

Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2023 (OLAAP) reprezentatív lakossági felmérés módszertana

PAKSI BORBÁLA¹, DEMETROVICS ZSOLT^{2,3,4}, PÉTERFI ANNA⁵, EISINGER ANDREA^{2,5}, FELVINCZI KATALIN²

¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Neveléstudományi Intézet, Budapest

² Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

³ Flinders University Institute for Mental Health and Wellbeing, College of Education, Psychology and Social Work, Flinders University, Bedford Park, SA, Australia

⁴ Centre of Excellence in Responsible Gaming, University of Gibraltar, Gibraltar

⁵ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

Célkitűzés: A tanulmány az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) kutatás 2023. évi hullámának általános módszertani hátterét és főbb metodológiai eredményeit mutatja be. A kutatás végső célja a magyarországi felnőtt népesség körében az addiktológiai problémák (szerhasználó magatartások és addiktív viselkedésformák) átfogó vizsgálata volt, amely néhány, a fogalmi keretek, indikátorok kidolgozására/megújítására irányuló célkitűzéssel egészült ki. 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 2200, nettó 1800 fős, országos reprezentatív mintáján készült, kevert – face-to-face kérdezési módszert önkitöltős elemekkel kombináló – kérdezési technikával. Az elméleti hibahatár mértéke 95%-os megbízhatósági szinten $\pm 2,3\%$. A mintakiesések korrigálása rétegek kategóriák szerinti mátrix-súlyozással történt. A kutatás során alkalmazott adatfelvételi battéria a szerhasználó magatartások (dohányzás, alkohol- és egyéb pszichoaktív szer-használat), valamint a különböző viselkedési addikciók (Problémás Internet-, Problémás Online játék-, Problémás Közösségimédia-, Problémás Mobiltelefon-, Problémás Szerencsejáték-használat, Testedzésfüggőség, Evészavar, Munkafüggőség, Kényszeres vásárlás) vizsgálatára irányuló, továbbá a szocio-demográfiai és pszichológiai háttér leképezésére alkalmas mérőeszközöket tartalmazott. A célváltozók mentén kapott adatok megbízhatóságát és érvényességét a kérdőívben szereplő különböző, egymással logikai kapcsolatban álló kérdésekre adott válaszok közötti összefüggések alapján számított mutatókkal, a hiányzó és érvénytelen válaszok arányával, egy ún. dummy-droga adott fogyasztásbevallások arányával, továbbá az alkalmazott standard skálák belső konzisztenciájának vizsgálatával elemeztük. **Eredmények:** A konzisztens használóknak az élettartam-prevalencia értékhez viszonyított aránya alapján azt mondhatjuk, hogy a vizsgált szerek többsége esetében az élettartam-prevalencia értékek nagyobb részben konzisztens adatokat tartalmaznak. A semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez képest a vizsgált addiktív magatartások esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya relatíve magasnak tekinthető, azonban más érzékeny kérdésekhez képest jónak mondható. A felülbecslés mértéke elhanyagolható. **Következtetések:** Összességében az OLAAP 2023 kutatás módszertani eredményei arra utalnak, hogy a vizsgált addiktív magatartások aktuális jellemzői és mintázódása tekintetében a kutatás adatai alapján érvényes és megbízható megállapítások fogalmazhatók meg. A szerhasználó magatartások mintavételén kívüli hibáinak tendenciái pedig azt jelzik, hogy a változások elemzése során – a továbbra is szükséges fokozott odafigyelés, az eredmények körültekintő interpretálása és az évek során kimunkált, jelen kutatásban is folytatott becslési eljárások alkalmazása mellett – a korábbiakhoz képest valamelyest nagyobb biztonsággal támaszkodhatunk a standard mérőeszközök mentén kapott eredményekre is. (*Neuropsychopharmacol Hung* 2025; 27(4): 230–258)

Kulcsszavak: addiktológiai problémák, reprezentatív lakossági felmérés, módszertan, dohányzás, alkoholfogyasztás, pszichoaktív szerhasználat, viselkedési addikciók

BEVEZETÉS

A társadalom pszichoaktív-szer-használattal kapcsolatos állapotának, valamint a különböző viselkedési addikciók elterjedtségének, kockázati és megóvó tényezőinek lakossági önbevallásos vizsgálatok révén való folyamatos monitorozása ma már az Európai Unió legtöbb országban általánosnak mondható (https://www.euda.europa.eu/data/stats2025/gps_en). A nemzetközi ajánlások az addiktológiai problémák követése céljából a kutatások rendszeres – legalább négyévenkénti – megismétlését javasolják (EMCDDA, 2009; Hibell et al., 2000; Decorte et al., 2009). Különösen fontos a kutatások ismétlése azokban a periódusokban, amikor intenzív változások feltételezhetők az addiktológiai problémák területén (EMCDDA, 2021a), vagy azokkal valamilyen kapcsolatban álló társadalmi állapotok tekintetében. Ilyen, az addikciós problémák különböző jellemzőit (is) feltételezhetően valamilyen módon – közvetlenül vagy közvetetten – érintő társadalmi körülmény volt az Európában 2020 februárjában megjelent COVID-19 világjárvány (WHO, 2021). Elméleti megfontolások, más járványok tapasztalatai, illetve a COVID-19 járvány és az ahhoz kapcsolódó intézkedések következményeivel kapcsolatban hozzáférhető kutatási adatok alapján a járvány közvetett (pl. Brooks et al., 2020; Eurobarometer, 2020; Slavich, 2022) és/vagy közvetlen addikciós kockázataira következtethetünk (pl. Grebely et al., 2020; Strizek, 2021; EMCDDA, 2022; Winstock et al., 2020; Columb et al., 2020; King et al., 2020; Mestre-Bach et al., 2020, EMCDDA, 2020; Grau-López et al., 2022). Ez utóbbiak egyike az új pszichoaktív szerek elterjedtté válásával (Pirone et al., 2017) már a járványt megelőzően is jelenlévő tendencia, az összetettebb használati mintázatok (pl. polidrog-használat) felé való elmozdulás (EMCDDA, 2020, 2021a, b), melynek hatásai népegészségügyi szinten is jelentősek (EMCDDA, 2021b). Ugyanakkor jelenleg az európai országokban készülő általános populációs vizsgálatok nemzetközi harmonizációját szolgáló útmutató (European Model Questionnaire – EMQ (EMCDDA, 2002)) nem határoz meg sem fogalmi kereteket, sem konkrét indikátorokat a polidrog-használat mérésére (Kataja et al, 2018).

Ahhoz, hogy a rendszeresen megismétlésre kerülő kutatások valóban követni tudják az addiktológiai problémák változását a társadalomban, az időben és térben standard metodika alkalmazása mellett szükség van a monitorozás módszereinek folyamatos fejlesztésére, a kutatások tematikus fókuszainak társadalmi valósághoz, igényekhez illesztésére.

A nemzetközi ajánlások, az utóbbi időszak hatásai-ban egyenlőre kevésbé ismert társadalmi változások, továbbá az addiktológiai problémák kapcsán szórva-nyosan rendelkezésre álló adatokban érzékelhető tendenciák és kockázatok szükségessé teszik: az általános népesség körében az addikciós problémák elterjedtségének (1), használati mintázódásának monitorozását (2), s ezen belül az összetett használati magatartások vizsgálatát (3), az addiktológiai problémák társadalmi és pszichológiai háttértényezőinek elemzését (4), a tendenciáinak nyomon követését (5), valamint az ehhez szükséges harmonizált adatgyűjtést szolgáló fogalmi keretek és eszközök kidolgozását/megújítását (6).

Magyarországon először 2001-ben készült célzottan a felnőtt népesség pszichoaktív-szer-használatának feltárására irányuló epidemiológiai vizsgálat (Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat [ADE] 2001: Paksi, 2003), majd ezt követően további négy alkalommal zajlottak az általános populációban a felnőtt népességet célzó, a különböző addiktológiai problémák vizsgálatára irányuló, a nemzetközi standardokat leképező epidemiológiai kutatások: az ADE 2003 (Elek & Paksi, 2004), az Országos Lakossági Vizsgálat Addiktológiai Problémákról (OLAAP) 2007 (Paksi et al., 2009), az OLAAP 2015 (Paksi et al., 2017) és a legutóbbi vizsgálat OLAAP 2019 (Paksi et al., 2021a). Az utóbbi három kutatási hullám tematikája a pszichoaktív-szer-használat mellett már a legerjedtebb viselkedési addikciók vizsgálatára is kiterjedt.

A kutatássorozatban mindvégig nagy hangsúlyt fektettünk a kutatások módszertani hátterének monitorozására (részletesebben lásd: Paksi et al., 2021a; Paksi et al., 2021b), továbbá a torzítások becslésére, illetve korrigálására alkalmas eljárások kidolgozására, alkalmazására (Paksi et al., 2020, Paksi & Péterfi, 2020).

Az OLAAP vizsgálatssorozat eddig készült, mintegy két évtizedet felölelő öt kutatási hulláma a magyarországi addiktológiai problémák elterjedtségének, használati és társadalmi, demográfiai, pszichológiai mintázódásának vizsgálatára, valamint a tendenciák – mért, valamint a különböző eljárásokkal korrigált – becslésére lehetőséget adó (Paksi & Demetrovics, 2021a, b), módszerei és tematikája tekintetében egyaránt a folytonosságra és a nemzetközi standardok követésére, illetve alakítására (pl. Demetrovics et al., 2008; 2011; Koronczi et al., 2011; Mónok et al., 2012; Orosz et al., 2016; Paksi & Péterfi, 2020; Horváth et al., 2021; Horváth et al., 2023) törekvő kutatássorozat.

A fentiekben röviden bemutatott kutatássorozat eredményei és a drogfogyasztás elterjedtségének más indikátorai (Péterfi et al., 2020) egyaránt azt mutatják, hogy a nemzetközi előzmények alapján jelzett

problémák, vizsgálandó kérdések a magyarországi addiktológiai jelenségek vonatkozásban is relevánsak (Paksi et al., 2018; Paksi & Pillók, 2021).

A KUTATÁS CÉLKITÜZÉSEI

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

1. A kutatás végső célja – az OLAAP 2019 óta eltelt időszak hatásaiban egyelőre kevésbé ismert társadalmi kihívásai (a COVID-19 járvány, az orosz-ukrán háború, az infláció és az azokhoz kapcsolódó intézkedések) következményeként (feltételezhetően) megváltozott helyzetben – a magyarországi felnőtt népesség körében az addiktológiai problémák (szerhasználó magatartások és addiktív viselkedésformák) átfogó vizsgálata:
 - 1.1. Elterjedtségének becslése
 - 1.2. Használati mintázódásának monitorozása
 - 1.2.1. Ezen belül az összetett használói magatartások vizsgálata
 - 1.3. Társadalmi és pszichológiai háttértényezőinek azonosítása
 - 1.4. Tendenciáinak nyomon követése.
2. A kutatás végső céljának megvalósításához szorosan kapcsolódik az addiktológiai problémák 1.1-1.4. pontokban megfogalmazott aspektusainak érvényes mérését szolgáló fogalmi keretek, indikátorok kidolgozása/megújítása:
 - 2.1. A különböző droghasználó magatartások Randomized Response Method (RRM) eljárással (Warner, 1965; Blair et al., 2015) való becslésére az OLAAP 2019 kutatás során alkalmazott (Paksi & Péterfi, 2020; Paksi & Pillók, 2021) eljárás finomítása, a lakossági vizsgálatok számára inkább megfelelő, kevésbé kultúraérzékeny és egyszerűbben megvalósítható (Blair et al., 2015), tehát általános, illetve nemzetközi standardokba való beépítésre inkább alkalmas RRM technika megtalálására irányuló fejlesztések folytatása.
 - 2.2. Az összetett használói magatartások, s ezen belül a polidrog-használat mérésére az általános populációs vizsgálatokban alkalmazott indikátorok kidolgozása/megújítása: az összetett használói magatartások fogalmi kereteinek és a különböző aspektusainak érvényes mérését lehetővé tevő komplex indikátorcso-mag kidolgozása.

3. A jelenleg az egyes országokban készülő általános populációs vizsgálatok nemzetközi harmonizációját szolgáló útmutató [European Model Questionnaire – EMQ (EMCDDA, 2002)] továbbfejlesztésére irányuló javaslatok megfogalmazása.

A KUTATÁS MÓDSZERTANI HÁTTERE

A kutatás kevert módszertannal (mixed method), azon belül az ún. exploratory sequential design (Creswell, 2009) alkalmazásával történt. A törzsblokk-ját a vizsgált kérdések megbízható elemzésére lehetőség adó kvantitatív vizsgálat képezte. A kutatás összetett használati mintázatok vizsgálatára irányuló célja miatt az ezen mintázatok kvantitatív mérésére alkalmazott indikátorok érvényességének növelése céljából az adatfelvételt megelőző konceptualizálási és operacionalizálási folyamatba kvalitatív előkutatás került beillesztésre.

Kvalitatív előkutatás

A jelenleg az európai országokban az általános populációban készülő vizsgálatok nemzetközi harmonizációját szolgáló útmutató (European Model Questionnaire – EMQ (EMCDDA, 2002)) nem határoz meg sem fogalmi kereteket, sem konkrét indikátorokat a polidrog-használat komplex mérésére. Nem szolgál iránymutatással a különböző szerek használatának időbeniségével (egyszerre, vagy egymást követően történő használatával), a használt szerek típusával, a több hatóanyag együttes használatának tudatosságával, a használattal kapcsolatos intenciókkal összefüggő dimenziók mérésével kapcsolatban sem (Katája et al., 2018), holott ezen kérdések jelentősége az új pszichoaktív szerek elterjedté válásával – mely szerek esetében fokozottan jellemző a több különböző hatóanyag együttes jelenléte – egyre inkább előtérbe kerül (Pirone et al., 2017; Péterfi & Demetrovics, 2018; Péterfi et al., 2021). A polidrog-használat elterjedtségének meghatározása – népegészségügyi jelentősége, és a drogprobléma monitorozásában hangsúlyos szerepe ellenére – sok esetben kimerül az illegális vagy legális szerek adott időintervallumban (élet folyamán, elmúlt évben, elmúlt hónapban) történő párhuzamos fogyasztásának mérésével (EMCDDA, 2009).

Általában is elmondható, hogy a polidrog-használatnak nincs egységes fogalom meghatározása, a szakirodalomban és a kutatásokban is többféle terminus használatával találkozhatunk (polydrug use, polysubstance use, multiple drug use, polytoximania). Az alkalmazott fogalmaknak az alábbi két típusa kör-

vonalazódik, de ezek elsősorban nem a jelenség konceptuális tipizálását jelenítik meg, hanem a mérési módszerek megválasztásából fakadnak.

- (1) Az egyik típus az Egyszerre történő polidrog-használat/ Simultaneous polydrug use (SPU), ami a különböző pszichoaktív szerek egyidőben, vagy időben egymáshoz közel történő, kombinált fogyasztását fejezi ki (Martin, 2008; Karjalainen et al., 2017). A szerkombinációk használata lehet (1) intencionális/funkcionális, és (2) válogatás nélküli (indiscriminate)/rendszeretlen (haphazard). A szerkombinációknak lehet (a) egymáshoz adódó/egymást erősítő (additive); és (b) szinergikus/egymás hatását módosító (interactive/synergistic) hatása az intoxikációra és befolyásoltságra, illetve (c) az egyik szer a másik szer bizonyos hatásának csökkentését vagy ellensúlyozását is szolgálhatja. (pl. szedatívumok használata kokainhasználat után).
- (2) A másik típus az Egymást követő polidrog-használat / Consecutive vagy concurrent polydrug use (CPU) pedig az adott időintervallumon belül (elmúlt hónapban, vagy elmúlt évben) történő szerhasználatokra vonatkozik, ahol nem ismert az egyes szerek használata közti kapcsolat (Martin, 2008; Karjalainen et al., 2017). Ezen típus esetében nem tudjuk, hogy olyan (1) egyszerre, vagy időben egymáshoz közel eső szerhasználatról van szó, ahol előfordulhat interakció a szerek között, vagy (2) egymástól időben elkülönülő, de valamilyen módon kapcsolódó szerhasználatról, esetleg (3) egymástól független egyedi szerhasználatokról.

A kutatás elméleti/módszertani előkészítése keretében az összetett használói magatartások, s ezen belül az egyszerre történő szerhasználat fogalmi kereteinek, valamint különböző aspektusainak tisztázására, illetve az általános populációs vizsgálatokban azok érvényes mérésére alkalmazott indikátorok kidolgozása érdekében kvalitatív előkutatást végeztünk, melynek során egyrészt szerhasználók körében kognitív interjút (Alaimo et al., 1999) készítettünk (a), másrészt Delphi módszerrel (Hasson et al., 2000, 2025) vizsgálatot végeztünk szakértők körében (b).

- a. A szerhasználók körében készült kutatási elem keretében összesen 10 kognitív interjút készítettünk, a kutatás idején vagy a közelmúltban különböző pszichoaktív szerek közül legalább kettőt (alkohol, gyógyszer, új pszichoaktív szer, kábítószer) együttesen fogyasztó 18 év feletti személyek körében, nem, életkor, iskolai végzettség és szerhasználati mintázat mentén heterogén összetételű mintán. Az interjúalanyok rekrutálása részben az ellátó rendszeren keresztül, részben hólabda módszer és

networking technika vegyes alkalmazásával zajlott. Az interjúvázlat összeállítása a Think aloud módszer és a Verbal probing (Willis, 1999; Földvári & Mújdricza, 2018) alapján történt. Az interjúkat kutatók készítették face-to-face formában.

- b. A szakértők véleményének megismerése emailen kiküldött, űrlap formájú önkitöltős kérdőívek segítségével történt, két hullámban. A résztvevők felkérése során ügyeltünk a szakmaterületi heterogenitás biztosítására. A kutatásban 8 fő vett részt, 5 szakmaterület képviselőjében. A kérdőív az egyszerre történő szerhasználat fogalmi dimenzióival, a vizsgálatával kapcsolatos kérdések operacionalizálásával, megválaszolhatóságával és szakmai alkalmazhatóságával, valamint a magatartás intencionalitásával és kiterjesztésével kapcsolatos témákra terjedt ki.

A résztvevő szakemberek döntő többsége az első Delphi-fordulóban úgy látta, hogy szakmailag az egyszerre történő szerhasználatot fogalmilag az időtartam (néhány óra) mentén indokolt azonosítani, s bár a szinergia/együtthatás mentén történő megragadást is relevánsnak találták, ez a megközelítés inkább megosztotta a szakértőket (Paksi, 2023). A kognitív tesztelés során megkérdezett polidrog használók azonban egyöntetűen a hatás mentén értelmezték az együttes használat fogalmát (Arnold, 2023). Ez a kettősség a Delphi második fordulóját követően is megmaradt, így a kutatás eredményeként végül egy négy kérdésre vonatkozó ajánlás került megfogalmazásra, s alkalmazásra a kvantitatív vizsgálat során. Az összetett szerhasználat összesített élet- és éves prevalencia becsléshez az időtartam és a szinergia alapú definíciót alkalmazó kérdést is megtartottuk. A különböző szercsoportok vonatkozásában megjelenő együtthatás élet- és éves prevalenciájának vizsgálatára – továbbíve az időtartam és a szinergia mentén történő definíciós kettősséget – a kvalitatív kutatás alapján egy 6 féle szer-, illetve szercsoportkombinációt lefedő kérdés mellett döntöttünk. A prevalencia kérdések mellett egy 7 itemes, a polidrog-használat háttérében álló intenciókat vizsgáló kérdés került kidolgozásra (1. melléklet). Az összes kérdés, és az azokhoz kapcsolódó instrukciók megfogalmazásába beépítésre kerültek a szerhasználói interjúk során kapott – a kérdések és válaszlehetőségek értelmezhetőségére vonatkozó – visszajelzések.

A kutatás során alkalmazott adatfelvételi bázis leírása

Az adatfelvételi bázis kialakítása során nagy hangsúlyt fektettünk a következő szempontokra:

- i. Az eredmények nemzetközi kontextusban való értelmezhetőségét biztosító, a nemzetközi tudományos térben megjelenő kutatások/ajánlások által támogatott mérőeszközök alkalmazására.
- ii. Az általános populációban készült korábbi hazai addiktológiai vizsgálatok (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017, 2021a) adatfelvételi battériáival való harmonizációjára.
- iii. Továbbá arra, hogy az alkalmazott/kidolgozott mérőeszközök lehetőséget adjanak az OLAAP 2019 óta eltelt időszak társadalmi kihívásaival (a COVID-19 járvány, az orosz-ukrán háború, az infláció és az azokhoz kapcsolódó intézkedések) feltételezhetően összefüggésbe hozható társadalmi és addiktológiai változások leképezésére.

A fenti szempontok, valamint a kvalitatív előkutatás eredményei, illetve a kérdőív véglegesítését megelőző pilot kérdezés tapasztalatai alapján a kutatás céljainak megvalósítása érdekében egy 591 kérdésből álló adatfelvételi battéria került összeállításra, amely az alábbi területeket ölelte fel:

- i. pszichoaktív-szer-használat (dohányzás, alkohol- és egyéb pszichoaktív-szer-használat) elterjedtsége és társadalmi megítélése;
- ii. különféle viselkedési addikciók (Problémás Internet-, Problémás Online játék-, Problémás Közösségimédia-, Problémás Mobiltelefon-, Problémás Szerencsejáték-használat, Testedzés-függőség, Éveszavar, Munkafüggőség, Kényszeres vásárlás) elterjedtsége;
- iii. pszichológiai háttér (rumináció, aggodalmaskodás, testi tünetek, impulzivitás, mentalizáció, pszichológiai jól-lét);
- iv. szocio-demográfiai háttér (nem, életkor, kulturális- és gazdasági státus, háztartás összetétel, anómia, társadalmi integráció, családi érintettség, az aktuális/közelmúltbeli társadalmi kihívások percepciója).

Az adatfelvételi battéria struktúrájának kialakításakor – számolva a kontextus-hatással (Angelusz & 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 OLAAP kutatások (Paksi et al., 2009, 2017, 2021a) kérdésstruktúráját. Mindezek alapján az adatfelvételi battéria első részében a – korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan – szocio-demográfiai kérdések szerepeltek, ezt követték a szerhasználattal valamint a különböző viselkedési addikciókkal, majd a pszichológiai háttér-változókkal kapcsolatos mérőeszközök, s végül a kér-

dezési szituációt néhány – pl. a különböző addikció kockázatát hordozó magatartásokban érintett és más marginalizált társadalmi csoportokkal, illetve társadalmi problémákkal kapcsolatos – attitűdkérdés zárta. A kutatást megelőző időszak társadalmi kihívásaival (a COVID-19 járvány, az orosz-ukrán háború, az infláció és az azokhoz kapcsolódó intézkedések) feltételezhetően összefüggésbe hozható társadalmi és addiktológiai változások leképezésére alkalmazott kérdések az egyes kérdéseknek megfelelő tematikus blokkokba kerültek beillesztésre.

Tekintettel arra, hogy a kérdőív struktúrája mellett – többek között – a kérdőív hossza, illetve a kérdezés ideje is a válaszolási hajlandóságot és az adatminőséget befolyásoló, azonban a kutatók által direkt módon kontrollálható hibaforrások (Stoop, 2004; Stefkovics & Wurm, 2021), így a kutatás kérdőívének összeállítása során több esetben rövidített skálákat használtunk. Valamennyi rövidített skála kialakításánál figyelembe vettük a korábbi felmérések pszichometriai eredményeit.

A kutatás célváltozóit képező pszichoaktív-szer-használat és viselkedési addikciók becslésére az alábbi mérőeszközöket alkalmaztuk:

- *Drogfogyasztás*: EMQ – European Model Questionnaire (EMCDDA, 2002); NPS használat (EMCDDA, 2015); SDS – Severity of Dependence Scale (Ferri et al., 2000; Gossop et al., 1995, 1997); CAST – Cannabis Abuse Screening Test (Gyepesi et al., 2014; Horváth et al., 2021; Legleye et al., 2007); RRM kérdések (2. melléklet) – Unrelated Question Design (Moors, 1971; Folsom et al., 1973) és Mirrored Question Design (Warner, 1965; Blair et al., 2015; Le et al., 2023);
- *Gyógyszerhasználat*: EMQ (EMCDDA, 2002) 2017-es revíziója (Karjalainen, 2018);
- *Dohányzás (hagyományos és alternatív dohánytermékek használata)*: EMQ (EMCDDA, 2002); Dohányzás Súlyossága: Heaviness of Smoking Index (Heatherton et al., 1991; Péntes, 2021);
- *Alkoholfogyasztás*: EMQ (EMCDDA, 2002); RARHA-SEAS – Reducing Alcohol Related Harm, Standardised European Alcohol Survey (Moskalewicz et al., 2016); High-Intensity Drinking (Patrick & Azar, 2018); AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test (Saunders et al., 1993; Allen et al., 1997; Horváth et al., 2021); RRM kérdések – Unrelated Question Design, valamint Mirrored Question Design (Warner, 1965; Blair et al., 2015; Le et al., 2023);
- *Egyszerre történő szerhasználat*: a kutatás módszertani előkészítéseként végzett kvalitatív kutatások

- eredményeként kidolgozott saját kérdések (lásd: 1. melléklet).
- *Problémás internethasználat*: PIUQ-9 – Problematic Internet Use Questionnaire, 9 tételes változata (Demetrovics et al., 2004; Koronczai, 2021a);
 - *Problémás onlinejáték-használat*: Ten-Item Internet Gaming Disorder Test [IGDT-10] (Király, 2021a; Király et al., 2017; 2019), Online játékhasználat motivációi: MOGQ – Motives for Online Gaming Questionnaire (Demetrovics et al., 2011; Király, 2021b) rövidített – motivációnként 1-1 tételt alkalmazó – kísérleti változata;
 - *Problémás közösségimédia-használat*: BSMAS – Bergen Social Media Addiction Scale (Andreassen et al., 2012a; Koronczai, 2021b);
 - *Problémás szerencsejáték-használat*: PGSI – Problem Gambling Severity Index (Gyollai et al., 2013; Kapitány-Fövény, 2021);
 - *Testedzsfüggőség*: EAI-HU – Exercise Addiction Inventory (Mónok, 2021; Mónok et al., 2012; Terry et al., 2004) hattételes, módosított változata (Szabó et al., 2019);
 - *Évészsavar*: SCOFF questionnaire (Horváth, 2021; Morgan et al., 1999), BAT – Testi Attitűdök Tesztje (Body Attitudes Test) (Czeglédi et al., 2010; Koronczai, 2021c; Probst et al., 1995);
 - *Munkafüggőség*: BWAS – Bergen Work Addiction Scale (Andreassen et al., 2012b; Kun et al., 2021; Orosz et al., 2016);
 - *Kényszeres vásárlás*: RCB – Richmond Compulsive Buying Behaviour (Maraz et al., 2015; Ridgway et al., 2008);
 - *Problémás mobiltelefon-használat*: Problematic Mobile Phone Use 2 Questionnaire [PMPUQ-SV], Dependencia alszála (Lopez-Fernandez et al., 2018);

A válaszok megbízhatóságának és érvényességének becslésére és az adatok kohorszelemzéssel való kontrollálása/korrigálása érdekében (Paksi et al., 2021a,b) a szerhasználattal kapcsolatos célváltozók esetében szerepeltettünk a kérdőívben kontroll-, illetve első használatra vonatkozó kérdéseket.

- A kutatás során alkalmazott pszichológiai skálák:
- *Impulzivitás*: BIS-11 – Barratt Impulsiveness Scale (Barratt, 1959; Patton et al., 1995; Kapitány-Fövény et al., 2020).
 - *Rumináció*: RRS – Ruminative Response Scale (Kökényei 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)

- *Mentalizáció*: RFQ-8 – Reflective Functioning Questionnaire (Fonagy et al., 2016)
- *Jól-lét*: WHO általános Jól-lét skála (Susánszky et al., 2006).

Az OLAAP 2023 kutatás szocio-demográfiai kérdéseinek összeállítását elsősorban az OLAAP 2019 kérdőívére (Paksi & Demetrovics, 2021a, b) alapoztuk, de néhány kérdést (pl. a különböző társadalmi problémák megítélése) visszaemeltünk az OLAAP 2015-ös vizsgálatból (Paksi et al., 2017). Emellett az „European Social Survey” (ESS) 2021-ben készült 10. hullámának magyarországi kérdőívére (https://stessrelpubprodweb.blob.core.windows.net/data/round10/fieldwork/hungary/ESS10_questionnaires_HU.pdf) és az „European Values Study” (EVS) 2017-es adatfelvételére (<https://europeanvaluesstudy.eu/methodology-data-documentation/>) támaszkodtunk.

A mintavétel stratégiája: célpopuláció, mintakeret és minta

A mintavételi terv kialakítása során – az általános populációban készült korábbi hazai addiktológiai vizsgálatokkal (Paksi, 2003; Paksi et al., 2009, 2017, 2021a) megegyező módon – a következő szempontokat vettük figyelembe:

- i. A kutatás célpopulációja a magyarországi 18-64 éves lakónépesség.
- ii. A kiválasztott személyek reprezentálják az ország 18-64 éves lakónépességét.
- iii. A minta 95%-os megbízhatósági szinten megközelítőleg $\pm 2,5\%$ -os elméleti hibahatárral biztosítsa a 18-64 éves korosztály adatainak elemzését. Tervezett nettó minta elemszáma: 1800 fő.
- iv. A kiválasztás minden alapegységét tekintve véletlenszerű legyen.
- v. A mintavétel – a vizsgált magatartások várhatóan szignifikáns urbanizációs és életkori mintázata (Paksi & Demetrovics, 2021a, b) miatt – biztosítsa a minta életkor és településméret szerinti arányosságát, valamint tegye lehetővé a területi (regionális szintű) becsléseket.

A mintavételi keretet a Belügyminisztérium Személyi Nyilvántartási Főosztály (BM SZNYF) 2023. január 1-i nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező felnőtt lakosság (6.088.979 fő) képezte (a mintakeret rétegzési szempontok szerinti eloszlását lásd az 1. táblázatban).

A minta kiválasztása Budapesten egy, vidéken pedig két lépcsőben zajlott. A vidéki al minta kiválasztásának első lépcsőjében regionális elhelyezkedés (7 régió) és településméret (6 méretkategória) szerint

1. táblázat A mintakeret eloszlása: régió, településméret és korcsoport szerint
BM SZNYF 2023. január 1-i nyilvántartása alapján (%; N=6.088.979 fő)

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves
Bp.		1,60%	3,30%	4,17%	4,63%	2,94%
Pest megye	0-999	0,01%	0,03%	0,03%	0,03%	0,03%
	1000-4999	0,31%	0,53%	0,61%	0,71%	0,48%
	5000-9999	0,24%	0,41%	0,50%	0,57%	0,36%
	10000-49999	0,95%	1,55%	2,02%	2,35%	1,41%
	50000-149999	0,08%	0,14%	0,19%	0,20%	0,13%
Dél-Alföld	0-999	0,05%	0,08%	0,08%	0,10%	0,09%
	1000-4999	0,40%	0,71%	0,73%	0,85%	0,70%
	5000-9999	0,24%	0,40%	0,43%	0,49%	0,38%
	10000-49999	0,41%	0,71%	0,82%	0,98%	0,75%
	50000-149999	0,18%	0,32%	0,38%	0,46%	0,33%
	150000 vagy több	0,18%	0,33%	0,37%	0,43%	0,30%
Dél-Dunántúl	0-999	0,25%	0,40%	0,41%	0,48%	0,43%
	1000-4999	0,29%	0,50%	0,55%	0,64%	0,54%
	5000-9999	0,09%	0,15%	0,18%	0,22%	0,18%
	10000-49999	0,19%	0,32%	0,39%	0,49%	0,39%
	50000-149999	0,24%	0,42%	0,44%	0,53%	0,41%
Észak-Mo.	0-999	0,22%	0,36%	0,34%	0,39%	0,34%
	1000-4999	0,59%	0,95%	0,95%	1,04%	0,86%
	5000-9999	0,13%	0,21%	0,22%	0,24%	0,20%
	10000-49999	0,34%	0,57%	0,65%	0,77%	0,62%
	50000-149999	0,17%	0,29%	0,35%	0,41%	0,31%
Közép-Dunántúl	0-999	0,12%	0,21%	0,23%	0,26%	0,22%
	1000-4999	0,43%	0,76%	0,87%	0,97%	0,71%
	5000-9999	0,11%	0,20%	0,23%	0,25%	0,19%
	10000-49999	0,33%	0,58%	0,72%	0,84%	0,64%
	50000-149999	0,22%	0,40%	0,50%	0,59%	0,42%
Nyugat-Dunántúl	0-999	0,22%	0,40%	0,44%	0,51%	0,44%
	1000-4999	0,32%	0,58%	0,71%	0,77%	0,57%
	5000-9999	0,07%	0,12%	0,16%	0,18%	0,13%
	10000-49999	0,15%	0,26%	0,32%	0,40%	0,30%
	50000-149999	0,32%	0,57%	0,73%	0,88%	0,60%
Észak-Alföld	0-999	0,11%	0,18%	0,18%	0,20%	0,16%
	1000-4999	0,64%	1,01%	0,98%	1,07%	0,87%
	5000-9999	0,31%	0,53%	0,54%	0,58%	0,48%
	10000-49999	0,42%	0,70%	0,74%	0,84%	0,66%
	50000-149999	0,20%	0,35%	0,44%	0,52%	0,37%
	150000 vagy több	0,22%	0,39%	0,48%	0,54%	0,38%

rétegzett, véletlen mintavételi eljárással történt a mintába kerülő települések (120 mintavételi pont; a települések kiválasztása során a megyeszékhelyek és a megyei jogú városok önreprezentálóak, azaz mintába kerülésük esélye 1 volt.) 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 almintá esetében egylépcsős, korcsoportok és kerületek szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárást alkalmaztunk. A fenti eljárással a tervezett 1800 fős nettó minta megvalósításához 2200 fős bruttó mintát választottunk. A részvételi hajlandósággal kapcsolatos korábbi kutatási tapasztalatok alapján – a csökkenő minta mellett – a főmintával azonos elvek szerint választott, a főmintához képest kétszeres elemszámú, rétegzési kritériumok és nemek szerint illesztett pótmintát alkalmaztunk (a bruttó minta rétegenkénti elemszámait lásd a 2. táblázatban).

A kutatás során alkalmazott – az adatfelvétel eszközének leírása során jelzett – kétféle Randomized Response Method (RRM) eljárás miatt a mintát két egyenlő nagyságú véletlen almintára („A” és „B” almintá) bontottuk.

Az adatfelvételi stratégia

A társadalmi elitelés alá eső magatartások vizsgálatára irányuló kutatások során – mint amilyen a pszichoaktív szer-használat is – különösen nagy nehézséget jelent a megfelelő válaszolási arány biztosítása, a minta reprezentativitásának megőrzése (WHO, 2000; EMCDDA, 2002; Decorte et al., 2009). Éppen ezért kiemelten fontos ezekben a vizsgálatokban az adatfelvételi stratégia körülményeként – korábbi kutatások módszertani eredményeit, valamint az adott ország társadalmi-kulturális sajátosságait (Johnson et al., 2002, 2010) figyelembe vevő – megválasztása, s a kutatói kontroll alatt tartható faktorok (mint a kapcsolatfelvétel módja, a nem válaszolók ismételt felkeresése, a kérdezőbiztosok felkészítése) közben tartása, az adatfelvételi folyamat monitorozása (Stoop, 2004).

A válaszolási hajlandóság és a válaszok megbízhatóságának növelése érdekében a tervezett adatfelvétel során nagy hangsúlyt fektettünk a mintába került személyekkel való kapcsolatfelvételre, a kérdezőbiztosok kiválasztására és felkészítésére. Az adatfelvétel során a mintába került, előzetesen kiértesített személyeket előzetes felkészítésen részt vett hivatásos kérdezőbiztosok keresték fel. A megfelelő

keretinformációkkal rendelkező mintaszemélyek sikertelen elérése esetén a kérdezőbiztosoknak három alkalommal kellett felkeresniük a valid címet, három különböző napszakban. Amennyiben háromszori felkeresés során sem tudták felvenni a kapcsolatot a kérdezettel, vagy a kérdezett visszautasította a válaszadást, illetve egyéb ok (tartós távollét, vagy alkalmatlanság) miatt kiesett, akkor a mintavesztesség pótlására az egyes rétegek kategóriák mentén a kieső mintaszemélyekhez illesztett pótmintát alkalmaztunk.

Az adatfelvétel 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, 2021a) megegyező módon személyes megkereséssel zajló, kevert – face-to-face kérdezési módszert önkitöltős elemekkel kombináló – kérdezési technikát alkalmaztunk.

- a. A szocio-demográfiai háttérváltozókra vonatkozó kérdések, valamint a vizsgált viselkedési addikciók szűrőkérdéseinek, továbbá az RRM kérdések felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével „face-to-face” módszerrel történt („A” kérdőív).
- b. A pszichoaktív szer-használattal kapcsolatos standard kérdések („B” kérdőív), valamint a viselkedési addikciók és a pszichológiai háttérváltozók mérésére alkalmazott tesztbatteria felvétele pedig a kérdezőbiztos jelenlétében, önkitöltős módszerrel zajlott. Az önkitöltős kérdéseket tartalmazó adatfelvételi batteria válaszait a kérdezők nem ismerhették meg, azokat lezárt borítékban adták vissza a megkérdezett személyek a kérdés során mindvégig jelen lévő, így a kérdezési körülmények standarditását (pl. hogy a kérdezett ne családtagjaival együtt töltse ki a kérdőívet) biztosító kérdezőbiztosnak.

A kutatás adatfelvétele 2023 őszén kezdődött és 2024 tavaszán zárult. Az adatfelvétel kontrolállása kettős (instruktori és megbízói) ellenőrzéssel történt. A kutatás az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottságának jóváhagyásával készült (engedély szám: 2023/349).

Az adatfeldolgozás módja

Az adatok feldolgozása az adott kérdéssel kapcsolatos nemzetközi ajánlások és szakirodalmi előzmények figyelembevételével, IBM SPSS Statistics 30 és Mplus 8 (Muthén & Muthén, 2017) statisztikai szoftverekkel történt.

2. táblázat A kiválasztott bruttó minta elemszámai az egyes rétegekben (N=2200 fő)

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves	összesen
Bp.		35	72	92	102	65	366
Pest megye	0-4999*	7	12	14	16	11	60
	5000-9999	5	9	11	13	8	46
	10000-49999	21	35	44	51	31	182
	50000-149999	2	3	4	4	3	16
Dél-Alföld	0-999	1	2	2	2	2	9
	1000-4999	9	15	16	19	15	74
	5000-9999	5	8	10	10	8	41
	10000-49999	10	16	18	22	17	83
	50000-149999	4	7	8	10	8	37
	150000 vagy több	4	7	8	9	7	35
Dél-Dunántúl	0-999	6	9	9	11	10	45
	1000-4999	6	11	12	14	12	55
	5000-9999	2	3	4	5	4	18
	10000-49999	4	7	9	11	8	39
	50000-149999	5	9	10	12	9	45
Észak-Mo.	0-999	5	8	7	9	7	36
	1000-4999	13	22	21	23	19	98
	5000-9999	2	5	5	6	4	22
	10000-49999	7	13	14	17	13	64
	50000-149999	4	6	8	9	7	34
Közép-Dunántúl	0-999	3	4	5	5	5	22
	1000-4999	9	17	19	21	16	82
	5000-9999	2	4	5	6	4	21
	10000-49999	7	12	16	19	14	68
	50000-149999	5	9	11	13	9	47
Nyugat-Dunántúl	0-999	5	9	10	11	10	45
	1000-4999	7	12	16	17	12	64
	5000-9999	1	3	3	4	3	14
	10000-49999	3	6	7	9	7	32
	50000-149999	7	12	16	20	13	68
Észak-Alföld	0-999	3	4	4	4	3	18
	1000-4999	14	21	22	23	20	100
	5000-9999	7	12	12	12	11	54
	10000-49999	9	16	16	19	14	74
	50000-149999	5	8	9	11	8	41
	150000 vagy több	5	9	11	12	8	45
Összesen		249	437	508	581	425	2200

*Az alacsony lakosságarány miatt a 0-999 településméret kategória a mintaválasztás során összevonásra került az 1000-4999 kategóriával.

A szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos prevalencia változók képzése során az EMCDDA (2002) standardokkal és a korábbi hazai lakossági vizsgálatok során alkalmazott eljárással megegyező módon (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017, 2021a,b) az LTP, LYP, illetve az LMP kiszámítása során ún. „konzisztencia korrekciót” (EMCDDA, 2002, 35. o.) végeztünk, melynek keretében egyrészt a hosszabb idejű prevalencia-kérdésekre kapott válaszok – külön változóban – korrigálásra kerültek a rövidebb idejű prevalencia-kérdések esetében kapott fogyasztásbevallásokkal, valamint az első használat életkorára vonatkozó kérdésre adott válasszal, másrészt a rövidebb idejű prevalenciák válaszhányait 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 89,1%-ával történt sikeres kapcsolatfelvétel, 1,9% esetében az adatnyilvántartó hivatal által rendelkezésre bocsátott címadat nem volt megfelelő (rossz keretinformáció), 9,0% esetében pedig a megkérdezett személy háromszori megkeresés alkalmával sem volt elérhető. A mintakiesések oka legnagyobb arányban a visszautasítás volt: a mintaszemélyek 34,8%-a utasította el a válaszadást. A főminta 8,2%-a esetében egyéb

ok (pl. tartós távollét, alkalmatlanság) miatt nem volt sikeres a megkérdezés, s a felkeresett címek 7,1%-a esetében ismeretlen okból nem történt adatfelvétel (3. táblázat). A sikeres megkérdezések aránya Budapesten szignifikánsan ($p < 0,001$) alacsonyabb volt, mint vidéken, ami részben az elutasítások nagyobb arányának következménye, részben pedig az egyéb, illetve ismeretlen okból történő mintakiesések nagyobb gyakoriságával hozható összefüggésbe. 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. (lásd a 3. táblázatban).

A kutatás során – a mintakiesések pótlására alminták és rétegzési szempontok szerint illesztett pótminta alkalmazásával – elért teljes nettó minta nagysága 1.800 fő, ezen belül az RRM eljárás alkalmazása miatt kialakított alminták elemszáma 890 fő („A” minta), illetve 910 fő („B” minta). A teljes nettó minta rétegenkénti elemszámai a 4. táblázatban láthatók.

Az 1800 fős mintán 95%-os megbízhatósági szinten érvényes elméleti hibahatár mértéke $\pm 2,3\%$ („A” almintán: $\pm 3,29$; „B” almintán: $\pm 3,25$). A teljes minta statisztikai paramétereinek alakulását (standard hiba, statisztikai erő) az 1. ábra mutatja be.

A mintakiesések korrigálására a teljes minta, illetve az egyes alminták esetében egyaránt elemszámtartó, rétegek kategóriák szerinti mátrixsúlyozást alkalmaztunk, a főminta a mintaválasztás során alkalmazott mindhárom rétegek kategória, a két almintát – a kisebb elemszám miatt – életkor és településméret mentén

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

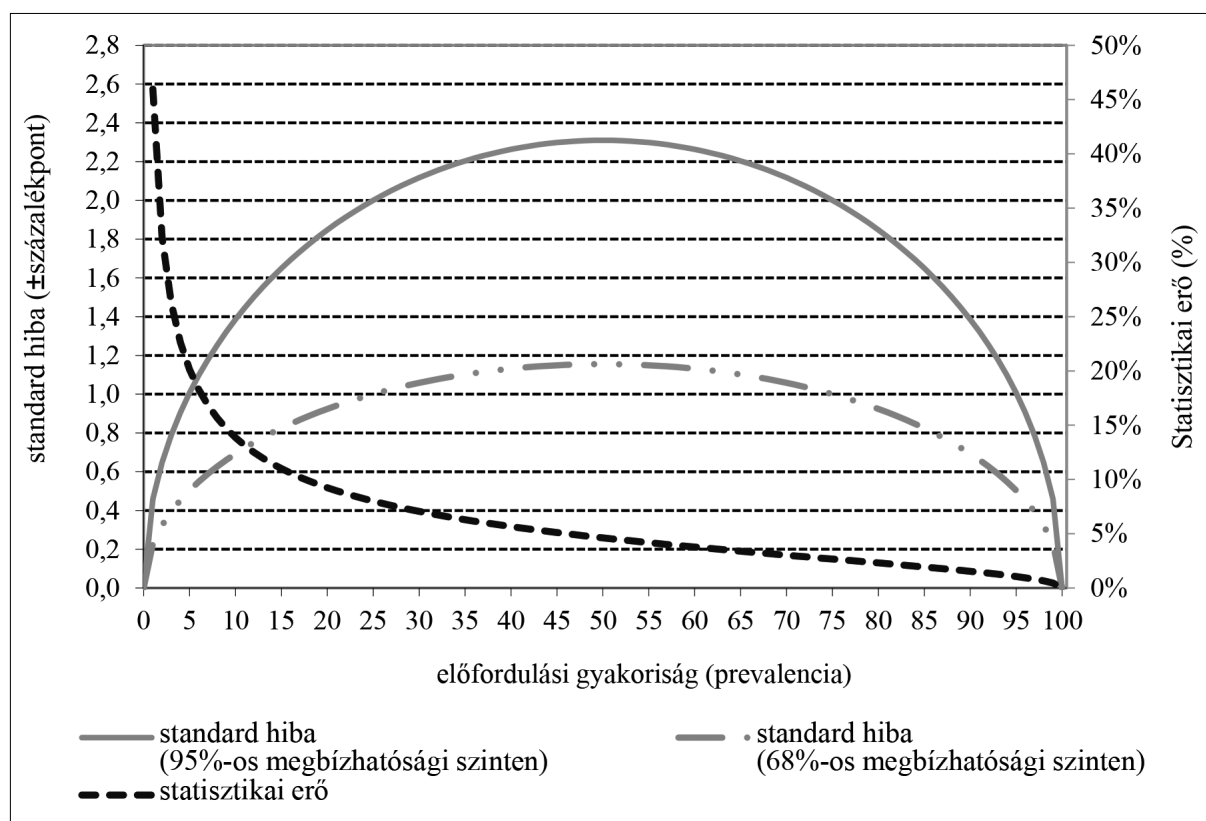
	Főminta összes	Budapest	Vidék	18-34 éves	35-64 éves
Sikeres megkérdezés	39,0	27,3	41,4	37,7	39,7
Pearson Chi-Square	-	25,352		0,760	
sig.	-	$p < 0,001$		nsz*	
Rossz keretinformáció	1,9	1,9	1,9	2,3	1,7
Megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély nem elérhető	9,0	9,8	8,8	8,3	9,3
A mintaszemély visszautasította a kérdezést	34,8	39,3	33,9	34,4	35,0
Egyéb ok miatti mintakiesés	8,2	10,7	7,7	8,7	8,0
Ismeretlen ok miatti mintakiesés	7,1	10,9	6,3	8,6	6,4
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson Chi-Square	-	30,691		5,637	
sig.	-	$p < 0,001$		nsz	

*nsz: $p > 0,1$

4. táblázat A nettó minta elemszámai az egyes rétegekben (N=1800 fő)

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves	összesen
Bp.		32	60	77	80	51	300
Pest megye	0-4999*	7	11	15	17	9	59
	5000-9999	4	7	10	8	6	35
	10000-49999	23	22	40	39	24	148
	50000-149999	1	2	3	5	2	13
Dél-Alföld	0-999	1	2	2	3	3	11
	1000-4999	7	10	12	16	13	58
	5000-9999	6	11	9	8	9	43
	10000-49999	9	15	14	18	15	71
	50000-149999	1	4	6	7	5	23
	150000 vagy több	4	6	6	7	7	30
Dél-Dunántúl	0-999	5	8	9	7	8	37
	1000-4999	4	8	7	8	7	34
	5000-9999	3	3	4	6	5	21
	10000-49999	4	6	8	9	8	35
	50000-149999	5	7	8	9	6	35
Észak-Mo.	0-999	4	5	5	7	4	25
	1000-4999	13	22	22	20	16	93
	5000-9999	2	4	3	4	4	17
	10000-49999	4	7	6	10	8	35
	50000-149999	2	6	6	9	8	31
Közép-Dunántúl	0-999	3	6	4	3	6	22
	1000-4999	6	14	15	16	11	62
	5000-9999	1	3	4	6	2	16
	10000-49999	6	11	12	16	12	57
	50000-149999	6	6	10	9	6	37
Nyugat-Dunántúl	0-999	3	10	8	10	11	42
	1000-4999	7	8	15	16	11	57
	5000-9999	1	3	3	4	3	14
	10000-49999	2	2	7	7	6	24
	50000-149999	6	11	13	14	12	56
Észak-Alföld	0-999	0	0	0	0	0	0
	1000-4999	11	13	15	16	14	69
	5000-9999	6	9	12	10	10	47
	10000-49999	6	15	12	17	13	63
	50000-149999	4	8	9	11	9	41
	150000 vagy több	4	9	10	10	6	39
összesen		213	354	421	462	350	1800

*Az alacsony lakosságarány miatt a 0-999 településméret kategória a mintaválasztás során összevonásra került az 1000-4999 kategóriával.

1. ábra A statisztikai erő görbe és a standard hiba elméleti nagyságának alakulása az elért nettó mintában (N=1800)

került súlyozásra. A teljes mintában alkalmazott súlyok megtalálhatók az 5. táblázatban, a súlyok eloszlásának statisztikai mutatói pedig a 6. táblázatban.

A mérőeszközök megbízhatóságával kapcsolatos eredmények

A célváltozókkal kapcsolatos adatok megbízhatóságát a kérdőívben szereplő különböző, egymással logikai kapcsolatban álló kérdésekre adott válaszok közötti összefüggések alapján számított mutatókkal jellemezzük. A kutatás alapján kidolgozásra kerülő, a társadalmi-demográfiai mintázódások megismerésére irányuló modellek érvényességének paraméterezéséhez megvizsgáltuk a célváltozók minőségével kapcsolatos mutatók főbb társadalmi-demográfiai mintázódásait is.

A prevalencia adatok megbízhatósága

A kérdőív a szerhasználó magatartásokra vonatkozóan tartalmazott élettartam-prevalenciára, majd később az első fogyasztásra vonatkozó kérdéseket. A két kérdés-

re adott válaszok közötti megfelelés alapján kiszámítottuk a konzisztens nem használók (A oszlop), a konzisztens használók (B oszlop), valamint az inkonzisztens (D oszlop) választ adók arányát (7. táblázat). Konzisztensen nem használók közé azokat soroltuk, akik mindkét kérdésnél egyértelműen azt jelölték, hogy soha nem használták az adott szert. Konzisztens használóknak azokat a válaszolókat tekintettük, akik az élettartam-prevalencia kérdésre igen választ adtak és az első használat éveire vonatkozóan megadták, hogy hány éves korukban használták először az adott szert, vagy „nem tudom” választ jelöltek. Az inkonzisztens válaszolók az egyik kérdésnél egyértelműen használatra, a másik kérdésnél pedig egyértelműen nem használatra vonatkozó választ adtak.

Az első használatra és az élettartam-prevalenciára 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 hagyományos

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
Bp.		0,8976	0,9893	0,9751	1,0409	1,0380
Pest megye	1000-4999	0,8416	0,9029	0,7696	0,7824	1,0147
	5000-9999	1,0981	1,0583	0,9076	1,2907	1,0810
	10000-49999	0,7460	1,2650	0,9085	1,0866	1,0566
	50000-149999	1,4701	1,2805	1,1313	0,7379	1,1369
Dél-Alföld	0-999	0,8363	0,7144	0,7423	0,5895	0,5192
	1000-4999	1,0385	1,2706	1,0942	0,9609	0,9658
	5000-9999	0,7076	0,6482	0,8530	1,1068	0,7520
	10000-49999	1,0705	0,8505	1,0525	0,9776	0,9051
	50000-149999*		1,4276	1,1457	1,1950	1,1918
	150000 vagy több	0,8076	1,0029	1,1067	1,0972	0,7818
Dél-Dunántúl	0-999	0,8944	0,8974	0,8150	1,2348	0,9690
	1000-4999	1,2962	1,1356	1,4203	1,4299	1,3834
	5000-9999	0,5210	0,9108	0,8093	0,6572	0,6317
	10000-49999	0,8470	0,9580	0,8883	0,9709	0,8693
	50000-149999	0,8559	1,0781	0,9921	1,0693	1,2391
Észak-Mo.	0-999	1,0089	1,2949	1,2362	1,0090	1,5314
	1000-4999	0,8211	0,7798	0,7776	0,9324	0,9656
	5000-9999	1,1371	0,9630	1,2961	1,0640	0,9132
	10000-49999	1,5156	1,4652	1,9614	1,3931	1,3910
	50000-149999	1,4969	0,8708	1,0395	0,8208	0,6943
Közép-Dunántúl	0-999	0,7123	0,6205	1,0277	1,5697	0,6569
	1000-4999	1,2797	0,9737	1,0490	1,0888	1,1671
	5000-9999	1,9975	1,1965	1,0309	0,7534	1,6881
	10000-49999	0,9843	0,9556	1,0731	0,9496	0,9544
	50000-149999	0,6655	1,2093	0,9001	1,1761	1,2663
Nyugat-Dunántúl	0-999	1,3039	0,7128	0,9854	0,9127	0,7210
	1000-4999	0,8123	1,3091	0,8491	0,8645	0,9328
	5000-9999	1,2070	0,7140	0,9393	0,7879	0,7960
	10000-49999	1,3245	2,3129	0,8277	1,0158	0,8884
	50000-149999	0,9622	0,9373	1,0044	1,1340	0,8980
Észak-Alföld	1000-4999**	1,2282	1,6423	1,3923	1,4322	1,3137
	5000-9999	0,9436	1,0607	0,8027	1,0452	0,8580
	10000-49999	1,2510	0,8391	1,1075	0,8842	0,9136
	50000-149999	0,9179	0,7867	0,8762	0,8534	0,7330
	150000 vagy több	0,9707	0,7820	0,8711	0,9669	1,1425

*A nettó minta alacsony esetszáma miatt (lásd a 4. táblázatban) a szomszédos településméret kategóriák összevonásával történt a súlyok kialakítása.

**Az Észak-Alföldi régióban a 0-999 településméret kategóriában elért nettó minta elemszáma 0, így a 1000-4999 településméret kategória súlyának kialakítása során a két rétegek együttes alapsokasági arányát vettük figyelembe.

6. táblázat Az alkalmazott súlyok eloszlásának statisztikai mutatói

	Teljes minta súlya	'A' alminta súlya	'B' alminta súlya
N	1800	890	910
Átlag	1	1	1
Szórás	0,2009	0,1474	0,1216
Medián	0,9713	0,9956	0,9752
Módusz	1,0368	0,8591	0,9628
Legkisebb súly	0,51716	0,76190	0,70556
Legnagyobb súly	2,30380	1,51810	1,27801
Range	1,78664	0,75620	0,57245
Skewness (SE)	1,241 (0,058)	0,469 (0,082)	0,215 (0,081)
Kurtosis (SE)	3,934 (0,115)	0,141 (0,164)	-0,478 (0,162)

dohányzással és az alternatív dohánytermékek rendszeres használatával kapcsolatos adatok 2-8% körüli arányban tartalmaznak ellentmondásos válaszokat. Az alternatív dohánytermékek élettartam-prevalencia adatai azonban kevésbé használhatónak tűnnek, a válaszok mindössze háromötöde konzisztens (7. táblázat C oszlop).

A különböző szerhasználó magatartásokra irányuló fogyasztásbevallások minőségét jellemző mutató, a konzisztens használóknak az élettartam-prevalencia értékhez (LTP) viszonyított aránya meglehetősen széles (16,7 és 89,7 közötti) sávban mozog (7. táblázat F oszlop). Mindazonáltal azt mondhatjuk, hogy a vizsgált szerek többsége esetében az élettartam-prevalencia-értékek nagyobb részben (50% feletti arányban) konzisztens adatokat tartalmaznak. A dizájnér stimulánsok esetében a fogyasztásbevallások közel 50%-a konzisztens. A hasis, illetve a visszaélés-szerű gyógyszerfogyasztás (nyugtató/altató használata orvosi rendelvény nélkül, illetve alkohol-gyógyszer együttfogyasztás) élettartam-prevalencia értékei esetén azonban az inkonzisztens információk kerülnek túlsúlyba, a heroin és egyéb opiát használók, illetve az alternatív dohánytermékek fogyasztói között pedig nem találtunk konzisztens fogyasztásbevallást. Ezen utóbbi magatartásokra vonatkozó adatok – ahol az élettartam-prevalencia értékek zömében nem konzisztens válaszokon alapulnak – fenntartással kezelendők.

Az első fogyasztásra és az élettartam-prevalenciára vonatkozó kérdések esetében mutatkozó inkonzisztens válaszok főbb társadalmi-demográfiai mintázódását 18 féle magatartás vonatkozásában, 5 háttérváltozó (nem, korcsoport, iskolai végzettség, lakhely [Bp/vidék], relatív anyagi helyzet) mentén leíró 90 cella

közül egyetlen esetben sem tapasztaltunk $p < 0,001$ szinten szignifikáns mintázódást, 6 esetben találtunk $p < 0,05$ szinten szignifikáns összefüggést, s további 3 esetben jelentkezett tendencia jellegű ($p < 0,1$) kapcsolat (8. táblázat). A válaszok inkonzisztenciával való terheltége alapján a vizsgált szerhasználó magatartások közül a rendszeres hagyományos dohányzást, a vizsgált öt társadalmi-demográfiai változó közül pedig a kérdezett nemének szerepét kell kiemelnünk. A rendszeres hagyományos dohányzás élettartam-prevalencia értékére vonatkozó válaszok inkonzisztencia szintje két változó (életkor és lakhely) mentén mutatott szignifikáns mintázatot. A vizsgált háttérváltozók közül pedig a kérdezett neme esetében tapasztaltunk a legtöbb (6 féle) szerhasználó magatartás esetében szignifikáns vagy tendencia jellegű eltérést, míg az iskolai végzettség, valamint a relatív anyagi helyzet esetében egyik szerhasználó magatartás esetében sem. Összességében tehát, az első fogyasztásra és az élettartam-prevalenciára vonatkozó kérdések alapján képzett inkonzisztencia arányok társadalmi-demográfiai mintázódásának vizsgálatára elvégzett összefüggésvizsgálatok mindössze 6,7%-a jelzett szignifikáns, másik 3,3%-a pedig tendencia jellegű kapcsolatot, az esetek döntő többségében (90%) tehát nem találtunk a társadalmi-demográfiai jellemzők mentén a további elemzéseket befolyásoló eltéréseket.

A mérőeszközök érvényességével kapcsolatos eredmények

Az alkalmazott mérőeszközök érvényességét a különböző addikciós magatartásokkal kapcsolatos prevalencia kérdések esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok arányával, valamint a felülbecslés mér-

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

Szerek	Konzisztens nem használók aránya (a)	Konzisztens használók aránya (b)	Konzisztens válaszok aránya (c=a+b)	Inkonzisztens válaszok aránya (d)	Élet-prevalencia	Konzisztens használók / életprevalencia (f=b/e)
Marihuánahasználat	91,6	7,5	99,1	0,9	9,5	78,9
Hasishasználat	97,7	2,2	99,9	0,1	7,9	27,8
Szintetikus kannabinoidok használata	97,4	2,2	99,6	0,4	3,2	68,8
Ecstasyhasználat	97,7	1,8	99,5	0,5	2,8	64,3
Amfetaminhasználat	98,4	1,0	99,4	0,6	1,9	52,6
Kokainhasználat	99,2	0,6	99,8	0,2	1,0	60,0
Dizájnér stimulánsok használata	98,8	0,7	99,5	0,5	1,5	46,7
Heroinhasználat	99,9	0,0	99,9	0,1	0,2	*
Egyéb opiátok használata	99,7	0,0	99,7	0,3	0,4	*
LSD-használat	98,5	1,1	99,6	0,4	1,6	68,8
Mágikusgomba-használat	98,9	0,9	99,8	0,2	1,2	75,0
Inhalánsok használata	99,0	0,7	99,7	0,3	1,0	70,0
Altató/nyugtató és alkohol használata együtt (alkohol gyógyszerrel)	98,7	0,2	98,9	1,0	1,2	16,7
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélküli használata	97,5	0,4	97,9	2,2	2,5	16,0
Hagyományos dohányzás	84,7	13,6	98,3	1,7	50,5	26,9
Rendszeres hagyományos dohányzás	62,0	29,9	91,9	8,1	36,9	81,0
Alternatív dohánytermékek használata	60,1	0,0	60,1	39,9	12,8	*
Alternatív dohánytermékek rendszeres használata	94,1	2,6	96,7	3,3	2,9	89,7

*nincs konzisztens használó

tékének becslésével, az alkalmazott standard skálák esetében pedig azok belső konzisztenciájának vizsgálatával paraméterezzük.

A hiányzó és érvénytelen válaszok aránya

A hiányzó és érvénytelen válaszok aránya a tiltott drogokkal és inhalánsokkal kapcsolatos kérdésekben igen nagy stabilitást mutat, jellemzően a kérdésblokk elutasítását fejezi ki: az élettartam-prevalenciára vonatkozó kérdések esetében 4,6-4,8% közötti, az éves prevalencia kérdések esetében pedig 6,2-6,4% közötti. Hasonló a válaszhiányok és érvénytelen válaszok együttes aránya a közösségioldal- és a videójáték-használattal kapcsolatos kérdések esetében. A különböző intenzitású alkoholfogyasztási magatartásokkal, a visszaélészerű gyógyszerhasználattal, valamint a

nem hagyományos dohányzás különféle formáival kapcsolatos kérdések esetében valamelyest, a hagyományos dohányzással és a viselkedési addikciók kapcsolatos kérdések többsége (mobiltelefon-, szerencsejáték-, online szerencsejáték, sport, kedvtelésből való vásárlás) esetében pedig jelentősen kisebb (0,2 és 1,6% közötti) a válaszhiányok aránya (9. táblázat).

A semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez képest a vizsgált addiktív magatartásokkal, különösen a tiltott szerekkel, alkohol-fogyasztással, illetve a közösségioldal- és videójáték-használattal kapcsolatos adatok esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya relatíve magasnak tekinthető (pl. a kérdezett iskolai végzettségére vonatkozó kérdés, valamint a háztartásméret esetében 0,2%). Ugyanakkor, a szintén érzékenynek tekinthető jövedelemmel kapcsolatos kérdés esetében tapasztalt 20,4%-os válaszhiány

8. táblázat Az életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó kérdések alapján inkonzisztens válaszok mintázódása a vizsgált szerhasználó magatartások esetében a főbb társadalmi-demográfiai változók mentén (súlyozatlan adatokon számított Pearson Chi-Square)

Szerek	Nem ¹	Korcsop- port ²	Iskolai végzettség ³	Bp-vidék ⁴	Relatív anya- gi helyzet ⁵
Marihuánahasználat	nsz*	nsz	nsz	nsz	nsz
Hasishasználat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Szintetikus kannabinoidok használata	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Ecstasyhasználat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Amfetaminhasználat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Kokainhasználat	p=0,051	nsz	nsz	nsz	nsz
Dizájner stimulánsok használata	p=0,026	nsz	nsz	nsz	nsz
Heroinhasználat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Egyéb opiátok használata	p=0,025	nsz	nsz	nsz	nsz
LSD-használat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Mágikusgomba-használat	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Inhalánsok használata	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Altató/nyugtató és alkohol használata együtt (alkohol gyógyszerrel)	nsz	p=0,084	nsz	nsz	nsz
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélküli használata	p=0,011	nsz	nsz	nsz	nsz
Hagyományos dohányzás	p=0,071	nsz	nsz	nsz	nsz
Rendszeres hagyományos dohányzás	nsz	p=0,044	nsz	p=0,003	nsz
Alternatív dohánytermékek használata	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Alternatív dohánytermékek rendszeres használata	p=0,018	nsz	nsz	nsz	nsz

¹A nemek szerint mutatózó szignifikáns, vagy tendencijellegű mintázódások – a nyugtató/altató orvosi rendelvény nélküli használata, valamint a hagyományos dohányzás kivételével – rendre a férfiak körében jeleztek magasabb inkonzisztencia-arányokat.

²Az elemzés során a rétegkategóriák szerinti korcsoportokat használtuk. Az „alkohol-gyógyszer használata együtt” esetén a 45-54 és az 55-64 korcsoportban tendencijelleggel, a rendszeres hagyományos dohányzás esetén pedig a 35-44 és az 55-64 éves korcsoportban szignifikánsan magasabb inkonzisztencia-arányokat kaptunk.

³Négykategóriás iskolai végzettség mutatót használtunk (1: 8 ált. vagy kevesebb; 2: szakmunkás; 3: érettség; 4: felsőfok/egyetem utáni képzés).

⁴A rendszeres hagyományos dohányzás esetén a vidéki válaszolók esetén szignifikánsan magasabb inkonzisztencia arányt kaptunk.

⁵Az elemzés során a felvett 7 kategóriás relatív anyagi helyzet változóból (1 - magasan a legjobbak között van; 7 - a legrosszabbak között van) képzett 3 értékű összevont változót használtunk (1: átlagosnál jobb; 2: átlagos; 3: átlagosnál rosszabb anyagi helyzet).

*nsz: p>0,1

arányhoz képest, a különféle addikciókkal kapcsolatos kérdések elutasítása alacsonynak, az érvényes válaszok aránya jónak mondható.

A válaszhiányok és érvénytelen válaszok főbb társadalmi-demográfiai mintázódását 58 féle – az addikció típusában, vagy a használat vonatkoztatási idejében – különböző magatartás tekintetében 5 háttérváltozó (nem, korcsoport, iskolai végzettség, lakhely [Bp/vidék], relatív anyagi helyzet) mentén vizsgáltuk (10. táblázat):

– Nemek szerinti különbségek szinte kizárólag csak az éves prevalenciára (vagy arra is) vonatkozó kérdések esetében mutatkoztak, ott is jellemzően csak tendencia jelleggel. Szignifikáns nemi eltérés mindössze a közösségioldal- és a videójá-

ték-használat esetében mutatkozott. Mindössze a marihuánahasználat esetében mutatkozott az élettartam-prevalencia adatok missing arányában tendencia jellegű nemi eltérés. A válaszhiányok nagyobb aránya – a hevített dohánytermékek és a snüssz használata kivételével – rendre a férfiak körében volt jellemző.

– Életkor szerint jellemzően nem találtunk mintázódást. Mindössze 5 esetben – közösségioldal-, videójáték-használattal, valamint a nagyivással kapcsolatos kérdések (5 vagy több / 10 vagy több ital) esetében – jelentkezett szignifikáns életkori különbség, melyeknél mindegyik esetben az 55-64 éves korosztályokban volt az átlagosnál nagyobb a válaszhiányok aránya.

9. táblázat A válaszhiányok és érvénytelen válaszok aránya a különböző, addikció kockázatát hordozó magatartásokra vonatkozó prevalencia kérdésekben (súlyozatlan adatok, %)

Addikció kockázatát hordozó magatartások	Életprevalencia	Éves prevalencia
Marihuánahasználat *	4,6	6,2
Hasishasználat *	4,7	6,4
Szintetikus kannabinoidok használata*	4,6	6,4
Ecstasyhasználat *	4,7	6,4
Amfetaminhasználat *	4,7	6,4
Metamfetaminhasználat *	4,7	6,4
Kokainhasználat *	4,7	6,4
Crackhasználat *	4,7	6,4
Dizájnér stimulánsok használata*	4,7	6,4
Heroinhasználat *	4,7	6,4
Metadon rendelvény nélküli használata*	4,7	6,4
Buprenorfinhasználat *	4,7	6,4
Egyéb opiátok használata*	4,7	6,4
LSD-használat *	4,7	6,4
Mágikusgomba-használat *	4,7	6,4
Ketaminhasználat *	4,7	6,4
DMT-használat *	4,7	6,4
GHB-használat *	4,8	6,4
Szipuzás*	4,7	6,4
Patron-, lufihasználat *	4,7	6,4
Anabolikus szteroidok használata*	4,7	6,4
Alkoholfogyasztás	-	3,3
Nagyívás (5 vagy több / 10 vagy több ital)	-	4,6 / 5,5
Berűgás	-	4,2
Altató/nyugtató orvosi rendelvény nélküli használata**	3,7	
Altató/nyugtató és alkohol használata együtt**	5,6	
Hagyományos dohányzás***	-	0,2
Hevített dohánytermékek***	-	2,3
E-cigaretta használata***	-	2,4
Snüssz vagy nikotinpárna használata***	-	3,0
Közösségioldal-használat (hétköznapi/hétvégén)*	6,9 / 6,9	
Videójáték-használat**	6,2	
Mobiltelefon-használat***	1,5	
Szerencsejáték-használat**	0,4	
Online szerencsejáték-használat**	0,6	
Sport**	1,6	
Kedvtelésből való vásárlás**	1,6	

*Az éves prevalencia kérdések egyben az elmúlt 30 nap fogyasztására is rákérdeztek

**Az élet és az éves prevalenciaérték egy kérdésben szerepelt

***Az aktuális használatra vonatkozó kérdés alapján

10. táblázat A válaszhiányok és érvénytelen válaszok mintázódása a főbb társadalmi-demográfiai változók mentén (súlyozatlan adatokon számított Pearson Chi-Square, p érték)

Addikció kockázatát hordozó magatartások		Nem	Korcsoport ⁶	Iskolai végzettség ⁷	Bp-vidék ⁸	Relatív anyagi helyzet ⁹
Marihuánahasználat	LTP/LYP	nsz/nsz	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,082
Hasishasználat	LTP/LYP	0,088/0,085	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,068
Szintetikus kannabinoidok használata	LTP/LYP	nsz/0,085	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,068
Ecstasyhasználat	LTP/LYP	nsz/0,085	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,068
Amfetaminhasználat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Metamfetaminhasználat	LTP/LYP	nsz/1,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Kokainhasználat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Crackhasználat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Dizájnér stimulánsok használata	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Heroinhasználat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Metadon rendelvény nélküli használata	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Buprenorfinhasználat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Egyéb opiátok használata	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
LSD-használat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Mágikusgomba-használat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Ketaminhasználat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
DMT-használat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
GHB-használat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Szipuzás	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Patron-, lufihasználat	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Anabolikus szteroidok használata	LTP/LYP	nsz/0,071	nsz/nsz	<0,001/<0,001	nsz/nsz	nsz/0,063
Alkoholfogyasztás	LYP	0,071	nsz	<0,001	0,019	0,007
Nagyívás (5 vagy több / 10 vagy több ital)	LYP	nsz/nsz	0,004/0,004	<0,001/<0,001	<0,001/<0,001	<0,001/<0,001
Berúgás	LYP	nsz	nsz	<0,001	<0,001	<0,001
Altató/nyugtató orvosi rendelvény nélküli használata	LTP+LYP*	nsz	nsz	<0,001	nsz	0,009
Altató/nyugtató és alkohol használata együtt	LTP+LYP	nsz	nsz	<0,001	nsz	0,007
Hagyományos dohányzás	AH**	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Hevített dohánytermékek	AH	0,089	nsz	0,005	0,070	0,010
E-cigaretta használata	AH	nsz	nsz	0,007	0,048	0,004
Snüssz vagy nikotinpárna használata	AH	0,063	nsz	0,012	0,039	0,012
Közösségioldal-használat (hétköznapi/hétvégén)	LYP	0,009/0,011	<0,001/<0,001	<0,001/<0,001	<0,001/<0,001	<0,001/<0,001
Videójáték-használat	LTP+LYP	0,009	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Mobiltelefon-használat	LTP+LYP	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Szerencsejáték-használat	LTP+LYP	nsz	nsz	nsz	nsz	nsz
Online szerencsejáték-használat	LTP+LYP	0,091	nsz	nsz	nsz	nsz
Sport	LTP+LYP	nsz	nsz	0,014	nsz	nsz
Kedvtelésből való vásárlás	LTP+LYP	nsz	nsz	nsz	0,045	nsz

⁶Az elemzés során a rétegek kategóriák szerinti korcsoportokat használtuk.

⁷Négy kategóriás iskolai végzettség mutatót használtunk (1: 8 ált. vagy kevesebb; 2: szakmunkás; 3: érettségi; 4: felsőfok/egyetem utáni képzés).

⁸A rendszeres hagyományos dohányzás esetén a vidéki válaszadók esetén szignifikánsan magasabb inkonzisztencia arányt kaptunk.

⁹Az elemzés során a felvett 7 kategóriás relatív anyagi helyzet változóból (1 - magasan a legjobbak között van; 7 - a legrosszabbak között van) képzett 3 értékű összevont változót használtunk (1 - átlagosnál jobb; 2 - átlagos; 3 - átlagosnál rosszabb anyagi helyzet).

* Az élet és éves prevalenciaérték egy kérdésben szerepelt.

** Aktuális használatra vonatkozó adat;

nsz: p>0,1

- Iskolai végzettség tekintetében az adatok meglehetősen általánosan – a hagyományos dohányzás kivételével az összes szerhasználó magatartásra, valamint a közösségioldal-, a videójáték-, valamint a sportolásra vonatkozó kérdések esetében – az alacsony (maximum 8 általános) végzettséggel rendelkezők körében a válaszhiányok magasabb arányú előfordulásával leírható mintázódást jeleznek.
- Budapest-vidék dimenzió mentén a vizsgált 58 változó együtödében – az alkoholfogyasztással kapcsolatos, az alternatív dohánytermékek használatára vonatkozó, valamint a közösségioldal-, a videójáték-használatra és a kedvtelésből való vásárlásra vonatkozó kérdéseknél – mutatkozott szignifikáns, a hevített dohánytermékek esetében pedig tendencia jellegű eltérés. A kedvtelésből való vásárlás kivételével minden esetben a vidéki válaszolók körében volt nagyobb a válaszhiányok aránya.
- A relatív anyagi helyzet mentén – a nemi különbségekhez hasonlóan – rendre csak az éves prevalenciára (vagy arra is) vonatkozó kérdések esetében tapasztaltunk szignifikáns vagy tendencia jellegű mintázódást. Általában az anyagi helyzetüket az átlagosnál rosszabbnak érzékelő válaszolók adatai nagyobb mértékben terheltek érvényességi

problémákkal. Ez alól az alternatív dohánytermékeket használók jelentenek kivételt, ahol az átlagos anyagi helyzetű válaszolók körében legnagyobb a válaszhiányok aránya.

A felülbecslés mértéke

A droghasználattal kapcsolatos kérdések esetében a prevalencia értékek felülbecslési kockázatának bejósolásra a kérdőívben szerepeltettünk egy nem létező, ún. dummy-drogot. A dummy-drog esetében az éves- és havi prevalencia kérdésekben nem, az élettartam-prevalencia kérdésnél pedig 5 fő (0,3%) esetében fordult elő fogyasztásbevallás. Az alacsony értékekben társadalmi-demográfiai mintázódás nem mutatkozott.

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.

11. táblázat A vizsgálatban a különféle addiktív magatartások mérésére alkalmazott skálák reliabilitás mutatói (súlyozatlan adatok)

Skálák	Valid esetek száma (%)	Tételek száma	Belső konzisztencia mutató	Inter-étem korrelációk átlaga
CAST	265 (14,7%)	6	0,894	0,602
SDS	214 (11,9%)	5	0,874	0,610
Problémás szerencsejáték használat (PGSI)	341 (18,9%)	9	0,945	0,662
Évesi zavar (SCOFF)	1590 (88,3%)	5	0,720	0,355
Testi Attitűdök (BAT)	1590 (88,3%)	4	0,860	0,608
Problémás internet használat (PIUQ)	1532 (85,1%)	9	0,932	0,619
Obszesszió	1537 (85,4%)	3	0,879	0,709
Elhanyagolás	1536 (85,3%)	3	0,794	0,582
Kontrollzavar	1534 (85,2%)	3	0,824	0,614
Internetes játékzavar (IGDT)	231 (12,8%)	10	0,932	0,582
Problémás online közösségi oldal használat (BSMAS)	1300 (72,2%)	6	0,909	0,629
Problémás mobiltelefon használat – Dependencia (PMPUQ-SV-Dependencia)	1626 (90,3%)	5	0,911	0,674
Testedzés addikció (EAI-HU)	377 (20,9%)	6	0,881	0,551
Munkafüggőség (BWAS)	1430 (79,4%)	7	0,864	0,485
Kényszeres vásárlás (RCBS)	236 (13,1%)	7	0,920	0,629

12. 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)	1728 (96,0%)	10	0,796	0,284
Kognitív impulzivitás	1735 (96,4%)	4	0,802	0,503
Viselkedési impulzivitás	1739 (96,6%)	3	0,767	0,523
Türelmetlenség/Nyugtalanág	1731 (96,2%)	3	0,670	0,407
Rumináció (RRS)	1715 (95,3%)	10	0,938	0,600
Tépelődés	1717 (95,4%)	5	0,895	0,632
Töprengés	1718 (95,4%)	5	0,891	0,619
Aggodalmaskodás (PSWQ)	1721 (95,6%)	3	0,912	0,775
Testi tünetek - Nők (PHQ)	1437 (79,8%)	15	0,805	0,248
Testi tünetek - Férfiak (PHQ)	1705 (94,7%)	14	0,798	0,257
Reflektív funkció – bizonyosság (RFQ-C)	1711 (95,1%)	6	0,905	0,612
Reflektív funkció – bizonytalanság (RFQ-U)	1711 (95,1%)	5	0,845	0,533
Jól-lét (WHO-5)	1745 (96,9%)	5	0,891	0,624

A szerhasználattal kapcsolatos kérdések között két standard mérőeszközt alkalmaztunk, az SDS-t (Severity of Dependence Scale) és a CAST-ot (Cannabis Abuse Screening Test). Mindkét mérőeszköz esetében a magas Cronbach-alfa érték, valamint a magas tételek közötti együttjárás (amely ideális esetben 0,15 és 0,5 között helyezkedik el) redundáns tételeket jelezhet (11. táblázat), melynek alapján megfontolandó a két mérőeszköz további pszichometriai vizsgálata.

A viselkedési addikciók vizsgálatára alkalmazott 10 mérőeszköz közül az ideálisnál alacsonyabb Cronbach-alfa értéket egyetlen skála esetében sem tapasztaltunk. Azonban több esetben mutatkoztak az ideálisnál magasabb értékek mind a Cronbach-alfa, mind a tételek közötti együttjárás mértékében (lásd. 11. táblázat). Az általános populációs vizsgálatok rövidített mérőeszközök iránti igénye miatt érdemes lehet megvizsgálni egyes tételek elhagyásának lehetőségét.

A pszichológiai háttér mérésére alkalmazott skálák belső konzisztenciája

A pszichológiai jellemzők mérésére alkalmazott 6 mérőeszköz közül az ideálisnál alacsonyabb Cronbach-alfa értéket egyedül a BIS-11 mérőeszköz Türelmetlenség/Nyugtalanág alskálája esetében tapasztaltunk. Az érintett alskála alacsony tételszáma, valamint a tételek közötti együttjárások miatt nem találtuk szükségesnek a skála módosítását. Az ideálisnál magasabb

Cronbach-alfa értéket az Aggodalmaskodás skála esetében találtunk, mely eleve mindösszesen 3 itemből áll, valamint az RFQ Bizonyosság skálája esetében, ahol a tételek közötti együttjárásokat is figyelembe véve megfontolandó lehet az alskála további pszichometriai vizsgálata (12. táblázat).

ÖSSZEGZÉS, KÖVETKEZTETÉSEK

Tanulmányunkban az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) című kutatás 2023. évi hullámának általános módszertani háttérét és főbb metodológiai eredményeit ismertettük. A kutatás végső célja a magyarországi felnőtt népesség körében az addiktológiai problémák (szerhasználó magatartások és addiktív viselkedésformák) átfogó vizsgálata volt, amely néhány, a fogalmi keretek, indikátorok kidolgozására/megújítására irányuló célkitűzéssel egészült ki.

A kutatás kevert módszertannal (mixed method), azon belül az ún. exploratory sequential design alkalmazásával készült. A kutatás törzsblokkját a vizsgált kérdések megbízható elemzésére lehetőséget adó kvantitatív vizsgálat képezte, azonban az adatfelvételt megelőző konceptualizálási és operacionalizálási folyamatba egy – önmagában is kétféle módszert alkalmazó – kvalitatív előkutatás került beillesztésre.

Az OLAAP 2023 kutatás a 18-64 éves magyarországi lakónépesség bruttó 2200 fős, régió, településméret

és életkor szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárással kiválasztott országos reprezentatív mintáján készült, csökkenő minta és rétegekategóriák szerint illesztett pótminta együttes alkalmazásával. A 2023 őszén kezdődött és 2024 tavaszán zárult adatfelvétel személyes megkereséssel zajló, kevert – face-to-face kérdezési módszert önkitöltős elemekkel kombináló – kérdezési technikával történt. Az elért nettó minta nagysága 1.800 fő, az elméleti hibahatár mértéke 95%-os megbízhatósági szinten $\pm 2,3\%$. A minta kiesések korrigálására rétegekategóriák szerinti mátrix-súlyozást alkalmaztunk.

A kutatás a szerhasználó magatartások (dohányzás, alkohol- és egyéb pszichoaktív szer-használat), valamint a különböző viselkedési addikciók (Problémás Internet-, Problémás Online játék-, Problémás Közösségimédia-, Problémás Mobiltelefon-, Problémás Szerencsejáték-használat, Testedzéstülsúlyosság, Evészavar, Munkafüggőség, Kényszeres vásárlás) 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, ugyanakkor a korábbi hazai addiktológiai vizsgálatok adatfelvételi battériáival harmonizáló mérőeszközök kerüljenek alkalmazásra, továbbá arra, hogy az alkalmazott/kidolgozott mérőeszközök lehetőséget adjanak az OLAAP 2019 óta eltelt időszak társadalmi kihívásaival (a COVID-19 járvány, az orosz-ukrán háború, az infláció és az azokhoz kapcsolódó intézkedések) feltételezhetően összefüggésbe hozható társadalmi és addiktológiai változások leképezésére.

A célváltozók mentén kapott adatok megbízhatóságát és érvényességét a kérdőívben szereplő különböző, egymással logikai kapcsolatban álló kérdésekre adott válaszok közötti összefüggések alapján számított mutatókkal, a hiányzó és érvénytelen válaszok arányával, egy ún. dummy-drogra adott fogyasztásbevallások arányával, továbbá az alkalmazott standard skálák belső konzisztenciájának vizsgálatával elemeztük. A kidolgozásra kerülő modellek érvényességének paraméterezéséhez megvizsgáltuk a célváltozók minőségével kapcsolatos mutatók társadalmi-demográfiai mintázódását is. A vizsgált célváltozók adatbázison belüli eszközökkel történő vizsgálata alapján a következő összefoglaló megállapításokat tehetjük:

– A konzisztens használóknak az élettartam-prevalencia értékhez viszonyított aránya alapján azt mondhatjuk, hogy a vizsgált szerek többsége esetében az élettartam-prevalencia-értékek na-

gyobb részben konzisztens adatokat tartalmaznak. A hasis, valamint a visszaélő gyógyszerfogyasztás élettartam-prevalencia értékeiben azonban inkonzisztens információk kerülnek túlsúlyba, a heroin és egyéb opiát használók, valamint az alternatív dohánytermékek fogyasztói között pedig nem találtunk konzisztens fogyasztásbevallást. 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 90%-a esetében – 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, alkohol-fogyasztással, illetve a közösségi oldal- és videójáték-használattal kapcsolatos adatok esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya relatíve magasnak tekinthető, azonban más érzékeny kérdésekhez (pl. jövedelem) képest az érvényes válaszok aránya az addiktív magatartásokkal kapcsolatos kérdésekben jónak mondható.

A válaszhányok és érvénytelen válaszok tekintetében – az inkonzisztencia adatokhoz képest – gyakrabban találtunk társadalmi és demográfiai mintázódásokat: az alacsony iskolai végzettséggel, valamint kisebb mértékben a relatíve kedvezőtlen anyagi helyzetű, a vidéken élő, illetve a férfi mintaszemélyek válaszaiban nagyobb arányban vannak jelen érvényességi problémák, amit érdemes a különböző addiktív magatartások rizikófaktoraira irányuló elemzések során, mint korlátot figyelembe venni.

– A drogfogyasztással kapcsolatos kérdésekben a felülbecslés kockázata minimálisnak mondható.

– A viselkedési addikciók vizsgálatára alkalmazott 10 mérőeszköz közül az ideálisnál alacsonyabb Cronbach-alfa értéket egyetlen skála esetében sem tapasztaltunk, a pszichológiai jellemzők mérésére alkalmazott 6 mérőeszköz esetében is csak egy alskála esetében fordult elő 0,7 alatti érték. Azonban több esetben mutatkoztak az ideálisnál magasabb értékek mind a Cronbach-alfa, mind a tételek közötti együttjárás mértéke tekintetében, ami arra utal, hogy érdemes megvizsgálni egyes tételek elhagyásának és a későbbi kutatások során bizonyos skálák esetleg rövidített formában való alkalmazásának a lehetőségét.

13. táblázat A szerhasználattal kapcsolatos válaszok megbízhatóságára és érvényességére utaló mutatók a 2015-ös a 2019-es és a 2023-as OLAAP vizsgálatokban (súlyozatlan adatok)

	2015	2019	2023
Az életprevalenciára és az első használatra vonatkozó kérdések alapján konzisztens válaszok aránya a valaha fogyasztók (LTP) %-ában			
Marihuána	98,1	91,9	78,9
Kokain	53,6	68,8	60,0
Ecstasy	86,2	66,7	64,3
Amfetamin	67,9	58,8	52,6
Szintetikus kannabinoidok	54,8	36,4	68,8
Dizájner stimulánsok	28,6	33,3	46,7
Mágikusgomba	50,0	33,3	75,0
LSD	60,0	22,2	68,8
Heroin	28,6	20,0	0,0
Egyéb opiát	42,9	16,7	0,0
Inhalánsok	28,6	0,0	70,0
Válaszhiányok és érvénytelen válaszok arányának alakulása (%)			
Tiltott drogok élet/éves prevalencia értékei	<10,7/<13,3	<8,5/<10,5	<4,8/<6,4
Altató orvosi rendelvény nélkül éves prevalencia értéke	8,1	6,1	3,7
Nyugtató orvosi rendelvény nélkül éves prevalencia értéke	8,0		
Alkoholfogyasztás éves prevalencia értéke	4,7	7,3	3,3
Berűgás éves prevalencia értéke	7,4	9,1	4,2

A kedvezőtlen irányú változások szürke mezővel kiemelve

A korábbi OLAAP kutatások módszertani eredményeinek összehasonlítása (Paksi et al., 2017, 2021) a szerhasználatra vonatkozó adatok módszertani paramétereinek kedvezőtlen tendenciáit jelezték. Az OLAAP 2023 kutatás mintavételen kívüli hibákra utaló módszertani paramétereit összehasonlítva az OLAAP 2019 vizsgálat vonatkozó módszertani jellemzőivel, ez a tendencia megtorpanni látszik: a kedvezőtlen irányú elmozdulásokhoz képest növekedett a kedvező irányba mozduló paraméterek aránya.

Összességében az OLAAP 2023 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. A szerhasználó magatartások mintavételen kívüli hibáinak tendenciái pedig azt jelzik, hogy a változások elemzése során – a továbbra is szükséges fokozott odafigyelés, az eredmények körültekintő interpretálása és az évek során kimunkált, s jelen kutatásban is folytatott becslési eljárások alkalmazása mellett – a korábbiakhoz képest

valamelyest nagyobb biztonsággal támaszkodhatunk a standard mérőeszközök mentén kapott eredményekre is.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Paksi Borbála

1118 Budapest, Ménesi út 75. Tel: 36-70-452-0404

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

TÁMOGATÓK

A kutatás fő támogatója a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (K143732), kiegészítő támogató a Belügyminisztérium (BMEUP/74-59/2022). A kvalitatív elővizsgálat az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásának felhasználásával, a Magyar Addiktológiai Társaság bevonásával készült.

Köszönettel tartozunk a Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia, Drogbeteg Gondozó és Prevenció Központnak és a Tiszta Jövőért Alapítványnak, akik az ellátórendszerből származó interjúalanyok rekrutálásában voltak a segítségünk.

IRODALOM

- Alaimo, K., Olson, C. M., & Frongillo, E. A. (1999). Importance of cognitive testing for survey items: An example from food security questionnaires. *Journal of Nutrition Education*, 31(5), 269–275. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(99\)70463-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(99)70463-2)
- 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(4), 613–619. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1997.tb03811.x>
- Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S., & Pallesen, S. (2012a). Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports*, 110(2), 501–517. <https://doi.org/10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517>
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., & Pallesen, S. (2012b). Development of a Work Addiction Scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(3), 265–272. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00947.x>
- Angelusz, R., & Tardos, R. (2006). A kérdőíves kontextus-hatás – a nem mintavételi hibák egy efemer, mindennapos esete. In R. Angelusz & R. Tardos (Eds.), *Mérésről mérésre: A választáskutatás módszertani kérdései*. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány; BCE Politikatudományi Intézet.
- Arnold, P. (2023). Változó társadalom – változó addikciók? Az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) 2023. évi 6. hullámának előkészítése: Használói kognitív interjúk elemzése [Kut. beszámoló]. Emberi Erőforrások Minisztériuma. <http://www.mat.org.hu/index.php?id=38&hirid=176>
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9(2), 191–198. <https://doi.org/10.2466/PMS.9.3.191-198>
- Blair, G., Imai, K., & Zhou, Y.-Y. (2015). Design and analysis of the randomized response technique. *Journal of the American Statistical Association*, 110(511), 1304–1319. <https://doi.org/10.1080/01621459.2015.1050028>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Columb, D., Hussain, R., & O’Gara, C. (2020). Addiction psychiatry and COVID-19: Impact on patients and service provision. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 164–168. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.47>
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Sage Publications.
- Czeglédi, E., Urbán, R., & Csizmadia, P. (2010). Measuring body image: Psychometric properties and construct validity of the Hungarian version of the Body Attitude Test. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(3), 431–461. <https://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). EMCDDA. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/967/EMCDDA-TP-gps.pdf>
- Demetrovics, Zs., Szeredi, B., & Nyikos, E. (2004). A Problémás Internethasználat Kérdőív bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 19(2), 141–160.
- Demetrovics, Z., Szeredi, B., & Rózsa, S. (2008). The three-factor model of internet addiction: The development of the Prob-lematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*, 40(2), 563–574. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.2.563>
- 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. <https://doi.org/10.3758/s13428-011-0091-y>
- Elekes, Zs., & Paksi, B. (2004). A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai [Kutatási beszámoló]. NKFP. https://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2002). Handbook for surveys on drug use among the general population (Project CT.99.EP.08 B). EMCDDA. https://www.euda.europa.eu/html.cfm/index58052EN.html_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2009). An overview of the general population survey (GPS) key indicator (Technical report). EMCDDA. https://www.euda.europa.eu/publications/methods/gps-overview_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (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. EMCDDA. https://www.euda.europa.eu/drugs-library/voluntary-emq-module-monitoring-use-new-and-not-so-new-psychoactive-substances-nps-general-adult-population-surveys-and-school-surveys_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2020). Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe (Trendspotter briefing). EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/publications/ad-hoc-publication/impact-covid-19-patterns-drug-use-and-harms_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021a). European drug report 2021: Trends and developments. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2021_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021b). Polydrug use: Health and social responses (Mini guide). EMCDDA. https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/poly-drug-use-health-and-social-responses_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2022). European Web Survey on Drugs 2021: Top-level findings, 21 EU countries and Switzerland. EMCDDA. https://www.euda.europa.eu/publications/data-fact-sheets/european-web-survey-drugs-2021-top-level-findings-eu-21-switzerland_en
- Eurobarometer. (2020). Uncertainty/hope: Public opinion in times of COVID-19. European Parliament. https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/files/be-heard/eurobarometer/2020/public_opinion_in_the_eu_in_time_of_coronavirus_crisis/report/en-covid19-survey-report.pdf
- Ferri, C. P., Marsden, J., de Araujo, M., Laranjeira, R. R., & Goswami, M. (2000). Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, 19(4), 451–455. <https://doi.org/10.1080/713659418>
- Folsom, R. E., Greenberg, G. B., & Horvitz, D. G. (1973). The two alternate questions randomized response model for human surveys. *Journal of the American Statistical Association*, 68(343), 525–530. <https://doi.org/10.1080/01621459.1973.10481377>

28. Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
29. Földvári, M., & Mújdricza, F. (2018). A kognitív kérdőívtesztelés módszertana: A kognitív interjúfelvétel. *Statistikai Szemle*, 96(5), 449–467. <https://doi.org/10.20311/stat2018.05.hu0449>
30. Grau-López, L., Daigne, C., Palma-Alvarez, R. F., Sorribes-Puertas, M., Serrano-Pérez, P., Quesada-Franco, M., Segura, L., Coronado, M., Ramos-Quiroga, J. A., & Colom, J. (2022). COVID-19 lockdown and consumption patterns among substance use disorder outpatients: A multicentre study. *European Addiction Research*, 28(2), 113–121. <https://doi.org/10.1159/000521425>
31. 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), 607–614. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x>
32. Gossop, M., Best, D., Marsden, J., & Strang, J. (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, 92(3), 353. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb03205.x>
33. Grebely, J., Cerdá, M., & Rhodes, T. (2020). COVID-19 and the health of people who use drugs: What is and what could be? *International Journal of Drug Policy*, 83, 102958. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102958>
34. 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. (2014). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian samples of adolescents and young adults. *European Addiction Research*, 20(3), 119–128. <https://doi.org/10.1159/000353238>
35. Gyollai, Á., Urbán, R., Kun, B., Kökönyei, G., Eisinger, A., Magi, A., & Demetrovics, Zs. (2013). A Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 28(3), 274–280. <https://real.mtak.hu/27917/>
36. Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015. PMID: 11095242.
37. Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2025). Revisiting the Delphi technique - Research thinking and practice: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 168. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105119>
38. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K.-O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
39. Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2000). The 1999 ESPAD report: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries. ESPAD. https://www.espad.org/sites/default/files/The_1999_ESPAD_report.pdf
40. Horváth, Zs. (2021). SCOFF kérdőív. In Zs. Horváth, R. Urbán, Gy. Kökönyei, & Zs. Demetrovics (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 310–314). Medicina Könyvkiadó.
41. Horváth, Zs., Urbán, R., Kökönyei, Gy., & Demetrovics, Zs. (Eds.). (2021). *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* Medicina Könyvkiadó.
42. Horváth, Zs., Demetrovics, O., Paksi, B., Unoka, Z., & Demetrovics, Zs. (2023). The Reflective Functioning Questionnaire-Revised-7 (RFQ-R-7): A new measurement model assessing hypomentalization. *PLOS ONE*, 18(2), e0282000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282000>
43. Johnson, T. P., O'Rourke, D., Burris, J., & Owens, L. (2002). Culture and survey nonresponse. In R. M. Groves, D. A. Dillman, J. L. Eltinge, & R. J. A. Little (Eds.), *Survey nonresponse* (pp. 55–69). John Wiley & Sons.
44. Johnson, Timothy P, Young Ik Cho, and Geon Lee. (2010). "Examining the Association between Cultural Environments and Survey Nonresponse." *Survey Practice* 3 (3). <https://doi.org/10.29115/SP-2010-0013>
45. Kapitány-Fövény, M., Urbán, R., Varga, G., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Szekely, 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. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00030>
46. Kapitány-Fövény, M. (2021). A Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív. In Zs. Horváth, R. Urbán, Gy. Kökönyei, & Zs. Demetrovics (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 515–518). Medicina Könyvkiadó.
47. Karjalainen, K., Kuussaari, K., Kataja, K., Tigerstedt, C., & Hakkarainen, P. (2017). Measuring concurrent polydrug use in general populations: A critical assessment. *European Addiction Research*, 23(3), 163–169. <https://doi.org/10.1159/000477802>
48. Karjalainen, K. (2018). Misuse of medicines – Revision of the EMQ module. Paper presented at the GPS Expert Meeting. EMCDDA. Lisbon
49. Kataja, K., Karjalainen, K., Savonen, J., Hakkarainen, P., & Hatala, S. (2018). How do people attribute their polydrug use? A mixed methods approach. *Deviant Behavior*, 40(9), 1157–1170. <https://doi.org/10.1080/01639625.2018.1472931>
50. King, D. L., Delfabbro, P. H., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020). Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 184–186. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00016>
51. Király, O. (2021a). Tíz tételes Internetesjáték-használati Zavar Teszt. In Zs. Horváth, R. Urbán, Gy. Kökönyei, & Zs. Demetrovics (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 539–542). Medicina Könyvkiadó.
52. Király, O. (2021b). Online-játék-motivációs Kérdőív. In Zs. Horváth, R. Urbán, Gy. Kökönyei, & Zs. Demetrovics (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 547–550). Medicina Könyvkiadó.
53. 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. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.005>
54. Király, O., Bóthe, B., Ramos-Díaz, J., Rahimi-Movaghar, A., Lukavská, K., Hrabec, O., Miovisky, M., Billieux, J., Deleuze, J., Nuyens, F., Karila, K., Griffiths, M. D., Nagygyörgy, K., Urbán, R., 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. <https://doi.org/10.1037/ad0000433>
55. Kökönyei, G., Szabó, E., Kocsal, N., Édes, A., Eszlari, N., Pap, D., Magyar, M., Kovács, D., Zsombok, T., Elliott, R., Anderson, I. M., Deakin, J. F. W., Bagdy, G., & Juhász, G. (2016). Rumination in migraine: Mediating effects of brooding and reflection between

- migraine and psychological distress. *Psychology & Health*, 31(12), 1481–1497. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1235166>
56. Koronczi, B. (2021a). Problémás Internethasználat Kérdőív. In Zs. Horváth, R. Urbán, Gy. Kökönyei, & Zs. Demetrovics (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 534–538). Medicina Könyvkiadó.
 57. Koronczi, B. (2021b). Bergen Közösségimédia-függőségi Kérdőív. In Zs. Horváth, R. Urbán, Gy. Kökönyei, & Zs. Demetrovics (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 519–522). Medicina Könyvkiadó.
 58. Koronczi, B. (2021c). Testi Attitűdök Tesztje. In Zs. Horváth, R. Urbán, Gy. Kökönyei, & Zs. Demetrovics (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 282–285). Medicina Könyvkiadó.
 59. Koronczi, 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. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0345>
 60. Köteles, F., & Bárdos, Gy. (2009). Tabletták perceptuális jellemzői által generált mellékhatás-elvárások és pszichológiai hátterük. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(1), 47–62. <https://doi.org/10.1556/Mental.10.2009.1.3>
 61. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
 62. Kun, B., Orosz, G., Dombi, E., & Demetrovics, Zs. (2021). Bergen Munkafüggőség Skála. In Zs. Horváth, R. Urbán, Gy. Kökönyei, & Zs. Demetrovics (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 484–487). Medicina Könyvkiadó.
 63. Le, T.-N., Lee, S.-M., Tran, P.-L., & Li, C.-S. (2023). Randomized response techniques: A systematic review from the pioneering work of Warner (1965) to the present. *Mathematics*, 11(7), 1718. <https://doi.org/10.3390/math11071718>
 64. Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in the general population. *Journal of Substance Use*, 12(4), 233–242. <https://doi.org/10.1080/14659890701476532>
 65. 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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1213. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061213>
 66. Maraz, A., Eisinger, A., Hende, B., Urbán, R., Paksi, B., Kun, B., Kökönyei, G., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). Measuring compulsive buying behaviour: Psychometric validity of three different scales and prevalence in the general population and in shopping centres. *Psychiatry Research*, 225(3), 326–334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.080>
 67. Martin, C. S. (2008). Timing of alcohol and other drug use. *Alcohol Research & Health*, 31(2), 96–99.
 68. Mestre-Bach, G., Blycker, G. R., & Potenza, M. N. (2020). Pornography use in the setting of the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 181–183. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00015>
 69. Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
 70. Mónok, K. (2021). Testedzésfüggőség Skála és Testedzés Adikció Kérdőív. In Zs. Horváth, R. Urbán, Gy. Kökönyei, & Zs. Demetrovics (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 497–507). Medicina Könyvkiadó.
 71. Mónok, K., Berczik, K., Urbán, R., Szabó, A., Griffiths, M. D., Farkas, J., Magi, A., Eisinger, A., Kurimay, T., Kökönyei, G., Kun, B., Paksi, B., & Demetrovics, Z. (2012). Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(6), 739–746. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.06.003>
 72. Moors, J. J. A. (1971). Optimization of the unrelated question randomized response model. *Journal of the American Statistical Association*, 66(335), 627–629. <https://doi.org/10.1080/01621459.1971.10482320>
 73. Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319(7223), 1467–1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
 74. Moskalewicz, J., Room, R., & Thom, B. (2016). Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU: Baseline assessment and suggestions for future action (Synthesis report). PARPA. <http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU%20E2%80%932027.02.pdf>
 75. Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). Mplus user's guide (8th ed.). Muthén & Muthén. http://www.statmodel.com/download/usersguide/MplusUserGuideVer_8.pdf
 76. 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. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 662–671. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9613-7>
 77. 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. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(3), 159–165. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000221>
 78. Paksi, B. (2003). Drogok és felnőttek: A tizenhét év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. L'Harmattan.
 79. Paksi, B., Rózsa, S., Kun, B., Arnold, P., & Demetrovics, Zs. (2009). A magyar népesség adiktológiai problémái: Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Adiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4), 273–300.
 80. Paksi, B., Demetrovics, Zs., Magi, A., & Felvinczi, K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Adiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 31–55.
 81. Paksi, B., Demetrovics, Zs., Magi, A., & Felvinczi, K. (2018). A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Adiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(4/2), 541–565.
 82. 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*, 22(1), 29–42.

83. Paksi, B., & Péterfi, A. (2020). Implementation of RRM in Hungary. In 2020 Prevalence and Patterns of Drug Use (GPS) Expert Web Meeting (19 May).
84. Paksi, B., Pillók, P., Magi, A., Demetrovics, Zs., & Felvinczi, K. (2021a). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 reprezentatív lakossági felmérés módszertana. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 23(1), 184–207.
85. Paksi, B., Magi, A., Pillók, P., Kótyuk, E., Felvinczi, K., & Demetrovics, Zs. (2021b). Módszertani háttér. In B. Paksi & Zs. Demetrovics (Eds.), *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. I.* (pp. 6–48). ELTE PPK – L'Harmattan.
86. Paksi, B., & Demetrovics, Zs. (Eds.). (2021a). *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. I. Szerhasználó magatartások. ELTE PPK – L'Harmattan.*
87. Paksi, B., & Demetrovics, Zs. (Eds.). (2021b). *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. II. Viselkedési addikciók. ELTE PPK – L'Harmattan.*
88. Paksi, B., & Pillók, P. (2021). Drogfogyasztás. In B. Paksi & Zs. Demetrovics (Eds.), *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. I.* (pp. 49–93). ELTE PPK – L'Harmattan.
89. Paksi, B. (2023). Változó társadalom – változó addikciók? Az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) 2023. évi 6. hullámának előkészítése [Szakértői kutatás, kutatási beszámoló]. Emberi Erőforrások Minisztériuma. <http://www.mat.org.hu/index.php?id=38&hirid=177>
90. Patrick, M. E., & Azar, B. (2018). High-intensity drinking. *Alcohol Research*, 39(1), 49–55.
91. Patton, J. M., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
92. Péntes, M. (2021). Fagerström Nikotinfüggőségi Teszt. In Zs. Horváth, R. Urbán, Gy. Kökönyei, & Zs. Demetrovics (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I. Medicina Könyvkiadó, Budapest.*
93. Péterfi, A., & Demetrovics, Zs. (2018). Intentional polydrug use in Hungarian injecting NPS users. In XI Congreso Internacional y XVI Nacional de Psicología Clínica, Granada, 25 October.
94. Péterfi, A., Tarján, A., & Horváth, G. Cs. (2020). Kezelés. In P. Arnold et al. (Eds.), *2020-as Éves jelentés (2019-es adatok) az EMCDDA számára. Magyarország* (pp. 24–84). Nemzeti Drog Fókuszpont.
95. Péterfi, A., Tarján, A., Paksi, B., Arnold, P., Bálint, R., & Szabics, L. (2021). Kábítószer. In P. Arnold et al. (Eds.), *2021-es Éves jelentés (2020-es adatok) az EMCDDA számára. Magyarország* (pp. 24–89). Nemzeti Drog Fókuszpont.
96. Pillók, P. (2010). Az elhanyagolható tényező, avagy a nem mintavételi hibák a kérdőíves adatfelvételekben [Doktori disszertáció]. ELTE TÁTK.
97. Pirona, A., Bo, A., Hedrich, D., Ferri, M., van Gelder, N., Giraudon, I., Montanari, L., Simon, R., & Mounteney, J. (2017). New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe. *International Journal of Drug Policy*, 40, 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.004>
98. Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3(2), 133–144. <https://doi.org/10.1080/10640269508249156>
99. 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. <https://doi.org/10.1086/591108>
100. Slavich, G. M. (2022). Social safety theory: Understanding social stress, disease risk, resilience, and behavior during the COVID-19 pandemic and beyond. *Current Opinion in Psychology*, 46, 101299. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101299>
101. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, 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(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
102. Stefkovics, Á., & Wurm, V. (2021). A kitöltési idő és az adatminőség közötti összefüggések vizsgálata az ESS 9. hullámának adatain. *Socio.hu*, 11(2), 58–80. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2021.2.58>
103. Stoop, I. A. L. (2004). Surveying nonrespondents. *Field Methods*, 16(1), 23–54. <https://doi.org/10.1177/1525822X03259479>
104. Strizek, J. (2021). Impact of COVID-19 on consumption patterns in the general population in Austria. In *Prevalence and Patterns of Drug Use Expert Meeting* (30–31 March, Online).
105. Susánszky, É., Konkoly-Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.8>
106. Szabó, A., Pinto, A., Griffiths, M. D., Kovácsik, R., & Demetrovics, Zs. (2019). The psychometric evaluation of the Revised Exercise Addiction Inventory: Improved psychometric properties by changing item response rating. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 157–161. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.06>
107. Terry, A., Szabo, A., & Griffiths, M. (2004). The Exercise Addiction Inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research & Theory*, 12(5), 489–499. <https://doi.org/10.1080/16066350310001637363>
108. Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
109. Warner, S. L. (1965). Randomized response: A survey technique for eliminating evasive answer bias. *Journal of the American Statistical Association*, 60(309), 63–69. <https://doi.org/10.1080/01621459.1965.10480775>
110. World Health Organization. (2000). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66529/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf
111. Willis, G. B. (1999). Cognitive interviewing: A “how to” guide – Reducing survey error through research on the cognitive and decision process in surveys. Short course presented at the Meeting of the American Statistical Association, Baltimore, 8–12 April. <https://www.hkr.se/contentassets/9ed7b1b3997e4bf4baa8d4ced5cd87/gordonwillis.pdf>
112. Winstock, A. R., Davies, E. L., Gilchrist, G., Zhuparris, A., Ferris, J. A., Maier, L. J., & Barratt, M. J. (2020). Global Drug Survey Special Edition on COVID-19 Interim Report. Global Drug Survey. https://www.drugsandalcohol.ie/32106/1/GDS_COVID-19-GLOBAL_Interim%20Report-FINAL.pdf

1. melléklet Az összetett szerhasználat mérésére az előkutatás során kidolgozott kérdések

A következő kérdésekben a különböző szerek egyidejű használatával foglalkozunk. A különböző szerek alatt itt most kizárólag az <u>alkohol</u>, a <u>nyugtatók/altatók</u>, a <u>különböző tiltott drogok</u>, illetve a <u>szintetikus fű</u>, valamint a <u>dizájner-stimulánsok</u> használatára gondolunk. <u>Élete során használt-e két vagy több szert egyszerre vagy néhány órán belül?</u> [1] igen, az elmúlt 12 hónapban is [2] igen, de az elmúlt 12 hónapban nem [0] nem, soha <u>Élete során használt-e két vagy több szert úgy, hogy az egyik fogyasztásakor még érezte a másik szer hatását?</u> [1] igen, az elmúlt 12 hónapban is [2] igen, de az elmúlt 12 hónapban nem [0] nem, soha <u>Élete során használta-e az alábbi szereket egyszerre vagy néhány órán belül, vagy úgy, hogy az egyik fogyasztásakor még érezte a másik szer hatását?</u> (Minden sorban egy választ jelöljön!) <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">igén, az elmúlt 12 hónapban is igén, de csak régebben nem, soha</td> </tr> <tr> <td>nyugtató/altató és alkohol</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [0]</td> </tr> <tr> <td>kannabisz és alkohol</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [0]</td> </tr> <tr> <td>szintetikus fű és alkohol</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [0]</td> </tr> <tr> <td>alkohol és bármilyen más drog (kannabiszon és szintetikus fűvön kívül)</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [0]</td> </tr> <tr> <td>nyugtató/altató és valamilyen kábítószer</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [0]</td> </tr> <tr> <td>bármilyen két vagy több különböző kábítószer</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [0]</td> </tr> </table>		igén, az elmúlt 12 hónapban is igén, de csak régebben nem, soha	nyugtató/altató és alkohol	[1] [2] [0]	kannabisz és alkohol	[1] [2] [0]	szintetikus fű és alkohol	[1] [2] [0]	alkohol és bármilyen más drog (kannabiszon és szintetikus fűvön kívül)	[1] [2] [0]	nyugtató/altató és valamilyen kábítószer	[1] [2] [0]	bármilyen két vagy több különböző kábítószer	[1] [2] [0]	A következő kérdésre csak abban az esetben válaszoljon, ha az elmúlt 12 hónapban használt egyidejűleg (két vagy több szert egyszerre vagy néhány órán belül, vagy úgy, hogy az egyik fogyasztásakor még érezte a másik szer hatását) különböző szereket. <u>Mennyire igazak Önre az alábbi állítások?</u> <u>Az elmúlt 12 hónapban amikor két vagy több szert egyszerre vagy néhány órán belül használt, vagy úgy, hogy az egyik fogyasztásakor még érezte a másik szer hatását, azért használta...</u> (Minden sorban egy választ jelöljön!) <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">soha / majdnem soha időnként az esetek felében az esetek nagyobb részében majdnem mindig / mindig</td> </tr> <tr> <td>...hogyan fokozza egy szer hatását más szerrel/szerekkel (nagyobbat üssön)</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [3] [4] [5]</td> </tr> <tr> <td>...hogyan meghosszabbítja egy szer hatását más szerrel/szerekkel</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [3] [4] [5]</td> </tr> <tr> <td>...hogyan ellensúlyozza egy szer hatását más szerrel/szerekkel (hogyan lehozza a korábban fogyasztott szerről)</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [3] [4] [5]</td> </tr> <tr> <td>...hogyan egy más, új hatást hozzon létre két vagy több szer együttes használatával</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [3] [4] [5]</td> </tr> <tr> <td>...mert kísérletezni akart, milyen lesz a két vagy több szer együttes hatása</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [3] [4] [5]</td> </tr> <tr> <td>...csak úgy, mert több szer is hozzáférhető volt az ön számára</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [3] [4] [5]</td> </tr> <tr> <td>...mert nem figyelt, nem emlékezett, hogy már fogyasztott valamit néhány órával korábban, aminek még tartott a hatása</td> <td style="text-align: center;">[1] [2] [3] [4] [5]</td> </tr> </table>		soha / majdnem soha időnként az esetek felében az esetek nagyobb részében majdnem mindig / mindig	...hogyan fokozza egy szer hatását más szerrel/szerekkel (nagyobbat üssön)	[1] [2] [3] [4] [5]	...hogyan meghosszabbítja egy szer hatását más szerrel/szerekkel	[1] [2] [3] [4] [5]	...hogyan ellensúlyozza egy szer hatását más szerrel/szerekkel (hogyan lehozza a korábban fogyasztott szerről)	[1] [2] [3] [4] [5]	...hogyan egy más, új hatást hozzon létre két vagy több szer együttes használatával	[1] [2] [3] [4] [5]	...mert kísérletezni akart, milyen lesz a két vagy több szer együttes hatása	[1] [2] [3] [4] [5]	...csak úgy, mert több szer is hozzáférhető volt az ön számára	[1] [2] [3] [4] [5]	...mert nem figyelt, nem emlékezett, hogy már fogyasztott valamit néhány órával korábban, aminek még tartott a hatása	[1] [2] [3] [4] [5]
	igén, az elmúlt 12 hónapban is igén, de csak régebben nem, soha																														
nyugtató/altató és alkohol	[1] [2] [0]																														
kannabisz és alkohol	[1] [2] [0]																														
szintetikus fű és alkohol	[1] [2] [0]																														
alkohol és bármilyen más drog (kannabiszon és szintetikus fűvön kívül)	[1] [2] [0]																														
nyugtató/altató és valamilyen kábítószer	[1] [2] [0]																														
bármilyen két vagy több különböző kábítószer	[1] [2] [0]																														
	soha / majdnem soha időnként az esetek felében az esetek nagyobb részében majdnem mindig / mindig																														
...hogyan fokozza egy szer hatását más szerrel/szerekkel (nagyobbat üssön)	[1] [2] [3] [4] [5]																														
...hogyan meghosszabbítja egy szer hatását más szerrel/szerekkel	[1] [2] [3] [4] [5]																														
...hogyan ellensúlyozza egy szer hatását más szerrel/szerekkel (hogyan lehozza a korábban fogyasztott szerről)	[1] [2] [3] [4] [5]																														
...hogyan egy más, új hatást hozzon létre két vagy több szer együttes használatával	[1] [2] [3] [4] [5]																														
...mert kísérletezni akart, milyen lesz a két vagy több szer együttes hatása	[1] [2] [3] [4] [5]																														
...csak úgy, mert több szer is hozzáférhető volt az ön számára	[1] [2] [3] [4] [5]																														
...mert nem figyelt, nem emlékezett, hogy már fogyasztott valamit néhány órával korábban, aminek még tartott a hatása	[1] [2] [3] [4] [5]																														

2. melléklet RRM kérdések

„A” alminta

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 kérdését válaszolja meg.
A munkatársunk nem fogja tudni, hogy Ön melyik kérdésre válaszolt.

FEJ	ÍRÁS
Eddigi élete során kipróbálta-e már a marihuánát (fű, spangli, joint, zöld), hasist (csoki, kannabisz gyanta)?	A háztartás, amelynek tagja, előfizet-e valamilyen papíralapú vagy online újságra?
Az elmúlt 12 hónapban fogyasztott-e marihuánát, hasist?	Van-e otthon internet-előfizetésük?
Eddigi élete során kipróbálta-e már a szintetikus füvet (herbál, biofű, műfű, varázsdohány, szintetikus kannabinoidok)?	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen vallási alkalmon?
Eddigi élete során kipróbálta-e már az ecstasyt/MDMA-t (XTC, eki, laszti, X, bogyó)?	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen baráti összejövetelen?
Eddigi élete során kipróbálta-e már az amfetamint (szpid, speed, spuri, gyors, sp)?	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen családi összejövetelen (olyan családtagokkal, akikkel nem él közös háztartásban)?
Az elmúlt hónapban fogyasztott-e legalább 20 alkalommal alkoholt?	Olvasott-e az elmúlt héten valamilyen könyvet (hagyományos papíralapút vagy digitálisat, de nem tankönyvet)?

„B” alminta

Az egyes sorokban lévő állítaspárok közül csak az egyikről mondja meg, hogy igaz-e Önre. Azt, hogy melyik oszlopban lévő állításról nyilatkozik, azt a munkatársunktól húzott kártya segítségével döntse el.
Minden sorban adott válasz előtt húzzon egy kártyát a munkatársunktól! A kártyán egy „A” vagy „B” betű található. Azt, hogy milyen betűt húzott, ne mondja meg a jelenlévő munkatársunknak.
Ha a kártyán „A” betű szerepel, akkor az „A” oszlopban lévő kérdésre válaszoljon, ha viszont „B” betű, akkor a „B” oszlop kérdését válaszolja meg.
A munkatársunk nem fogja tudni, hogy Ön melyik kérdésre válaszolt.

A	B
Kipróbáltam már az életem során a marihuánát (fű, spangli, joint, zöld) vagy a hasist (csoki, kannabisz gyanta).	Soha nem próbáltam ki a marihuánát/hasist.
Az elmúlt 12 hónapban fogyasztottam marihuánát/hasist.	Az elmúlt 12 hónapban nem fogyasztottam marihuánát/hasist.
Kipróbáltam már az életem során a szintetikus füvet (herbál, biofű, műfű, varázsdohány, szintetikus kannabinoidok).	Soha nem próbáltam ki a szintetikus füvet.
Kipróbáltam már az életem során az ecstasyt/MDMA-t (XTC, eki, laszti, X, bogyó).	Soha nem próbáltam ki az ecstasyt/MDMA-t.
Kipróbáltam már az életem során az amfetamint (szpid, speed, spuri, gyors, sp).	Soha nem próbáltam ki az amfetamint.
Az elmúlt hónapban legalább 20 alkalommal fogyasztottam alkoholt.	Az elmúlt hónapban nem, vagy kevesebb mint 20 alkalommal fogyasztottam alkoholt.

The National Survey on Addiction Problems in Hungary 2023 (NSAPH): Methodology and sample description

Aim: The paper presents the general methodological background and main methodological results of the 2023 wave of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH). The ultimate aim of the research was to provide a comprehensive epidemiological overview of addictive problems, including substance use-related behaviours and behavioural addictions) among the adult population in Hungary, complemented by some objectives to develop/refresh the conceptual framework and indicators. The study presents the measurement instruments used in the research, the sampling and data collection strategy employed, and the methodological results related to sample selection and the reliability and validity of the measurement instruments used. **Methods:** The survey was conducted on a nationally representative sample of 2200 gross, 1800 net population aged 18-64, using a mixed survey technique combining face-to-face interviewing with self-completion elements. The theoretical margin of error at the 95% confidence level is $\pm 2.3\%$. Sample outliers were corrected by matrix weighting by stratum category. The data collection battery used in the survey covered substance use behaviours (smoking, alcohol and other psychoactive substance use), different behavioural addictions (problematic internet use, gaming disorder, problem social media use, problematic mobile phone use, gambling disorder, exercise addiction, eating disorders, work addiction, compulsive buying-shopping behaviour) and included instruments to map socio-demographic and psychological background. The reliability and validity of the data obtained along the target variables were analysed by means of indicators calculated on the basis of the correlations between the answers to the different logically related questions in the questionnaire, the proportion of missing and invalid answers, the proportion of consumption responses to a so-called dummy drug, and by examining the internal consistency of the standard scales used. **Results:** Based on the proportion of consistent users in relation to the lifetime prevalence value, it can be concluded that for the majority of the substances tested, the lifetime prevalence values contain a higher proportion of consistent data. Compared to sociodemographic questions, which can be considered neutral, the proportion of missing and invalid responses for the addictive behaviours studied can be considered relatively high, but good compared to other sensitive questions. The degree of overestimation is negligible. **Conclusions:** Overall, the methodological results of the OLAAP 2023 survey suggest that valid and reliable conclusions can be drawn from the survey data with regard to the current characteristics and patterns of the addictive behaviours under investigation. The trends in out-of-sample errors in substance use behaviour indicate that, in addition to the increased attention that is still needed, the careful interpretation of results and the use of estimation procedures developed over the years and continued in this research, we can rely somewhat greater confidence than before on results obtained using standard measurement instruments when analysing changes.

Keywords: addiction problems, representative population survey, methodology, smoking, alcohol consumption, psychoactive substance use, behavioral addictions