 <sup>+</sup>	0,396
Élménykeresés	1313 (94,8%)	2	0,662 <sup>*</sup>	0,494
Izgalom- és kalandkeresés	1316 (95,0%)	2	0,589 <sup>*</sup>	0,417
Unalomtűrés	1317 (95,1%)	2	0,635 <sup>*</sup>	0,465
Gátolatlanság	1315 (94,9%)	2	0,665 <sup>*</sup>	0,498
Rumináció (RRS)	1299 (93,8%)	10	0,912 <sup>+</sup>	0,507
Tépelődés	1305 (94,2%)	5	0,864 <sup>+</sup>	0,560
Töprengés	1301 (93,9%)	5	0,850 <sup>+</sup>	0,530
Aggodalmaskodás (PSWQ)	1320 (95,3%)	3	0,910 <sup>+</sup>	0,772
Testi tünetek - Nők (PHQ)	686 (93,0%)	15	0,899 <sup>+</sup>	0,409
Testi tünetek - Férfiak (PHQ)	594 (91,8%)	14	0,866 <sup>+</sup>	0,374
Reflektív funkció – bizonyosság (RFQ-C)	1296 (93,6%)	6	0,868 <sup>+</sup>	0,518
Reflektív funkció – bizonytalanság (RFQ-U)	1297 (93,6%)	6	0,538 <sup>+</sup>	0,229
Jól-lét (WHO5)	1294 (93,4%)	5	0,888 <sup>+</sup>	0,619

<sup>+</sup>Cronbach-alfa; <sup>\*</sup>Spearman-Brown formula

A kutatás a szerhasználó magatartások (dohányzás, az alkohol- és az egyéb pszichoaktív szerek használatát), valamint a különböző viselkedési addikciók (problémás internet használat; problémás online játék használat; problémás online közösségi média használat; problémás szerencsejáték használat; problémás testedzés; evési zavar; munkafüggőség; kényszeres vásárlás; problémás mobiltelefon használat) vizsgálatára irányult. Az adatfelvételi battéria kialakítása során nagy hangsúlyt fektettünk arra, hogy a kutatás során korszerű, az eredmények nemzetközi kontextusban való értelmezhetőségét biztosító, a nemzetközi tudományos térben megjelenő kutatások/ajánlások által támogatott mérőeszközök kerüljenek alkalmazásra, s hogy eredményeink a korábbi hasonló témájú epidemiológiai felmérésekkel is összehasonlíthatóak legyenek.

A vizsgált magatartások többsége esetében sikerült megteremteni az adatok megbízhatóságának, a mintavételen kívüli hibák nagyságának adatbázison belüli eszközökkel történő vizsgálatának a lehetőségét. Ennek alapján a következő összefoglaló megállapításokat tehetjük:

– A konzisztens használóknak az életprevalencia értékhez viszonyított aránya alapján a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a magasabb életprevalencia értékkel rendelkező hagyományos tiltott szerek, vala-

mint a viselkedési addikciók esetében a prevalencia értékek nagyobb részben konzisztens adatokon alapulnak.

Az új pszichoaktív szerek, a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás, valamint néhány, alacsonyabb elterjedtségű hagyományos tiltott szer életprevalencia értékei azonban jelentős inkonzisztens információt tartalmaznak, az inhaláns használatra vonatkozó válaszok pedig különösen bizonytalannak tekinthetők. Ezekre a magatartásokra vonatkozóan az elterjedtségi adatok és tendencia-elemzések fenntartással kezelendők és/vagy korrekciós becsléseket igényelnek.

Ugyanakkor a vizsgált addiktív magatartásoknál az inkonzisztens válaszok aránya jellemzően, a vizsgált összefüggések mintegy négyötödében nem mutat szignifikáns társadalmi-demográfiai mintázódást, azaz a kutatás a különböző addiktív magatartások rizikófaktorainak megbízható becslését teszi lehetővé.

– A semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez képest a vizsgált addiktív magatartásokkal, különösen a tiltott szerekkel, alkoholfogyasztással, illetve a közösségi oldal és videójáték használatával kapcsolatos adatok esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya relatíve magasnak tekinthető, azonban más érzékeny kérdésekhez (pl. jövedelem)

**14. táblázat** A szerhasználattal kapcsolatos válaszok megbízhatósága és érvényességére utaló mutatók a 2015-ös és a 2019-es OLAAP vizsgálatban (súlyozatlan adatok)

	2015	2019
Az életprevalenciára és az első használatra vonatkozó kérdések alapján konzisztens válaszok aránya a valaha fogyasztók (LTP) %-ában		
Marihuána	98,1	91,9
Kokain	53,6	68,8
Ecstasy	86,2	66,7
Amfetamin	67,9	58,8
Szintetikus kannabisz	54,8	36,4
Dizájnér stimulánsok	28,6	33,3
Mágikus gomba	50,0	33,3
LSD	60,0	22,2
Heroin	28,6	20,0
Egyéb opiát	42,9	16,7
Inhalánsok	28,6	0,0
Válaszhiányok és érvénytelen válaszok arányának alakulása (%)		
Tiltott drogokkal élet/éves prevalencia értékei	≈10,5/≈13	≈8,4/≈10,4
Altató orvosi rendelvény nélkül éves prevalencia értéke	8,1	6,1
Nyugtató orvosi rendelvény nélkül éves prevalencia értéke	8,0	
Alkoholfogyasztás éves prevalencia értéke	4,7	7,3
Berúgás éves prevalencia értéke	7,4	9,1

A kedvezőtlen irányú változások sötétszürke mezővel kiemelve

képest az érvényes válaszok aránya az addikciókkal kapcsolatos kérdésekben jónak mondható.

A válaszhiányok és érvénytelen válaszok tekintetében – az inkonzisztencia adatokhoz képest – gyakran találtunk társadalmi és demográfiai mintázódásokat: a vidéki, az alacsony iskolai végzettséggel, illetve a közepes jövedelmi státussal rendelkező mintaszemélyek esetén jelentkeztek nagyobb arányban érvényességi problémák, amit érdemes a különböző addikciós magatartások rizikófaktoraira irányuló elemzések során, mint korlátot figyelembe venni.

- A drogfogyasztással kapcsolatos kérdésekben a felülbecslés kockázata minimálisnak mondható.
- Az alkalmazott standard skálák reliabilitási mutatói a skálák döntő többsége esetében megfelelőek, bár néhány mérőeszköz esetében a mutatók arra utalnak, hogy érdemes megvizsgálni egyes tételek elhagyásának és a későbbi kutatások során esetleg rövidített formában való alkalmazásának a lehetőségét.

Korábban, a OLAAP 2015 kutatás (Paksi és mtsai, 2017) mintavételen kívüli hibákat jelző módszertani paramétereit az OLAAP 2007-es kutatással (Paksi és mtsai, 2009) összehasonlítva, a mintavételen kívüli hibák növekedését jeleztük. Az OLAAP 2015 és az

OLAAP 2019 mintavételen kívüli hibákra utaló módszertani paramétereit összehasonlítva (14. táblázat) pedig azt láthatjuk, hogy az adatok megbízhatóságára vonatkozó mutatók a szerek többsége esetén tovább romlottak, az érvényes válaszok aránya azonban a tiltott szerek, illetve az altatók/nyugtatók<sup>27</sup> esetében valamelyest javult, bár nem érte el a 2007-es értéket.

Összességében az OLAAP 2019 kutatás módszertani eredményei arra utalnak, hogy a vizsgált addikciós magatartások aktuális jellemzői és mintázódása tekintetében a kutatás adatai alapján érvényes és megbízható megállapítások fogalmazhatók meg. Ugyanakkor a szerhasználó magatartások mintavételen kívüli hibáinak tendenciái azt jelzik, hogy a változások elemzése fokozott odafigyelést igényel az érintett adatok értelmezése során, illetve esetleg korrekciós eljárások alkalmazását teszi szükségessé, a tendenciák becslése, illetve interpretálása esetében. A kutatás először vizsgálta a viselkedési addikciókra vonatkozó prevalencia adatok megbízhatóságát és érvényességét. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy ezek az adatok valószínűleg a szerhasználó magatartásokhoz – és különösképpen is az alacsonyabb prevalencia értékkel jellemezhető szerhasználatokhoz – képest kisebb mértékben terheltek mintavételen kívüli hibákkal.

<sup>27</sup> Az összehasonlításakor figyelembe kell vennünk, hogy altatók/nyugtatók kérdezése az OLAAP 2019 vizsgálat során az EMCDDA 2018-as revíziója alapján a korábbiól eltérő módon, egy kérdésben történt.

**KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS:** A kutatás a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (K128604, KKP126835), és a Tématerületi Kiválósági Program 2020 – Intézményi Kiválósági Alprogram – (TKP2020-IKA-05) támogatásával készült.

**LEVELEZŐ SZERZŐ:** Paksi Borbála

1118 Budapest, Ménesi út 75.

E-mail: paksi.borbala@ppk.elte.hu

## IRODALOM

- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., Babor, T. (1997) A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21: 613–619.
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., Pallesen, S. (2012) Development of a Work Addiction Scale. Scandinavian Journal of Psychology, 53(3), 265–272.
- Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S., Pallesen, S. (2012) Development of a Facebook Addiction Scale. Psychological Reports, 110(2), 501–517.
- Angelusz R., Tardos R. (2006) A kérdőíves kontextus-hatás – a nem mintavételi hibák egy efemer, mindennapos esete. In: Angelusz R., Tardos R. (szerk.): Mérésről mérésre, a választatudományok módszertani kérdései. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhazsnú Alapítvány, BCE Politikatudományi Intézet.
- Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maraz, A., Elekes, Z., Griffiths, MD., Andreassen, C. S., Demetrovics Z. (2017) Problematic Social Media Use: Results from a Large-Scale Nationally Representative Adolescent Sample. PLoS ONE 12(1): e0169839. doi.org/10.1371/journal.pone.0169839
- Barratt, E. S. (1959) Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. Perceptual and Motor Skills, 9: 191–198.
- Billings, J. (1903) Data relating to the use of alcoholic drinks among brain workers in the United States, in J.S. Billings (ed) Physiological Aspects of the Liquor Problem, vol.1. Boston: Houghton Mifflin, 307–338.
- Bornemisza E., Csepeli Gy. (1998) A válaszcázás kiküszöbölése. Hibával mért diszkrét adatok statisztikai elemzése a társadalomtudományokban. Szociológiai Szemle, 1998/2. 67–82. real-j.mtak.hu/5516/1/SzociológiaiSzemle\_1998.pdf
- Czeglédi, E., Urbán, R., Csizmadia, P. (2010). Measuring body image: Psychometric properties and construct validity of the Hungarian version of body attitude test. Magyar Pszichológiai Szemle, 65(3), 431–461. doi.org/10.1556/MPSzle.65.2010.3.1
- Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J., De Moor, S. (2009) Drug use: an overview of general population surveys in Europe. Thematic paper. Luxembourg, EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/967/EMCDDA-TP-gps.pdf
- Demetrovics Zs., Szeredi B., Nyikos E. (2004) A Problémás Internet-használat Kérdőív bemutatása. Psychiatria Hungarica, 19: 141–160.
- Demetrovics, Z., Szeredi, B., Rózsa, S. (2008) The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. Behavior Research Methods, 40: 563–574.
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Zilahy, D., Mervó, B., Reindl, A., Ágoston, Cs., Kertész A., Harmath, E. (2011). Why do you play? The development of the motives for online gaming questionnaire (MOGQ). Behavior Research Methods, 43(3), 814–825. doi.org/10.3758/s13428-011-0091-y
- Elekes Zs. (2002) Az alkohol- és drogfogyasztás fontosabb indikátorai. In: Egyes deviáns viselkedési formák fontosabb indikátorai. Társadalmijelzőszám-füzetek. KSH, Budapest, 5–28.
- Elekes Zs. (2007) Alkohol és társadalom. Országos Addiktológiai Intézet. Budapest, 1–215.
- Elekes Zs., Paksi B. (2004) A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási Beszámoló, NKFP. Letöltve: 2020.10.10. viselkedeskutato.hu/index.php?option=com\_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- EMCDDA (1996) 1995 Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union, EMCDDA, Lisbon, Portugal. Letöltve: 2020.10.10. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/85/AR95HighlightsEN\_69803.pdf
- EMCDDA (1997) Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union, EMCDDA. Lisbon. Portugal. Letöltve: 2020.10.10. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/downloads/emcdda\_gps\_comparability\_surveys\_report.pdf
- EMCDDA (1999) Coordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), EMCDDA, Lisbon. Portugal. Letöltve: 2020.10.10. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/downloads/emcdda\_gps\_expert\_group\_comp\_report.pdf
- EMCDDA (2000) Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys, EMCDDA, Lisbon, Portugal. Letöltve: 2020.10.10. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/178/Methodological\_differences\_in\_general\_population\_surveys\_-\_2000\_106457.pdf
- EMCDDA (2002) Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, EMCDDA, Lisbon. Letöltve: 2020.10.10. Portugal. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook\_for\_surveys\_on\_drug\_use\_among\_the\_general\_population\_-\_2002\_106510.pdf
- EMCDDA (2009a) An overview of the general populations survey (GPS) key indicator. Technical reports. EMCDDA, Lisbon. Letöltve: 2020.10.10. www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview\_en
- EMCDDA (2009b) An overview of the general populations survey (GPS) key indicator. Thematic papers. EMCDDA, Lisbon. Letöltve: 2020.10.10. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/967/EMCDDA-TP-gps.pdf
- EMCDDA (2013) Towards a new EMQ Module – Questions on Availability of Illicit Drugs. Lisbon, EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10592/EMQ-availability-module.pdf
- EMCDDA (2015) Voluntary EMQ Module for monitoring use of New (and not so new) Psychoactive Substances (NPS) in General Adult Population Surveys and School Surveys. Lisbon, EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10582/EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20%28NPS%29.pdf
- Eranus E., Láng S., Máth A., Rácz A. (2005) A kérdőíves adatfelvétel újabb módszerei: telefonos, számítógéppel támogatott (CAPI, CATI) és internetes adatgyűjtés. In: Letenyi L. (szerk.): Településkutatás. Szöveggyűjtemény, Budapest Ráció, 545–593.

28. Felvinczi, K., Magi, A., Demetrovics, Z., Paksi, B. (2015) To get a better understanding of the "Janus face" of social control theories - through the social construct of drug use as an example. First European conference on addictive behaviours and dependencies. Lisbon, Portugal, September 23-25.
29. Ferri, CP, Marsden, J., de Araujo, M., Laranjeira, RR., Gossop, M. (2000) Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, 19:451-55.
30. Folsom, R. E., Greenberg, G.B., Horvitz, D.G. (1974) The Two Alternate Questions Randomized Response Model for Human Surveys. *Journal of the American Statistical Association*, vol. 68, 525-530.
31. Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, YW., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon P., Lowyck B. (2016) Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE* 11(7): e0158678. doi.org/10.1371/journal.pone.0158678
32. Fox, J. A., Tracy, P. E. (1984) Measuring Associations with Randomized Response. *Social Science Research* 13:188-197.
33. Gerevich, J., Bácskai, E., Rózsa, S. (2006) A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21: 45–56.
34. Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., Strang, J. (1995) The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5):607-14.
35. Groves, R. M. (1989) *Survey Errors and Survey Cost*. John Wiley & Sons, New York.
36. Grubbs, J. B., Kraus, S. W., & Perry, S. L. (2019). Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample: The roles of use habits, religiosity, and moral incongruence. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 88-93.
37. Gyepesi, Á., Urbán, R., Farkas, J., Kraus, L., Piontek, D., Paksi, B., Horváth, G., Magi, A., Eisinger, A., Pilling, J., Kökönyei, G., Kun, B., Demetrovics, Z. (2013) Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *European Addiction Research*, 20:(3) pp. 119-128.
38. Gyollai Á., Urbán R., Kun B., Kökönyei Gy., Eisinger An., Magi A., Demetrovics Zs. (2013) A Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatria Hungarica*. 28(3):274-280.
39. Harrison, L. (1997) The Validity of Self-Reported Drug Use in Survey Research: An Over-view 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.
40. Hartnoll, R. (1993) A drogproblémák felmérése, alapkövetelmények. *Szenvedélybetegségek*, 1(5), 324-334.
41. Hartnoll, R. (1998) *Epidemiological Key-Indicators*. Epidemiological Department, EMCDDA, Lisbon
42. Heatherton, TF, Kozlowski, LT, Frecker, RC., Fagerström, KO. (1991) The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, Sep;86(9):1119-27. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x. PMID: 1932883.
43. Hibell, B., Andersson, B. 1994. Project Plan - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. The ESPAD project. CAN, Stockholm, Sweden.
44. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., Morgan, M., Narusk, A. (1997) The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
45. Hoyle, R. H., Stephenson, M. T., Palmgreen, P., Lorch, E. P., Donohew, R. L. (2002). Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 401–414. doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00032-0
46. Johnson, T. P., O'Rourke, D., Burris, J., Owens, L. (2002) Culture and Survey Nonresponse. In: R. M. Groves, Don A. Dillman, J. L. Eltinge, R. J.A. Little, (eds.) *Survey Nonresponse*, New York. John Wiley & Sons
47. Johnston, L., Driessen, F., Kokkevi, A. (1994) *Surveying Student Drug Misuse: A six-country pilot study*. Council of Europe. Strasbourg. France.
48. Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., Schalenberg, J. (2007) *Monitoring the Future, National Survey Results on Drug Use, 1975–2006, Volume I: Secondary School Students. Volume II: College students and adults 19–45*. National Institute of Health. Bethesda.
49. Kapitány-Fövényi, M., Urbán, R., Varga, G., Potenza, M. D., Griffiths, M. D., Szekeley, A., Paksi, B., Kun, B., Farkas, J., Kökönyei, G., Demetrovics, Z. (2020). The 21-item Barratt Impulsiveness Scale Revised (BIS-R-21): An alternative three-factor model. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 225-246.
50. Karjalainen K. (2018). Misuse of medicines – revision of the EMQ module. GPS Expert Meeting.
51. Király, O., Slezcka, P., Pontes, H. M., Urbán, R., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z. (2017). Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addictive Behaviors*, 64, 253-260
52. Király, O., Bóthe, B., Ramos-Díaz, J., Rahimi-Movaghar, A., Lukavská, K., Hrabec, O., Miovsy, M., Billieux, J., Deleuze, J., Nuyens, F., Karila, K., Griffiths, M. D., Nagygyörgy, K., Urbán, U., Potenza, M. N., King, D., Rumpf, H. J., Carragher, N., Demetrovics, Z. (2019). Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10): Measurement invariance and cross-cultural validation across seven language-based samples. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(1), 91-103.
53. Kirtadze, I., Otiashvili, S., Tabatadze, M. (2016) National Survey on Substance Use in the General Population in Georgia, 2015. Letöltve: 2020.10.10. [www.researchgate.net/publication/305875263\\_National\\_Survey\\_on\\_Substance\\_Use\\_in\\_the\\_General\\_Population\\_in\\_Georgia\\_2015](http://www.researchgate.net/publication/305875263_National_Survey_on_Substance_Use_in_the_General_Population_in_Georgia_2015)
54. Kokkevi, A., Stefanis, C. N. (1994) Licit and illicit drug use in Greece: trends in general al school population. University Mental Health Research Institute, Athens.
55. Kökönyei, G., Szabo, E., Kocsel, N., Edes, A., Eszlari, N., Pap, D., Magyar, M., Kovács, D., Zsombok, T., Elliott, R., Anderson, I. M., Deakin, J. D. W., Bagdy, Gy., Juhasz, G. (2016). Rumination in migraine: Mediating effects of brooding and reflection between migraine and psychological distress. *Psychol. Heal.*, 31(12), 1481–1497. doi.org/10.1080/08870446.2016.1235166
56. Koronczai, B., Urbán, R., Kökönyei, G., Paksi, B., Papp, K., Kun, B., Arnold P., Kállai J., Demetrovics Z. (2011) Confirmation of the three-factor model of problematic internet use on offline adolescent and adult samples. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(11), 657-664
57. Köteles F., Bárdos Gy. (2009). Tabletták perceptuális jellemzői által generált mellékhatás-elvárások és pszichológiai hátterük. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10 (1):47–62.
58. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.*, 16(9), 606–613. doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
59. Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M. (2007) Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population. *Journal of Substance Use*, 12: 233-242.

60. Loo, J. Y., Kraus, S. W., & Potenza, M. N. (2019). A systematic review of gambling-related findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Journal of Behavioral Addictions*, 8(4), 625-648. Retrieved Nov 9, 2020, from [akjournals.com/view/journals/2006/8/4/article-p625.xml](http://akjournals.com/view/journals/2006/8/4/article-p625.xml)
61. Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J., Pontes, H. M., Griffiths, M. D., Dawes, C., Justice, L. V., Billieux, J. (2018). Measurement invariance of the short version of the problematic mobile phone use questionnaire (PMPUQ-SV) across eight languages. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15(6). [doi.org/10.3390/ijerph15061213](https://doi.org/10.3390/ijerph15061213)
62. Maraz, A., Eisinger, A., Hende, B., Urbán, R., Paksi, B., Kun, B., Kökönyei G., Griffiths M., Demetrovics, Z. (2015). Measuring compulsive buying behaviour: Psychometric validity of three different scales and prevalence in the general population and in shopping centres. *Psychiatry Res.*, 225(3), 326-334. [doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.080](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.080)
63. Marmet, S., Studer, J., Wicki, M., Bertholet, N., Khazaal, Y., & Gmel, G. (2019). Unique versus shared associations between self-reported behavioral addictions and substance use disorders and mental health problems: A commonality analysis in a large sample of young Swiss men, *Journal of Behavioral Addictions*, 8(4), 664-677.
64. Menard, S. Huizinga, D. (1989) Age, period, cohort size effects on self-reported alcohol, marijuana and poly drug use: results from the National Youth Survey. *Social Science Research*, 18, 174-194.
65. Meng, H., Cao, H., Hao, R., Zhou, N., Liang, Y., Wu, L., Jiang, L., Ma, R., Li, B., Deng, L., Lin, Z., Lin, X., & Zhang, J. (2020). Smartphone use motivation and problematic smartphone use in a national representative sample of Chinese adolescents: The mediating roles of smartphone use time for various activities, *Journal of Behavioral Addictions*, 9(1), 163-174.
66. Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behav. Res. Ther.*, 28(6), 487-495. [doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
67. Mónok, K., Berczik, K., Urbán, R., Szabó, A. (2012) Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. *Psychology of Sport and Exercise*. 13(6):739-746.
68. Moors, J. J. A. 1971. Optimization of the Unrelated Question Randomized Response Model. *Journal of the American Statistical Association*, vol. 66, 627-629.
69. Morgan, J. F., Reid, F., Lacey, J. H. (1999) The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319: 1467-1468.
70. Moskalewicz, J., Room, R., Thom, B. (2016) Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. Warsaw: PARPA. Letöltve: 2020.10.10. [www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU%20E2%80%932027.02.pdf](http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU%20E2%80%932027.02.pdf)
71. Nyikos E., Szeredi B., Demetrovics Zs. (2001) Egy új viselkedéses addikció: Az internethasználat személyiségpszichológiai korrelátumai. *Pszichoterápia*, 10(3), 168-182.
72. Nyírády A. (szerk) (2009) A drogfogyasztás nemzetközi indikátorai. Szöveggyűjtemény. Budapesti Corvinus Egyetem.
73. Orosz, G., Dombi, E., Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z. (2016) Analyzing models of Work Addiction: Single factor and bi-factor models of the Bergen Work Addiction Scale. *Int. J. Ment. Health Addict.* 14(5):662-671.
74. Pajkossy, P., Simor, P., Szendi, I., Racsmany, M. (2015). Hungarian validation of the Penn state worry questionnaire (PSWQ): Method effects and comparison of paper-pencil versus online administration. *Eur. J. Psychol. Assess.*, 31(3), 159-165. [doi.org/10.1027/1015-5759/a000221](https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000221)
75. Paksi B. (2003) Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. Budapest: L'Harmattan.
76. Paksi B. (2007) A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In Demetrovics Zs. (szerk), *Az addiktológia alapjai I.* pp. 256-294. Budapest: Eötvös Kiadó.
77. Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P., Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 10 (2009) 4, 273-300
78. Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A., Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, XIX. 2.
79. Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A., Felvinczi K. (2018). A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73.4/2. 541-565.
80. Paksi B., Demetrovics Z., Griffiths M, D, Magi A., Felvinczi K. (2020). Estimating and managing the changing methodological parameters of self-report surveys of addictive behaviors based on the waves of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH) in 2007 and 2015. *Neuropsychopharmacologia Hungarica Mar*;22(1):29-42
81. Patrick, M. E., Azar, B. (2018) High-Intensity Drinking. *Alcohol research : current reviews*, 39(1), 49-55.
82. Patton, J. M., Stanford, M. S., Barratt, E. S. (1995) Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51: 768-774.
83. Pompidou Group (1995) Population survey in epidemiological research on drug use in Europe: Core Items and methodological aspects. 23rd Meeting of experts in Epidemiology of drug problems. Strasbourg, 9-10 November.
84. Pillók P. (2010): Az elhanyagolható tényező, avagy a nem mintavételi hibák a kérdőíves adatfelvételekben. Doktori disszertáció. ELTE TÁTK.
85. Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. Van, Vandereycken, J. (1995). The body attitude test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eat. Disord.*, 3(2), 133-144. [doi.org/10.1080/10640269508249156](https://doi.org/10.1080/10640269508249156)
86. Ridgway, N. M., Kukar-Kinney, M., & Monroe, K. B. (2008). An Expanded Conceptualization and a New Measure of Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research*, 35(4), 622-639. [doi.org/10.1086/591108](https://doi.org/10.1086/591108)
87. Treynor, W., Gonzalez, R., Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognit. Ther. Res.*, 27(3), 247-259. [doi.org/10.1023/A:1023910315561](https://doi.org/10.1023/A:1023910315561)
88. Rudas T. (1979) Véletlenített kérdőíves eljárások. *TK Műhely*, (X. évf.) 17.
89. Sandwijk, J. P., Cohen, P. D. A., Musterd, S. (1991) Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1991 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over. Instituut voor Sociale Geografia, Univesiteit Amsterdam.

90. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Funete, J. R., Grant, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88: 791–804.
91. Stoop, I. A. L. (2004) Surveying nonrespondents. *Field Methods*, 16(1) 23–54. doi.org/10.1177/1525822X03259479
92. Studer, J., Marmet, S., Wicki, M., & Gmel, G. (2019). Cyber-sex use and problematic cyber-sex use among young Swiss men: Associations with sociodemographic, sexual, and psychological factors, *Journal of Behavioral Addictions*, 8(4), 794–803. Retrieved Nov 9, 2020, from [akjournals.com/view/journals/2006/8/4/article-p794.xml](http://akjournals.com/view/journals/2006/8/4/article-p794.xml)
93. Susánszky É., B Konkoly T, Stauder A., Kopp M. (2006) A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, (9)1. 247–255
94. Swiecicki, A. (1972) Teenagers and drinking in Poland. *Drinking and Drug Practices Surveyor* 6: 4–6.
95. Terry, A., Szabo, A., Griffiths, M. (2004) The Exercise Addiction Inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, 12: 489–499.
96. Umesh, U. N. Peterson, R. A. (1991) A Critical Evaluation of the Randomized Response Method. Applications, Validation, and Research Agenda. *Sociological Methods Research*, 32, 384–410
97. Warner, S. L. (1965) Randomized response: A Survey Technique for Eliminating Evasive Answer Bias. *Journal of the American Statistical Association*, 60, 63–69.
98. WHO (2000) International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Department of mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Disease and mental Health. Letöltve: 2020.10.10. Cluster. [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO\\_MSD\\_MSB\\_00.4.pdf;jsessionid=CC81127C1160BD1370034C7068BCB9B8?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf;jsessionid=CC81127C1160BD1370034C7068BCB9B8?sequence=1)

### 1. melléklet PRM kérdések

Kérjük, minden kérdés előtt dobjon a munkatársunktól kapott érmével! A dobás eredményét ne mondja meg a jelenlévő munkatársunknak. Ha a dobás eredménye „fej”, akkor a 'Fej' oszlopban lévő kérdésre válaszoljon, ha viszont „írás”, akkor az 'Írás' oszlop kérdésére válaszolja meg. A munkatársunk nem fogja tudni, hogy Ön melyik kérdésre válaszolt.

Fej*	Írás (A almintá)**	Írás (B almintá)**
Eddigi élete során kipróbálta-e már a marihuánát, hasist?	A háztartás, amelynek tagja, előfizet-e valamilyen papíralapú vagy online újságra?	Ismételt-e évet az általános iskolai tanulmányai során?
Az elmúlt 12 hónapban fogyasztott-e marihuánát, hasist?	Van-e otthon internet-előfizetésük?	Van-e legalább középfokú nyelvvizsgálója bármilyen nyelvből?
Eddigi élete során kipróbálta-e már a szintetikus kannabinoidokat (herbál, biofű, varázsdohány, szintetikus fű)?	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen vallási alkalmon?	Van-e személygépkocsi jogosítványa?
Eddigi élete során kipróbálta-e már az ecstasyt?	Részt-vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen baráti összejövetelen?	Tagja-e valamilyen sportklubnak vagy sportegyesületnek?
Eddigi élete során kipróbálta-e már az amfetamint?	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen családi összejövetelen (olyan családtagokkal, akikkel nem él közös háztartásban)?	Volt-e már életében valaha munkanélküli?
Az elmúlt hónapban fogyasztott-e legalább 20 alkalommal alkoholt?	Olvasott-e az elmúlt héten valamilyen könyvet (hagyományos papíralapút vagy digitálisat, de nem tankönyvet)?	Látott-e tegnap időjárás jelentést a Tv-ben?

\*direkt kérdés; \*\* független (alternatív) kérdés

# The National Survey on Addiction Problems in Hungary 2019 (NSAPH): Methodology and sample description

**Objectives:** This paper presents the methods and main methodological findings of the third wave of data collection of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH). In addition to mapping the addiction problems of the Hungarian population and monitoring the general population addiction trends in Hungary, the research formulates objectives for the development of the methodology used in addiction research. The study presents the measurement tools used in the research, the sampling and data collection strategy, as well as the methodological results related to sample access and the reliability and validity of the applied measurement tools used. **Methods:** The research was carried out on a nationally representative sample of the Hungarian adult population aged 16-64 yrs (gross sample 1800, net sample 1385 persons). The extent of the theoretical margin of error in the sample is  $\pm 2,6\%$ , at a reliability level of 95%. Sample attrition was corrected by matrix weighting by layer categories. The research aimed at studying the different type substance use behaviours (smoking, alcohol use and other psychoactive substances) as well as several behavioural addictions (problematic internet use, problematic online gaming, problematic social media use, problematic gambling, exercise addictions, eating disorders, work addiction, compulsive buying, problematic mobile phone use). **Results:** Based on the analysis of reliability and the extent of non-sampling errors within the context of the database we concluded that valid and reliable statements can be formulated on the basis of the research data regarding the current characteristics and patterns of the examined addiction behaviours. At the same time, in case of psychoactive substance use the observed trends of non-sampling errors indicate that the analysis of the changes requires outstanding attention whilst interpreting them; in some cases correction procedures might become necessary during estimating and interpreting the tendencies. This wave of the research was the first which examined the reliability and validity of prevalence data related to behavioural addictions. Based on this analysis it can be said that these data are less exposed to non-sampling errors than the ones related to substance use.

**Keywords:** addictive behaviours, general population survey, representative data collection, methodology, smoking, alcohol consumption, substance use, behavioural addictions