

# Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői

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

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

<sup>2</sup> Eötvös Loránd Tudományegyetem, PPK Pszichológiai Intézet, Budapest

<sup>3</sup> Eötvös Loránd Tudományegyetem, PPK Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

Tanulmányunkban a magyar népesség addiktológiai problémáinak feltérképezésére irányuló országos reprezentatív felmérés (Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról – OLAAP 2015) általános módszertani hátterét és főbb metodológiai eredményeit mutatjuk be. A felmérésben a dohányzás, az alkohol- és az egyéb pszichoaktív szerek használata mellett a következő viselkedési addikciókat vizsgáltuk: Problémás szerencsejáték használat (PGSI, DSM-V), Evési zavar (SCOFF), Problémás internet használat (PIUQ), Problémás online játék használat (POGO), Közösségi oldalak problémás használata (FAS), Testezés addikció (EAI-HU), Munkafüggőség (BWAS), Kényszeres vásárlás (CBS). A tanulmányban leírásra kerülnek a kutatásban felhasznált mérőeszközök, az alkalmazott mintaválasztási és adatfelvételi stratégia, továbbá a minta eléréssel, valamint az alkalmazott epidemiológiai mérőeszközök megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos módszertani eredmények. Az OLAAP 2015 kutatás a 18-64 éves népesség bruttó 2477, nettó 2274 fős, országos reprezentatív mintáján készült, a 18-34 éves fiatal felnőtt populáció felülreprezentálásával. Az alkalmazott súlyok megoszlásának statisztikai mutatói alapján a súlyozás nem jelentett durva „mesterséges beavatkozást” az adatbázisba, a minta reprezentativitása kevéssé sérült. A 18-64 éves súlyozott minta nagysága 1490 fő, s a súlyozott mintában 95%-os megbízhatósági szinten érvényes elméleti hibahatár mértéke  $\pm 2,5\%$ , ami a mintavételi tervnek megfelelő. Az adatok megbízhatóságának, a mintavételen kívüli hibák nagyságának adatbázison belüli eszközökkel történő vizsgálata alapján azt mondhatjuk, hogy az összesített életprevalencia értékekbe az inkonzisztenciák viszonylag kis torzítottságot visznek, s az adatbázis a különböző szerhasználó magatartások rizikófaktorainak megbízható becslését teszi lehetővé. A viselkedési addikciók előfordulási gyakoriságának becslésére alkalmazott mérőeszközök reliabilitási mutatói megfelelőek, bár néhány mérőeszköz esetében a mutatók arra utalnak, hogy érdemes megvizsgálni egyes tételek elhagyásának lehetőségét. A kutatás mintavételen kívüli hibákat jelző paramétereinek a korábbi kutatások módszertani eredményeivel való összehasonlítása azonban azt jelzi, hogy a tendenciák becslése, illetve interpretálása fokozott odafigyelést, esetleg korrekciós eljárások alkalmazását teszi szükségessé.

*(Neuropsychopharmacol Hung 2017; 19(2): 55–85)*

**Kulcsszavak:** addiktológiai problémák, lakossági vizsgálat, reprezentatív felmérés, Magyarország, módszertan, dohányzás, alkohol, pszichoaktív szerhasználat, viselkedési addikciók

## BEVEZETÉS

A nemzetközi ajánlások (EMCDDA, 2009a,b; Hibell et al., 2000; Decorte, Mortelmans, Tieberghien és De Moor, 2009) a pszichoaktív szerhasználattal kap-

csolatos kutatások legalább négyévenkénti megismétlését javasolják, s felhívják a figyelmet arra is, hogy azokban a periódusokban, amikor a probléma intenzív változása feltételezhető, különösen fontos a vizsgálatok rendszeres – akár kétévenként törté-

nő – ismétlése. A jelen tanulmányban bemutatásra kerülő vizsgálatot megelőzően a magyarországi felnőtt népesség körében 2007-ben készült utoljára a különböző szerhasználó magatartások és viselkedési addikciók vizsgálatára irányuló célzott epidemiológiai adatfelvétel (OLAAP 2007) (Paksi, Rózsa, Kun, Arnold és Demetrovics, 2009). A 2007 és 2015 közötti időszakra vonatkozóan nem ismerjük az addiktológiai problémák tekintetében az általános populációban lezajló magyarországi tendenciákat, holott az ezekre az évekre vonatkozó nemzetközi jelentések az európai droghelyzet változásáról, a drogfogyasztás epidémiájának jelentős átalakulásáról, a drogprobléma összetettségének növekedéséről, új pszichoaktív szerek, új populációk, új hozzáférési formák megjelenéséről számolnak be (pl. EMCDDA, 2015, 2016). Magyarországon a legutóbbi lakossági vizsgálat óta eltelt években az iskolás populációban készült kutatások (Elekes, 2012, 2016; Hibell et al., 2012; Kraus et al., 2016; Németh & Költő, 2011, 2014) a drogfogyasztás elterjedtsége és/vagy struktúrája tekintetében szintén intenzív, de a nemzetközi tendenciáktól több tekintetben eltérő változásokat jeleztek, ami különösen is indokoltá teszi az általános populációban a pszichoaktív szerhasználat terén zajló folyamatok monitorozását. A jelen tanulmányban bemutatásra kerülő, 2015-ben készült *Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról* (OLAAP 2015) című kutatás – a 2007-es OLAAP kutatáshoz hasonlóan – a pszichoaktív szerhasználat tendenciáinak megismerése mellett az addiktológiai problémák spektrum-szemléletét érvényesítve (Demetrovics & Kun, 2007; Hollander, 1993; Paksi és mtsai, 2009) a különböző viselkedési addikciók elterjedtségének, valamint a különböző addiktológiai problémák kapcsolódásának vizsgálatát is megcélozta.

Az OLAAP 2015-ös kutatás a különböző szerhasználó magatartások és viselkedési addikciók elterjedtségének vizsgálatára irányuló direkt epidemiológiai célkitűzések mellett egy speciális, a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonyulások különböző dimenzióinak, látens faktorainak megismerésére irányuló fókusszal egészült ki. Ennek hátterét azok a korábbi hazai (Elekes & Paksi, 2003; Kerekó, 2015; Paksi, 2003, 2009; Paksi, Demetrovics és Arnold, 2009) és nemzetközi összehasonlító vizsgálatok (pl. Eurobarométer, 2011; EVS, 2008; Hibell et al., 2012; Takács & Szalma, 2013) jelentik, melyek a magyar társadalom drogfogyasztással/drogfogyasztókkal kapcsolatos „szigorú” vélekedését jelzik. A pszichoaktív szerhasználat általában

egy morális térben zajló magatartás, de Magyarországon különösképpen erős a szerhasználattal járó stigmatizáció és marginalizáció. A különböző, morális térben megjelenő társadalmi cselekvéseket, illetve az azzal összefüggő problémákat a társadalomtudományi modellek különböző módon értelmezik. Az egyik értelmezési irányt a kulturális megközelítések körébe tartozó társadalmi kontroll elméletek jelentik (Jessor, 1974; Lemert, 1974), a másik irányt pedig a minősítéssel, társadalmi kirekesztéssel foglalkozó interakcionista megközelítések (Becker, 1963; Goffman, 1981; Korf, 1995). A folyamatok megértéséhez a „kutatásoknak ki kell térniük egyfelől a stigmatizáció potenciális prevenciók szerepére, másfelől a potenciális deviancia-erősítő és egyéb káros hatásaira is” (Room, 2007. 250. o.). A 2015-ös OLAAP vizsgálat a fenti szempont beemelésével arra (is) keresi a választ, hogy az epidemiológiai mutatók milyen kapcsolatban állnak a droghasználókat stigmatizáló, markánsan elutasító társadalmi attitűddel, hogy azok a droghasználat elmélyüléséhez, problematikussá válásához járulnak-e hozzá, vagy épp ellenkezőleg.

A kutatás célkitűzései tehát az alábbi fő témakörök köré rendezhetők:

- (1) A különböző szerhasználó magatartások és viselkedési addikciók aktuális elterjedtségének vizsgálata, az általános populációs trendek nyomán követése
- (2) A különböző szerhasználó magatartások és viselkedési addikciók társadalmi és pszichológiai dimenziók mentén mutatkozó mintázódásának vizsgálata
- (3) A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonyulások különböző dimenzióinak, látens faktorainak megismerése
- (4) A drogokkal kapcsolatos attitűdállapotok társadalmi kirekesztésre utaló elemei és a különböző drogepidemiológiai mutatók (pl. folyamatos droghasználat, polidrog-használat) közötti kapcsolat vizsgálata.

Jelen tanulmányban az OLAAP 2015 vizsgálat általános módszertani hátterét és főbb metodológiai eredményeit mutatjuk be. A tanulmányban leírásra kerülnek a kutatásban felhasznált mérőeszközök, az alkalmazott mintaválasztási és adatfelvételi stratégia, továbbá a mintaeléréssel, valamint az alkalmazott epidemiológiai mérőeszközök megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos módszertani eredmények.

## A KUTATÁS MÓDSZERTANI HÁTTERE

A kutatás három egységből épült fel. A törzsblokkját az alábbiakban részletesen bemutatott kvantitatív vizsgálat képezte. Az alkalmazott battéria attitűdkérdéseinek kidolgozására azonban az adatfelvételt megelőző konceptualizálási és operacionalizálási folyamatba egy szakértők körében zajló Delphi-vizsgálatot illesztettünk be, a kvantitatív kutatás első eredményeinek megszületését követően pedig az attitűdökkel kapcsolatos kutatási eredmények értelmezését lakossági fókuszcsoportos vizsgálattal próbáltuk árnyalni.

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

Az adatfelvételi battéria kialakítása során nagy hangsúlyt fektettünk arra, hogy a kutatás során korszerű, az eredmények nemzetközi kontextusban való értelmezhetőségét biztosító, a nemzetközi tudományos térben megjelenő kutatások/ajánlások által támogatott mérőeszközök kerüljenek alkalmazásra. A kérdőívben felhasznált skálák és kérdéscsoportok kiválasztása során ezen túlmenően ügyeltünk arra is, hogy eredményeink a korábbi hasonló témájú epidemiológiai felmérésekkel (ADE 2001, ADE 2003, OLAAP 2007)<sup>1</sup> is összehasonlíthatóak legyenek.

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

- (1) pszichoaktív szerhasználat (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) elterjedtségének becslése
- (2) viselkedési addikciók (Problémás szerencsejáték használat, Evési zavar, Problémás internet használat, Problémás online játék használat, Közösségi oldalak problémás használata, Testedzés addikció, Munkafüggőség, Kényszeres vásárlás) elterjedtségének becslése
- (3) a pszichoaktív szerhasználat/szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások különböző dimenziói
- (4) szocio-demográfiai háttérváltozók (nem, életkor, kulturális- és gazdasági státus, háztartás

összetétel, anómia, vallásosság, származási család iskolázottsága, pszichoaktív szerhasználat és problémás magatartások előfordulása a családban,)

- (5) pszichológiai háttérváltozók (pszichiátriai tünetek, impulzivitás, pszichológiai jól-lét).

A kérdőív tematikus tartalmának kialakításával kapcsolatos szempontok mellett olyan, a kutatásban való részvételi arányt, valamint az adatok megbízhatóságát és érvényességét befolyásoló szempontokat is mérlegeltünk, mint a kérdőív struktúrája és a kérdezési idő hossza (Pillok, 2010).

A kérdőív szerkesztése során számolva az ún. kontextus-hatással (Angelus & Tardos, 2006; Pillok, 2010) figyelembe vettük az adatfelvételi szituáció dinamikájának sajátosságait, az egyes kérdések/kérdésblokkok konnotációját, továbbá az eredmények összehasonlítása során a kontextus homogenitásának biztosítása érdekében a korábbi kutatások (Elekes, 2004; Elekes & Paksi, 2004; Paksi, 2003) során alkalmazott kérdőívek kérdésstruktúráját. Ennek megfelelően az adatfelvételi battéria első részében elsősorban szocio-demográfiai elhelyezkedésre vonatkozó kérdések szerepeltek (pl. iskolázottság, munkahely és háztartási adatok, életkörülmények), ezt követték a szerhasználattal, illetve viselkedési addikciókkal kapcsolatos blokkok, valamint pszichológiai háttérváltozókat leképező skálák, majd a különböző marginalizált társadalmi csoportokkal kapcsolatos kérdések zárták a kérdezési szituációt.

A kérdőív, illetve azon belül az egyes kérdések/kérdésblokkok hosszúsága (Rózsa, Nagyabányai Nagy és Oláh, 2006) az erre kevésbé érzékeny (Eranus, Láng, Máth és Rácz, 2004), személyes megkereséssel zajló adatfelvételek során is jelentős mértékben befolyásolhatja a válaszadási hajlandóságot és/vagy az adatok minőségét.<sup>2</sup> A kutatás komplex tematikája mellett a kérdezési idő hosszának a kérdezhetőségi keretek között<sup>3</sup> tartása érdekében a kérdőív összeállítása során több esetben rövidített skálákat használtunk. Vala-

<sup>1</sup> ADE 2001: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2001 (Paksi, 2003)

ADE 2003: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2003 (Elekes & Paksi, 2004)

OLAAP 2007: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (Paksi és mtsai, 2009)

<sup>2</sup> Az utóbbi években az online adatfelvételek elszaporodása lehetővé teszi a kérdőív hosszával összefüggő, válaszadási hajlandósággal, illetve adatminőséggel kapcsolatos problémáknak a korábbiaknál részletesebb tanulmányozását (pl. válaszadási sebesség nyomon követésével). A Survey Sampling International (SSI) egy 2010-es tanulmánya szerint a kérdőív hossza inkább az adatminőségre van kedvezőtlen hatással ([https://www.surveysampling.com/site/assets/files/2409/ssi\\_pov\\_questionnaire\\_length.pdf](https://www.surveysampling.com/site/assets/files/2409/ssi_pov_questionnaire_length.pdf)).

<sup>3</sup> A személyes adatfelvétel esetében a szakirodalom szerint az ideális kérdezési idő 45-60 perc, de a 75-80 perc is még elfogadható (Eranus, Láng, Máth és Rácz, 2004).

mennyi rövidített skála kialakításánál a korábbi felmérések pszichometriai eredményeit vettük figyelembe.

Tekintettel arra, hogy az adatfelvétel minőségét számos külső, a kutatók által nem, vagy csak indirekt módon alakítható tényező (Stoop, 2004; Johnson et al., 2002) befolyásolja, ezért a kérdőív összeállítása során fontosnak tartottuk az egyes kérdésekre adott válaszok megbízhatóságának és érvényességének becslésére lehetőséget adó kérdések, kérdéscsoportok szerepeltetését (pl. dummy drog, vagy a konzisztens válaszok arányának számítását lehetővé tevő relációk beépítése a kérdőívbe).

#### *A pszichoaktív szerhasználat elterjedtségének becslése során alkalmazott kérdések*

A különböző szerhasználó magatartásokra vonatkozó kérdések összeállítása során a kutatás kiindulópontjának és módszertani megalapozásának a – korábbi magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatokkal (Elekes, 2004; Elekes & Paksi, 2004; Paksi, 2003) harmonizáló – 2007-ben készült OLAAP vizsgálatot (Paksi és mtsai, 2009) vettük alapul, ami a tiltott droghasználat vonatkozásában elsősorban az

EMCDDA modellkérdőívének (EMQ) (EMCDDA, 1999, 2002) ajánlásait képezte le, az alkoholfogyasztás tekintetében pedig az EMQ standardok mellett főként a WHO (2000) ajánlott kérdéssorainak felhasználásával került kialakításra. Az OLAAP 2015 kutatásban az alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések aktualizálása elsősorban a SMART (2011) projekt kérdőívének felhasználásával történt. A tiltott droghasználat tekintetében pedig főként a kétezres években Európában készül drogepidemiológiai vizsgálatok metaanalízisének (Decorte et al., 2009) eredményeit, továbbá az EMCDDA – részben az említett metaanalízis tapasztalataival harmonizáló – indikátor igényének változásait (észlelt hozzáférhetőség, fogyasztásnak való kitettség), illetve az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használatának nyomon követésére az általános populációs vizsgálatok vonatkozásában megfogalmazott EMCDDA ajánlásokat (EMCDDA, 2015) vettük figyelembe.

Az 1-3. táblázatokban összegeztük az alkoholfogyasztás és dohányzás, a tiltott drogok, valamint a nyugtató/altató használat epidémiájának becslésére alkalmazott indikátorokat és azok hazai és nemzetközi kutatásokkal/ajánlásokkal való kompatibilitásait.

**1. táblázat** Az OLAAP 2015 vizsgálatban az alkoholfogyasztás és a dohányzás becslésére alkalmazott indikátorok és ezek kompatibilitása (X-szel jelölve) a nemzetközi ajánlásokkal és a korábbi hazai vizsgálatokkal

OLAAP 2015 vizsgálatban alkalmazott indikátorok	Kompatibilitások					
	EMCDDA	WHO*	SMART 2011	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007
Alkoholfogyasztás indikátorai						
Havi prevalencia	X			X	X	X
Havi fogyasztási gyakoriság	X					X
Éves prevalencia	X	X	X	X	X	X
Éves fogyasztási gyakoriság	X	X	X			X
Szokásos alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége		X			X	X
Éves prevalencia italfajtánként	X	X	X		X	X
Előző évi gyakoriság, italfajtánként	X	X	X		X	X
Előző évi mennyiség italfajtánként	X	X	X		X	X
Nagyivás (6 vagy több ital) éves prevalencia	X	X	X	X	X	X
Nagyivás (6 vagy több ital) éves gyakorisága	X	X	X	X	X	X
Nagyivás időtartama			X			
Lerészegedés éves prevalencia-értéke			X	X	X	X
Lerészegedés éves gyakorisága			X	X	X	X
Lerészegedés havi prevalencia-értéke				X	X	X
Lerészegedés havi gyakorisága				X	X	X

\* Ez az oszlop a WHO (2000) minimum kérdései, illetve bővített kérdéssora mellett a WHO egyesített egészségügyi interjú survey (De Bruin, 1996) ajánlásaival való kompatibilitásokat is tartalmazza

OLAAP 2015 vizsgálatban alkalmazott indikátorok	Kompatibilitások					
	EMCDDA	WHO*	SMART 2011	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007
Alkoholfogyasztás indikátorai						
Rekreációs célú használat					X	X
Első alkoholfogyasztás életkora				X	X	X
Első berúgás életkora				X	X	X
AUDIT**		X	X			X
Alkoholprobléma miatt ambuláns ellátás				X	X	X
Alkoholprobléma miatt kórházi ellátás				X	X	X
Alkoholprobléma miatt rendőrségi ügy				X	X	X
Dohányzás indikátorai						
Életprevalencia	X			X	X	X
Aktuális dohányzás	X			X	X	X
Dohányzás intenzitása	X			X	X	X

\*\* Alcohol Use Disorders Identification Test (Allen, Litten, Fertig és Babor, 1997; Gerevich, Bácskai és Rózsa, 2006; Saunders, Aasland, Babor, De La Funete és Grant, 1993)

**2. táblázat** Az OLAAP 2015 vizsgálatban a tiltott drog-használat becslésére alkalmazott indikátorok és ezek kompatibilitása (X-szel jelölve) a nemzetközi ajánlásokkal és a korábbi hazai vizsgálatokkal

OLAAP 2015 vizsgálatban alkalmazott indikátorok	Kompatibilitások			
	EMCDDA*	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007
Észlelt fogyasztás szerenként**	X	X	X	X
Életprevalencia szerenként	X	X	X	X
Fogyasztási gyakoriság az eddigi élet során szerenként		X	X	X
Éves prevalencia szerenként	X	X	X	X
Havi prevalencia szerenként	X	X	X	X
Fogyasztási gyakoriság az előző hónapban szerenként	X	X	X	X
Az első használat éve (fontosabb szerekre***)	X	X	X	X
Rekreációs droghasználat (marihuána, ecstasy, amfetamin)			X	X
Addikció Súlyossági Skála (SDS)****				
Drogfogyasztással kapcsolatos problémák (CAST*****)	X			X
Észlelt hozzáférhetőség (szerenként)	X			
Fogyasztásnak való kitettség (szerenként)	X			

\* Ebben az oszlopban tüntettük fel az EMQ kérdéseket (EMCDDA, 2002), valamint az EMCDDA által az aktuális jelentésstruktúrában, illetve standard táblákban megfogalmazott adatigényeket, továbbá az új szerek (NPS) használatának nyomon követésére megfogalmazott EMCDDA ajánlásokat (EMCDDA, 2015).

\*\* Az EMCDDA (2002) ajánlásban (EMQ) szereplő tiltott drogok: kannabisz, ecstasy, amfetamin, heroin, kokain, LSD. Az EMCDDA standard táblái ezenkívül rákérdeznek a következő szerhasználatokra: egyéb opiátok, crack, egyéb hallucinogének, inhalánsok, anabolikus szteroidok, más drogok. A hazai vizsgálatokban a fentiekben kívül a következő szerekre vonatkozóan szerepeltek/szerepelnek kérdések: ADE 2003: GHB; OLAAP 2007: GHB, herbál drogok, rush, angyalpor, l-por (ketamin), patron/lufi; OLAAP 2015: GHB, Mefedron. A fenti szerek mellett a nemzetközi ajánlásokban és a hazai vizsgálatokban egyaránt szerepel egy, a drogfogyasztással kapcsolatos kérdések érvényességének becslésére szolgáló dummy-drog.

Az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos kérdések kompatibilitásait külön sorokban tüntetjük fel.

\*\*\* Az EMCDDA ajánlásokban csak a kannabisz első fogyasztására vonatkozóan szerepel a kérdés. Az OLAAP 2015 vizsgálatban szereplő további szerek: ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, más opiátok, LSD, mágikus gomba, inhalánsok.

\*\*\*\* Severity of Dependence Scale (SDS) (Ferri, Marsden, Araujo, Laranjeira és Gossop, 2000; Gossop et al., 1995; Gossop, Best, Marsden és Strang, 1997)

\*\*\*\*\* Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Gyepesi és mtsai., 2013; Legleye, Karila, Beck és Reynaud, 2007)

OLAAP 2015 vizsgálatban alkalmazott indikátorok	Kompatibilitások			
	EMCDDA*	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007
Drogprobléma miatti ambuláns ellátás		X	X	X
Drogprobléma miatti kórházi ellátás		X	X	X
Drogprobléma miatti rendőrségi ügy		X	X	X
Új pszichoaktív szerekkel (ÚPSZ) kapcsolatos indikátorok				
ÚPSZ életprevalencia értéke	X			
ÚPSZ éves prevalencia értéke	X			
ÚPSZ havi prevalencia értéke	X			
ÚPSZ megjelenési formája	X			
ÚPSZ beszerzési módja	X			
ÚPSZ rekreációs használata				
ÚPSZ észlelt fogyasztása				
ÚPSZ észlelt hozzáférhetősége				
ÚPSZ fogyasztásnak való kitettség				

Az ÚPSZ használatával kapcsolatos kérdésekhez az EMCDDA (2015) ajánlásnak megfelelően a következő felvezető szöveget és meghatározásokat szerepeltettük a kérdőívben:

Felvezető szöveg: „Mostanában hozzáférhetővé váltak olyan új szerek, amelyek különböző tiltott szerek (mint a marihuána vagy az ecstasy) hatását utánozzák. Ezek a szerek különböző néven ismertek, mint például dizájner drogok, új pszichoaktív szerek, szintetikus kannabisz, és különböző formában kerül-

nek forgalomba, mint például növényi törmelék, por, kristály vagy tableta.”

Meghatározások: – Szintetikus kannabisz (biofű, bio, műfű);  
– Új stimulánsok (pl: kristály, penta, 4-mec, formek, MDPV, szintetikus katinonok, zene, új, amfetaminhoz hasonló hatású szerek)

**3. táblázat** Az OLAAP 2015 vizsgálatban a nyugtató és altató orvosi javaslatra vagy anélkül történő használatának becslésére alkalmazott indikátorok és ezek kompatibilitása (X-szel jelölve) a nemzetközi ajánlásokkal és a korábbi hazai vizsgálatokkal

OLAAP 2015 vizsgálatban alkalmazott indikátorok	Kompatibilitások			
	EMCDDA	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007
Havi prevalencia*	X	X	X	X
Havi fogyasztási gyakoriság	X	X**	X	X
Éves prevalencia	X	X	X	X
Fogyasztási gyakoriság ez elmúlt évben	X	X**		X
Életprevalencia		X	X	X
Utolsó használat alkalmával a hozzájutás módja	X	X		X
Első orvosi javaslat nélküli nyugtató/altató használat éve		X	X	X

\* külön kérdés az altató és a nyugtató, illetve az orvosi javaslatra és anélkül történő használatra

\*\* csak orvosi javaslat nélküli fogyasztásra

*A viselkedési addikciók elterjedtségének becslése során alkalmazott kérdések*

A kidolgozott adatfelvételi battéria a viselkedési addikciók előfordulási gyakoriságának becslésére az alábbi mérőeszközöket tartalmazta:

- Problémás szerencsejáték használat: PGSI – Problem Gambling Severity Index; DSM-V (American Psychiatric Association, 2013)
- Evési zavar: SCOFF (Morgan, Reid és Lacey, 1999)
- Problémás internet használat: PIUQ – Problémás Internet Használat Kérdőív (Problematic Internet Use Questionnaire; Demetrovics, Szeredi és Nyikos, 2004; Demetrovics, Szeredi és Rózsa, 2008; magyarul: Koronczai, Urbán, Kökönyei, Paksi, Papp, Kun és mtsai, 2011; Nyikos, Szeredi és Demetrovics, 2001)
- Problémás online játék használat: POGQ – Problémás Online Játékhasználat Kérdőív (Problematic Online Gaming Questionnaire; Pápay, Urbán, Nagygyörgy, Griffiths, Ágoston, Farkas és mtsai, 2013)
- Problémás online közösségi oldal használat: FAS – Facebook Addikciós Skála (Facebook Addiction Scale; Andreassen, Torsheim, Brunborg és Pallesen, 2012)
- Problémás testedzés: EAI-HU – Testedzés Addikció Kérdőív (Exercise Addiction Inventory; Terry, Szabo és Griffiths, 2004; magyarul: Demetrovics & Kurimay, 2008)

- Munkafüggőség: BWAS – Bergen-féle Munkafüggőség Skála (Bergen Work Addiction Scale; Andreassen, Griffiths, Hetland és Pallesen, 2012)
- Kényszeres vásárlás: CBS – Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (Compulsive Buying Scale; Ridgway, Kukar-Kinney & Monroe, 2008)

A fentiekben felsorol mérőeszközök közül a SCOFF, a PIUQ és az EAI-HU az OLAAP 2007-es vizsgálatban (Paksi és mtsai, 2009) is felvételre került, így a vizsgált viselkedési addikciók közül az Evési zavarok, a Problémás internethasználat, valamint a Problémás testedzés vonatkozásában a kutatás lehetővé teszi a hazai tendenciák nyomon követését is.

*Pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonyulásokat leképező kérdések*

A kutatás pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonyulásokat leképező kérdéseinek összeállítása során egyrészt – a pszichoaktív szerhasználat elterjedtségének becslésére alkalmazott kérdések összeállításához hasonlóan – a hazai és nemzetközi összehasonlíthatóságot tartottuk szem előtt. Ennek megfelelően a feltett „standard” kérdések a korábbi magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatok (Elekes, 2004; Elekes & Paksi, 2004; Paksi, 2003; Paksi és mtsai, 2009) és/vagy az EMCDDA modellkérdőívének (EMQ) (EMCDDA, 2002) attitűdkérdéseivel harmonizálnak.

**4. táblázat** Az OLAAP 2015 vizsgálatban a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonyulások becslésére alkalmazott standard indikátorok és ezek kompatibilitása (X-szel jelölve) a nemzetközi ajánlásokkal és a korábbi hazai vizsgálatokkal

OLAAP 2015 vizsgálatban alkalmazott indikátorok	Kompatibilitások			
	EMCDDA	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007
Dohányzással kapcsolatos vélekedések				
Rendszeres dohányzás helytelenítése		X	X	X
Rendszeres dohányzással kapcsolatos veszélyészlelés	X	X	X	X
Alkoholfogyasztással/alkoholfogyasztókkal kapcsolatos vélekedések				
Rendszeres alkoholfogyasztás helytelenítése		X	X	X
Nagyivással kapcsolatos veszélyészlelés	X	X	X	X
Társadalmi távolság skála*: iszákosok megítélése		X	X	X
Alkoholpolitikával kapcsolatos attitűdök: az alkoholizmus megelőzésének/kezelésének fontossága más társadalmi problémákhoz képest.		X	X	X

\* Bogardus, 1927

OLAAP 2015 vizsgálatban alkalmazott indikátorok	Kompatibilitások			
	EMCDDA	ADE 2001	ADE 2003	OLAAP 2007
Drogfogyasztással/drogfogyasztókkal kapcsolatos vélekedések				
Drogfüggők megítélése (beteg vagy bűnöző)	X	X	X	X
Drogpolitikával kapcsolatos attitűdök: meg kellene engedni egyes szerek fogyasztását**	X	X	X	X
Drogpolitikával kapcsolatos attitűdök: különböző drogpolitikákat leképező állítások közötti választás			X	
Drogpolitikával kapcsolatos attitűdök: a kábítószer fogyasztás megelőzésének/kezelésének fontossága más társadalmi problémákhoz képest.		X	X	X
Marihuána/hasis kipróbálás helytelenítése		X	X	X
Marihuána/hasis alkalmi fogyasztásának helytelenítése	X	X	X	X
Marihuána/hasis rendszeres használatának helytelenítése		X	X	
Ecstasy kipróbálás helytelenítése	X	X	X	X
Heroin kipróbálás helytelenítése	X	X	X	X
ÚPSZ kipróbálásának helytelenítése				
ÚPSZ rendszeres használatának helytelenítése				
Visszaélészerű nyugtató használat kipróbálás helytelenítése		X	X	X
Marihuána/hasis kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés		X	X	X
Marihuána/hasis alkalmi fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés		X	X	X
Marihuána/hasis rendszeres használatával kapcsolatos veszélyészlelés	X	X	X	X
Ecstasy kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés	X	X	X	X
Kokain kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés	X	X	X	X
ÚPSZ kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés				
ÚPSZ rendszeres használatával kapcsolatos veszélyészlelés				
Visszaélészerű nyugtató használat kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés		X	X	X
Társadalmi távolság skála: kábítószerek megítélése		X	X	X

\*\* EMCDDA által kért szerek: marihuána/hasis, heroin. Hazai vizsgálatok: + amfetamin, kokain.

A hazai és nemzetközi kompatibilitások fegyelmbe vétele mellett az attitűdkérdések konceptualizálási és operacionalizálási folyamatába egy kvalitatív kutatási fázist is építettünk. Az adatfelvételi battéria attitűdkérdéseinek kialakítása céljából különböző társadalmi csoportok kutatása és/vagy ellátása, illetve az attitűdvizsgálatok tekintetében jártas szakértők körében két fázisban Delphi adatfelvételt végeztünk. A megkeresett szakértő száma 31 fő volt.

Az első fázis általában a stigmatizáció és a sztereotípiák modellek szakirodalmának (Fiske, 2006; Livingston, Milne, Fang és Amari, 2012; Room, 2007; Schomerus, Lucht, Holzinger, Matschinger, Carta és Angermeyer, 2011; Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel és Garretsen, 2013), valamint a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonylásokkal kapcsolatos korábbi kvalitatív kutatási eredményeknek (Busa, Füzesi, Keszytűs, Szemlyácz és Tistyán,

2009; Csizmár & Csukonyi, 2003; Demetrovics & Gyalog, 2005; Room, 2007; Elekes, Paksi és Lendvai, 2005) az áttekintése alapján összeállított 56 tulajdonságpár relevanciájával és teoretikus alkalmazhatóságával kapcsolatos szakértői vélekedések vizsgálatára, valamint a további tulajdonságpárookra vonatkozó javaslatok összegyűjtésére irányult.

A második fázis pedig egy – az első fázis eredményei alapján letisztult – tulajdonságlista gyakorlati alkalmazhatóságát vizsgálta 13 társadalmi csoport vonatkozásában. A két fázis eredményeként állt össze az a 12 tulajdonságpárt tartalmazó mérőeszköz (5. táblázat), amit végül a kvantitatív vizsgálat során 7 társadalmi csoportra (kábitószerek; börtönviseltek; iszákosok; cigány származásúak; LMBT+ (leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű, stb.) emberek; marihuána használók; pszichiátriai kezelés alatt állók) vonatkozóan vizsgáltunk.



5. táblázat Az OLAAP 2015 vizsgálatban 7 társadalmi csoport megítélésére alkalmazott tulajdonságpárok

becsületes	1	2	3	4	5	6	7	becstelen
őszinte	1	2	3	4	5	6	7	hazug
erős	1	2	3	4	5	6	7	gyenge
kitartó	1	2	3	4	5	6	7	könnyen feladja
agresszív	1	2	3	4	5	6	7	békés
kiszámítható	1	2	3	4	5	6	7	kiszámíthatatlan
felelősségteljes	1	2	3	4	5	6	7	felelőtlen
törekvő	1	2	3	4	5	6	7	céltalan
jóindulatú	1	2	3	4	5	6	7	rosszindulatú
barátságos	1	2	3	4	5	6	7	barátságtalan
önálló	1	2	3	4	5	6	7	önállótlan
tehetséges	1	2	3	4	5	6	7	tehetségtelen

### Szocio-demográfiai és pszichológiai háttérváltozók

A szocio-demográfiai kérdések összeállítása során szintén az OLAAP 2007 kérdőívől indultunk ki. A korábbi tapasztalatok (egyreszert egyes itemeknél nagy válaszhiány) alapján, és az elmúlt években lezajlott társadalmi változások figyelembe vételével elsősorban a foglalkozási, valamint gazdasági/jövedelmi státus indikátorait pontosítottuk. Az átdolgozás során főként két kutatásra támaszkodtunk, egyrészt az OLAAP kutatáshoz nagyon hasonló kérdéseket alkalmazó, „Életünk fordulópontjai” című kutatás 4. hullámában használt adtafelvételi battréira<sup>4</sup>, valamint az „Európai Társadalmak Összehasonlító Vizsgálata” (ESS) 6. hullámának magyarországi kérdőívére<sup>5</sup>.

Az addiktológiai problémák pszichiátriai tünetek és az impulzivitás mentén mutatkozó mintázódásának vizsgálatára az alábbi pszichológiai mérőeszközöket tartalmazza a kidolgozott kérdőív:

- Pszichiátriai tünetek: BSI – Rövid Tünetlista (Brief Symptom Inventory; Derogatis & Melisaratos, 1983; magyarul: Unoka, Rózsa, Kő, Kállai, Fábán és Simon, 2004)
- Impulzivitás: BIS-11 – Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale) (Barratt, 1959; Patton, Stanford és Barratt, 1995; Varga, Kapitány-Fövény, Urbán, Paksi, Kun, Székely és Demetrovics, előkészületben)

<sup>4</sup> <http://www.demografia.hu/hu/component/content/category/28-eletunk-fordulopontjai>

<sup>5</sup> [http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/field-work/hungary/ESS6\\_questionnaires\\_HU.pdf](http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/field-work/hungary/ESS6_questionnaires_HU.pdf)

### A minta nagysága és a mintavétel stratégiája

A mintavételi terv kialakítása során a következő szempontokat vettük figyelembe:

1. A kutatás célpopulációja a magyarországi 18-64 éves lakónépesség;
2. A kiválasztott személyek reprezentálják az ország 18-64 éves lakónépességét;
3. A minta 95%-os megbízhatósági szinten  $\pm 2,5\%$ -os elméleti hibahatárral biztosítsa a 18-64 éves korosztály adatainak elemzését
4. A minta 95%-os megbízhatósági szinten  $\pm 2,5\%$ -os elméleti hibahatárral biztosítsa a 18-34 éves korosztály adatainak elemzését.<sup>6</sup>
5. A kiválasztás minden alapegységét tekintve véletlenszerű legyen;
6. A mintavétel – a vizsgált magatartások várhatóan szignifikáns urbanizációs és életkori mintázata (Paksi, 2007b) okán – biztosítsa a minta életkor és településméret szerinti arányosságát, valamint tegye lehetővé a területi (regionális szintű) becsléseket.

<sup>6</sup> A megfelelő elemszámú fiatal felnőtt minta különösen fontos a kutatás 4. kérdésvetetésének, a drogokkal kapcsolatos attitűdállapotok társadalmi kirekesztésre utaló elemei és a különböző drogepidemiológiai mutatók (pl. folyamatos droghasználat, polidrog-használat) közötti kapcsolat vizsgálatához, mivel a korábbi kutatások alapján (Elekes, 2004; Elekes & Paksi, 2004; Paksi, 2003; Paksi és mtsai, 2009) ebben a populációban várhatóak elemezhető nagyságban a kérdésvetetésben szereplő mutatók megképzéséhez szükséges rövid idejű prevalencia-értékek.

A fenti alapelveket figyelembe véve a mintavételi keretet az Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala (KEKKH) 2014.

január 1-i nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező 18-64 éves állandó lakosság képezte (6.583.433 fő).

**6. táblázat** A mintakeretbe tartozó személyek száma régió\*, településméret és korcsoport szerint a KEKKH 2014. január 1-i nyilvántartása szerint

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves	Összesen
É-NY	0-999	19161	28695	33312	30332	31972	143472
	1000-4999	49664	75025	92630	74526	79534	371379
	5000-9999	10741	16782	21110	16493	18275	83401
	10000-49999	33982	56499	70280	54918	62682	278361
	50000-149999	37135	65273	87290	62500	70992	323190
D-NY	0-999	24514	34659	39684	37269	39937	176063
	1000-4999	28077	42196	49914	44230	50537	214954
	5000-9999	6001	9549	11731	9812	11655	48748
	10000-49999	22668	37714	48180	38759	46922	194243
	50000-149999	9239	15677	21270	15993	19597	81776
	150000 vagy több	12340	20950	24383	19929	21643	99245
Közép-Kelet	0-999	7527	10715	12357	11319	12250	54168
	1000-4999	52965	77033	95669	78192	84002	387861
	5000-9999	27727	40807	54492	43025	43389	209440
	10000-49999	79702	121840	172307	124939	129634	628422
	50000-149999	15349	24965	33170	25523	28290	127297
	150000 vagy több	29276	51368	62424	48444	53563	245075
É-K	0-999	16361	21566	22263	21090	20434	101714
	1000-4999	60458	81632	84404	76627	75905	379026
	5000-9999	22082	31540	33909	29683	31333	148547
	10000-49999	34452	52556	58745	49397	53565	248715
	50000-149999	9807	16558	21774	15476	17323	80938
	150000 vagy több	29276	51368	62424	48444	53563	245075
D-K	0-999	3284	4669	5033	4968	5420	23374
	1000-4999	30919	44431	52160	45468	50249	223227
	5000-9999	16440	24585	28991	24232	27354	121602
	10000-49999	34305	53750	65869	53652	61261	268837
	50000-149999	14342	22958	29966	22985	25076	115327
	150000 vagy több	13302	23402	28540	21323	23097	109664
Bp		110648	231084	308792	210087	234756	1095367
összesen		832468	1338478	1670649	1311191	1430647	6583433

\* A korábbi kutatásokkal összhangban a területi rétegek kialakítása az TÁRKI régiók szerint történt.

**7. táblázat** A mintakeret eloszlása: régió, településméret, és korcsoport szerint a KEKKH 2014. január 1-i nyilvántartása alapján (% , N=6.583.433 fő)

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves
É-NY	0-999	0,29	0,44	0,51	0,46	0,49
	1000-4999	0,75	1,14	1,41	1,13	1,21
	5000-9999	0,16	0,26	0,32	0,25	0,28
	10000-49999	0,52	0,86	1,07	0,83	0,95
	50000-149999	0,56	0,99	1,33	0,95	1,08
D-NY	0-999	0,37	0,53	0,60	0,57	0,61
	1000-4999	0,43	0,64	0,76	0,67	0,77
	5000-9999	0,09	0,15	0,18	0,15	0,18
	10000-49999	0,34	0,57	0,73	0,59	0,71
	50000-149999	0,14	0,24	0,32	0,24	0,30
Közép-Kelet	0-999	0,11	0,16	0,19	0,17	0,19
	1000-4999	0,81	1,17	1,45	1,19	1,28
	5000-9999	0,42	0,62	0,83	0,65	0,66
	10000-49999	1,21	1,85	2,62	1,90	1,97
	50000-149999	0,23	0,38	0,50	0,39	0,43
É-K	0-999	0,25	0,33	0,34	0,32	0,31
	1000-4999	0,92	1,24	1,28	1,16	1,15
	5000-9999	0,34	0,48	0,52	0,45	0,48
	10000-49999	0,52	0,80	0,89	0,75	0,81
	50000-149999	0,15	0,25	0,33	0,24	0,26
D-K	0-999	0,05	0,07	0,08	0,08	0,08
	1000-4999	0,47	0,68	0,79	0,69	0,76
	5000-9999	0,25	0,37	0,44	0,37	0,42
	10000-49999	0,52	0,82	1,00	0,82	0,93
	50000-149999	0,22	0,35	0,46	0,35	0,38
Bp	150000 vagy több	0,20	0,36	0,43	0,32	0,35
		1,68	3,51	4,69	3,19	3,57

A minta kiválasztása Budapesten egy, vidéken pedig két lépcsőben zajlott. A vidéki al minta kiválasztásának első lépcsőjében regionális elhelyezkedés (5 TÁRKI régió) és településméret (6 méretkategória) szerint rétegzett, véletlen mintavételi eljárással választottuk ki a mintába kerülő településeket<sup>7</sup> (120 mintavételi pontot). Ezt követően a mintaválasztás második lépcsőjében a kiválasztott településeken életkor (5 életkori kategória) szerint rétegzett véletlen

<sup>7</sup> A települések kiválasztása során a megyeszékhelyek és a megyei jogú városok önreprezentálóak, azaz mintába kerülésük esélye 1 volt.

mintavételi eljárással választottuk ki a megkérdezendő személyeket. A fővárosi al minta esetében egylépcsős, korcsoportok és kerületek szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárást alkalmaztunk. A 18-34 éves korosztály felülreprezentálásával<sup>8</sup> összességében 2477 fős bruttó mintát választottunk.

<sup>8</sup> A fiatal felnőtt populáció nagyarányú felülreprezentálását a kutatási célok megvalósítása szempontjából kiemelt jelentősége mellett a korábbi kutatási tapasztalatok (Elekes & Paksi, 2004; Paksi és mtsai, 2009) alapján az idősebb korosztályhoz képest alacsonyabb elérési aránya is indokoltá teszi.

8. táblázat A bruttó főminta elemszáma az egyes rétegekben

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves	Összesen
É-NY	0-999	15	23	6	5	6	55
	1000-4999	39	59	16	13	14	141
	5000-9999	8	13	4	3	3	31
	10000-49999	27	45	12	9	11	104
	50000-149999	29	52	15	11	12	119
D-NY	0-999	19	27	7	6	7	66
	1000-4999	22	33	9	8	9	81
	5000-9999	5	8	2	2	2	19
	10000-49999	18	30	8	7	8	71
	50000-149999	7	12	4	3	3	29
	150000 vagy több	10	17	4	3	4	38
Közép-Kelet	0-999	6	8	2	2	2	20
	1000-4999	42	61	17	14	15	149
	5000-9999	22	32	9	7	8	78
	10000-49999	63	96	30	22	22	233
	50000-149999	12	20	6	4	5	47
É-K	0-999	13	17	4	4	4	42
	1000-4999	48	64	15	13	13	153
	5000-9999	17	25	6	5	5	58
	10000-49999	27	41	10	9	9	96
	50000-149999	8	13	4	3	3	31
	150000 vagy több	23	41	11	8	9	92
D-K	0-999	3	4	1	1	1	10
	1000-4999	24	35	9	8	9	85
	5000-9999	13	19	5	4	5	46
	10000-49999	27	42	11	9	11	100
	50000-149999	11	18	5	4	4	42
	150000 vagy több	11	18	5	4	4	42
Bp		87	182	53	36	41	399
összesen		656	1055	290	227	249	2477

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

### *Az adatfelvétel stratégia*

Az epidemiológiai vizsgálatok minősége szempontjából alapvető kérdés, hogy milyen mértékű a megkérdezettek válaszolási hajlandósága, illetve mennyire tekinthetők valósnak az önbevalláson alapuló válaszok. A társadalmi elítélés alá eső magatartások vizsgálatára irányuló kutatások során különösen is nehéz-

séget jelent a megfelelő válaszolási arány biztosítása, a minta reprezentativitásának megőrzése (WHO, 2000; EMCDDA 2002; Decorte et al., 2009). Ugyanakkor a különböző addiktológiai problémák elterjedtségének mérésére nehezen határozhatók meg olyan, generálisan alkalmazható adatfelvételi módszerek, technikák, amelyek minden populációban, minden kultúrában a leginkább érvényes és megbízható eredményeket adják (EMCDDA, 2000). Éppen ezért különösen fontos ezekben a vizsgálatokban az adatfelvételi stratégia körütekintő – korábbi kutatások módszertani eredményeit, valamint az adott ország társadalmi-kulturális sajátosságait (Johnson et al., 2002) figye-

lembe velő – 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).

Az OLAAP 2015 kutatás során a megkérdezettek együttműködési készségének, részvételi hajlandóságának növelése érdekében – a korábbi hazai lakossági vizsgálatok során alkalmazott eljárással megegyező módon (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2003; Paksi és mtsai, 2009) – a mintába került személyeket az adatfelvétel indulása előtt írásban felkértük a kutatásban való közreműködésre. A felkérő levélben ismertettük a kutatás célját és fontosságát, azt hogy kinek a megbízásából, milyen intézmény gyűjti az adatokat, továbbá hogy mire, milyen módon fogjuk azokat felhasználni.

*„Az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kara az Országos Tudományos Kutatási Alapprogram finanszírozásával kutatást végez a lakosság életmódjáról, szokásairól és szeretnénk megismerni néhány dologgal kapcsolatban az Ön személyes gondolatait, véleményét is. Magyarországon utoljára 2007-ben készült ilyen témában adatgyűjtés.*

*Ezek a kutatások nélkülözhetetlenek ahhoz, hogy megismerjük az emberek problémáit, válaszokat kapjunk olyan kérdésekre, amelyek a lakosság egészsége szempontjából fontosak, hiszen így tudunk hozzájárulni ahhoz, hogy minél megfelelőbb szolgáltatások működjenek, illetve induljanak az országban. ... Az eredményeket csak összesített formában mutatjuk be, ezek a beszámolók semmiféle egyénre visszavezethető adatot nem tartalmaznak.”*

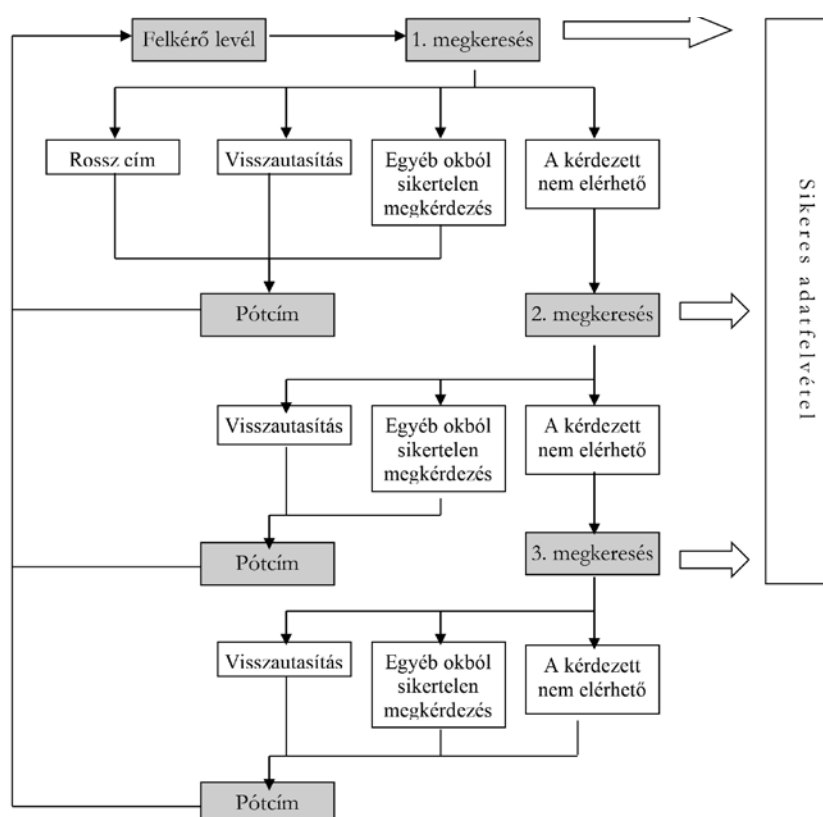
Emellett a válaszolási hajlandóság, és a válaszok megbízhatóságának növelése érdekében nagy jelentőséget tulajdonítottunk a kérdezőbiztosok kiválasztásának. Korábbi kutatási tapasztalataink szerint (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2003; Paksi és mtsai, 2009) a megkérdezettek a kényes, s különösen a korspecifikus kérdésekben – mint amilyen a nagyfokú társadalmi elítélés alá eső, és markáns életkori mintázattal jellemezhető drogfogyasztás is – szívesebben és őszintebben nyilatkoznak az életkorban hozzájuk közelebb álló személyeknek (Paksi, 2007a). E tapasztalatoknak megfelelően a kérdezőbiztosokat nagyobb korcsoportok szerint a megkérdezettekhez illesztettük. Az adatfelvétel során tehát a mintába került, előzetesen kiértékelte személyeket életkorban hozzájuk közelálló, előzetes felkészítésen részt vett hivatásos kérdezőbiztosok keresték fel.

A mintaszemélyek felkeresése – a korábbi hazai vizsgálatokkal (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2003; Paksi és mtsai, 2009) megegyező módon – az 1. ábrán bemutatott protokoll szerint történt. A kérdés eredményét a kérdezők a címkártyán riportolták (1. sikeres megkérdezés; 2. rossz keretinformáció (nincs ilyen utca, vagy házszám, vagy a megjelölt személy nem lakik ott); 3. megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély a megkereséskor nem elérhető; 4. a mintaszemély visszautasította a válaszadást; 5. egyéb ok (pl. tartós távollét, alkalmatlanság) miatt nem volt sikeres a megkeresés). Tekintettel arra, hogy a szakirodalmi tapasztalatok (WHO, 2000) alapján a többszörös megkereséssel elért személyek körében magasabb prevalencia értékek várhatók, így a kutatás során különös hangsúlyt fektettük a megfelelő keretinformációkkal rendelkező, de az első megkeresés során nem elért (3-as kód) mintaszemélyek megkérdezésére: sikertelen elérés esetén a kérdezőknek három alkalommal kellett felkeresniük a valid címet, három különböző napszakban. A felkeresések időpontjait regisztrálták szintén a címkártyán. Amennyiben háromszori felkeresés során sem tudták felvenni a kapcsolatot a kérdezzel (3-as kód), vagy a kérdezt visszautasította a válaszadást (4-es kód), illetve egyéb ok (tartós távollét, vagy alkalmatlanság) miatt kiesett (5-ös kód), akkor a mintavesztés pótlására az egyes rétegek kategóriák mentén a kieső mintaszemélyekhez illesztett pótmintát alkalmaztunk.

A kutatás során az alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos survey vizsgálatokra vonatkozó nemzetközi ajánlásokkal (WHO, 2000; EMCDDA, 2002; Decorte et al., 2009) harmonizálva, a korábbi hazai kutatások adatfelvételi protokolljával (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2003; Paksi és mtsai, 2009) megegyező módon személyes megkereséssel zajló, kevert – azaz a face-to-face kérdezési módszert önkitalós elemekkel kombináló – kérdezési technikát alkalmaztunk:

- A szocio-demográfiai háttérváltozókra vonatkozó kérdések, néhány attitűd kérdés (társadalmi távolság skála, pszichoaktív szerhasználat társadalmi kezelésével kapcsolatos attitűdök) valamint a vizsgált viselkedési addikciók szűrőkérdéseinek („A” kérdőív) felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face-to-face” módszerrel történt.
- A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos („B” kérdőív), valamint a vizsgált viselkedési addikciók és a pszichológiai háttérváltozók mérésére alkalmazott – fent részletezett – tesztbatéria, illetve a különböző társadalmi csoportok

1. ábra A címlistán szereplő személyek felkeresésének menete



jellemzésére szolgáló szemantikus differenciál skálák(skálalapok) felvétele pedig a kérdezőbiztos jelenlétében, önkitöltős módszerrel történt. Az önkitöltős kérdéseket tartalmazó adatfelvételi battéria válaszait a kérdezők nem ismerhették meg, azokat lezárt borítékban adták vissza a megkeresett személyek a kérdés során mindvégig jelen lévő, így a kérdezői körülmények standardítását (pl. hogy a kértett ne családtagjaival együtt töltsse ki a kérdőívet) biztosító kérdezőbiztosnak.

Az adatfelvételi időszak meghatározása során figyelembe vettük, hogy olyan időszakban, történjen az adatgyűjtés, mikor nagyobb ünnepek nem módosítják a szerhasználó magatartások rövididejű prevalencia-értékeit az általában jellemző fogyasztási szokásokhoz képest. Ennek megfelelően az adatfelvétel 2015 márciusában kezdődött, amikor az újévhez kötődő ünnepek miatti megnövekedett fogyasztást az elmúlt havi prevalencia adatok már nem tartalmazzák, és áprilisban, a húsvéti ünnepek előtt fejeződött be.

### Az adatfeldolgozás módja

Az adatok feldolgozása az adott kérdéssel kapcsolatos nemzetközi ajánlások és szakirodalmi előzmények alapján, IBM SPSS Statistics 22 programmal történt.

A szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos prevalencia változók képzése során EMCDDA (2002) standardoknak megfelelően az LTP, LYP, illetve az LMP kiszámítása során ún. „konzisztencia korrekciót” (im. 35. oldal) végeztünk, melynek keretében egyrészt az életprevalencia kérdések – külön változóban – korrigálásra kerültek a rövidebb idejű prevalencia kérdések esetében kapott fogyasztásbevallásokkal, valamint egyéb fogyasztásra utaló kérdések válaszaival (az első használat életkorával, illetve az új szerek esetében a használat módjára vonatkozó kérdésre adott válaszzal), másrészt a rövidebb idejű prevalenciák válaszhiányait a hosszabb idejű prevalencia-kérdésekre adott „nem” válaszok alapján pótoltuk.

Más kérdések esetében az adattisztításon túli adatkorrekcióra nem került sor.

## A KUTATÁS MÓDSZERTANI EREDMÉNYEI

### Részvételi arány, nettó minta nagysága

Mint ahogy azt már jeleztük, a különböző társadalmi elitelés alá eső magatartások vizsgálatára irányuló epidemiológiai felmérésekkel kapcsolatban a nemzetközi ajánlások (WHO, 2000; EMCDDA 2002; Decorte et al., 2009) különösen hangsúlyozzák a megfelelő részvételi arány biztosításával kapcsolatos problémákat, éppen ezért – a mintakiesések csökkentésére törekvő adatfelvételi stratégia mellett – fontos a mintakiesések nagyságának és okainak nyomon követése. Az OLAAP 2015 felmérésben az alábbi kiesési típusokat különítettük el:

- rossz keretinformációval összefüggő kiesések (nem létezik az adatnyilvántartó által megadott cím, vagy a mintaszemély nem lakik az adott címen, elköltözött, elhunyt);
- a kiválasztott személy háromszori megkeresés alkalmával sem volt elérhető;
- a kiválasztott személy visszautasította a választást;
- egyéb ok (pl. tartós távollét, alkalmatlanság) miatt nem volt sikeres a megkeresés.

Az adatfelvétel során a főmintába került személyek 88,5%-ával történt sikeres kapcsolatfelvétel, 3,5% esetében az adatnyilvántartó hivatal által rendelkezésre bocsátott címadat nem volt megfelelő (rossz keretinformáció), 8% esetében pedig a megkérdezett

személy háromszori megkeresés alkalmával sem volt elérhető. A mintakiesések oka legnagyobb arányban a visszautasítás volt: a mintaszemélyek 17,5%-a utasította el a választást. A főminta 11,1%-a esetében egyéb ok (pl. tartós távollét, alkalmatlanság) miatt nem volt sikeres a megkeresés, s a felkeresett címek 11,3%-a esetében ismeretlen okból nem történt adatfelvétel. (9. táblázat)

A sikeres megkeresések aránya vidéken szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) nagyobb volt, mint Budapesten, ami részben a fővárosi keretadatok alacsonyabb validitásának, részben a mintaszemélyek rosszabb elérhetőségének és az elutasítás nagyobb arányának következménye. A 35 év alatti illetve a 35-64 éves korcsoportba tartozó mintaszemélyek között – a korábbi tapasztalatokkal (Elekes & Paksi, 2004; Paksi és mtsai, 2009) ellentétben – nem mutatkozott szignifikáns eltérés a sikeres megkeresések arányában. Azonban a mintakiesések mintázódása a két életkori csoportban is szignifikánsan eltérő ( $p = 0,002$ ): az idősebb korosztályban nagyobb arányban tapasztaltunk visszautasítást, illetve azt, hogy a mintaszemély háromszori megkeresés során sem elérhető, míg a 35 évesnél fiatalabb, fiatal felnőtt korosztályban a keretvaliditási és az egyéb ok (tartós távollét, alkalmatlanság) miatti mintakiesés volt nagyobb arányban jellemző.

A mintakiesések pótlására – mint említettük – rétegzési szempontok szerint illesztett pótmintát alkalmaztunk. A helyettesítések segítségével elért nettó minta nagysága 2.274 fő. A nettó minta elemszáma az egyes rétegekben a 10. táblázatban látható.

**9. táblázat** A főminta elérése, illetve a kiesések okaira vonatkozó riportok előfordulási aránya (%) a fővárosban és vidéken, illetve a fiatal felnőtt és az idősebb korosztályban az OLAAP 2015 vizsgálatban

	Főminta összes	Budapest	Vidék	18-34 éves	35-64 éves
Sikeres megkérdezés	48,7	35,3	51,3	48,4	49,4
Pearson khi-négyzet	-	34,691		0,226	
szignifikancia	-	$p < 0,001$		nsz	
Rossz keretinformáció	3,5	8,4	2,5	3,7	3,0
Megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély nem elérhető	8,0	12,1	7,1	7,2	9,6
A mintaszemély visszautasította a kérdést	17,5	26,9	15,6	16,7	19,1
Egyéb ok miatti mintakiesés	11,1	9,1	11,5	12,5	7,9
Ismeretlen ok miatti mintakiesés	11,3	8,13	11,9	11,5	10,9
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson Khi-négyzet	-	48,344		16,636	
szignifikancia	-	$p < 0,001$		$p = 0,002$	

**10. táblázat** Az OLAAP 2015 vizsgálat nettó mintájának elemszáma az egyes rétegekben (fő)

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves	Összesen
É-NY	0-999	16	20	6	5	6	53
	1000-4999	41	51	14	12	14	132
	5000-9999	9	13	4	3	2	31
	10000-49999	26	41	12	9	10	98
	50000-149999	27	43	16	8	13	107
D-NY	0-999	19	26	4	6	6	61
	1000-4999	18	29	11	8	8	74
	5000-9999	3	2	0	3	3	11
	10000-49999	18	25	8	10	8	69
	50000-149999	6	9	2	2	5	24
	150000 vagy több	10	12	4	3	4	33
Közép-Kelet	0-999	6	9	2	2	2	21
	1000-4999	42	60	13	13	16	144
	5000-9999	22	28	10	6	5	71
	10000-49999	68	82	31	22	21	224
	50000-149999	11	20	5	5	4	45
É-K	0-999	12	17	5	4	4	42
	1000-4999	48	63	14	13	14	152
	5000-9999	12	16	3	4	4	39
	10000-49999	23	26	9	7	9	74
	50000-149999	8	8	3	2	4	25
	150000 vagy több	21	30	11	7	8	77
D-K	0-999	6	2	0	1	0	9
	1000-4999	22	26	12	8	7	75
	5000-9999	13	14	5	2	7	41
	10000-49999	23	39	13	9	11	95
	50000-149999	15	14	5	6	3	43
	150000 vagy több	8	19	5	3	4	39
Bp		84	153	54	34	40	365
összesen		637	897	281	217	242	2274

### Az adatok súlyozása

A mintakiesések, valamint a fiatal felnőtt (18-34 éves) populációban alkalmazott oversampling korrigálására a 18-64 éves minta esetében két lépcsős, nem elemszámtartó, rétegekategorikái szerinti mátrixsúlyozást alkalmaztunk, ahol az első lépcsőben a 18-34 éves al minta oversamplingot ellensúlyozó súlyainak kialakítása történt. A 18-64 éves súlyozott minta nagysága 1490 fő.

Az egyes rétegekben alkalmazott súlyok az 11. táblázatban láthatók. A súlyok eloszlásának statisztikai

mutatói alapján láthatjuk (12. táblázat), hogy a súlyok egy 2,74-es intervallumban helyezkednek el, az eloszlásgörbe kismértékben laposabb a normálisnál (Kurtosis: -0,3512), s maximuma – az oversamplingot ellensúlyozó súlyok miatt – valamelyest a kisebb értékek felé tolódik (Skewness: 1,0016).

A súlyok megoszlásának statisztikai mutatói azt jelzik, hogy az alkalmazott súlyok eloszlása csak kismértékben tér el a normál eloszlástól, azaz a minta súlyozása nem jelentett durva „mesterséges beavatkozást” az adatbázisba, a minta reprezentativitása kevésbé sérült.



11. táblázat A OLAAP 2015 vizsgálatban a 18-64 éves mintában alkalmazott súlyok\*

Régió	Településméret	18-24 éves	25-34 éves	35-44 éves	45-54 éves	55-64 éves
É-NY	0-999	0,2710	0,3247	1,2565	1,3729	1,2059
	1000-4999	0,2741	0,3329	1,4973	1,4055	1,2856
	5000-9999	0,2701	0,2921	1,1943	1,2442	2,0679
	10000-49999	0,2958	0,3119	1,3254	1,3809	1,4185
	50000-149999	0,3113	0,3435	1,2346	1,7680	1,2358
D-NY	0-999	0,2920	0,3017	2,2452	1,4057	1,5063
	1000-4999	0,3530	0,3293	1,0269	1,2512	1,4296
	5000-9999	0,4527	1,0805		1,6251	0,8792
	10000-49999	0,2850	0,3414	1,3629	0,8771	1,3273
	50000-149999	0,3485	0,3942	2,4068	1,8097	0,8870
Közép-Kelet	150000 vagy több	0,2793	0,3951	1,3795	1,5034	1,2245
	0-999	0,2839	0,2694	1,3982	1,2808	1,3861
	1000-4999	0,2854	0,2906	1,6654	1,3612	1,1881
	5000-9999	0,2852	0,3298	1,2332	1,6228	1,9638
	10000-49999	0,2653	0,3363	1,2579	1,2852	1,3970
É-K	50000-149999	0,3158	0,2825	1,5013	1,1552	1,6006
	0-999	0,3085	0,2871	1,0077	1,1932	1,1561
	1000-4999	0,2850	0,2932	1,3644	1,3339	1,2270
	5000-9999	0,4164	0,4461	2,5579	1,6794	1,7727
	10000-49999	0,3390	0,4575	1,4772	1,5970	1,3469
D-K	50000-149999	0,2774	0,4684	1,6425	1,7512	0,9801
	150000 vagy több	0,3155	0,3875	1,2843	1,5662	1,5152
	0-999	0,1239	0,5283			2,3509
	1000-4999	0,3181	0,3867	1,0786	1,2862	1,6245
	5000-9999	0,2862	0,3974	1,3122	2,7419	0,8843
Bp	10000-49999	0,3375	0,3119	1,1467	1,3491	1,2603
	50000-149999	0,2164	0,3711	1,3563	0,8669	1,8916
	150000 vagy több	0,3763	0,2787	1,2918	1,6085	1,3067
		0,2981	0,3418	1,2941	1,3984	1,3282

\* Három cellában a lekérdezett minta esetszáma 0 (lásd a 10. táblázatban). Ezekben az esetekben a súly kialakításakor a szomszédos réteg-cellával összevont az alapsokasági eloszlást vettük figyelembe a súlyok kialakításakor. A táblázatban ezeket az eseteket cellaösszevonással jeleztük.

12. táblázat Az alkalmazott súlyok eloszlásának statisztikai mutatói OLAAP 2015 vizsgálat 18-64 éves népességre vonatkozó mintájában

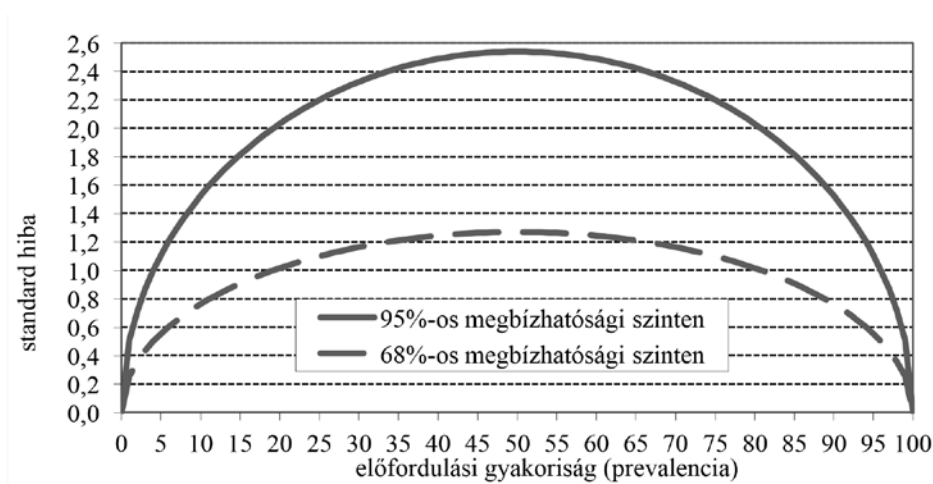
Átlag	0,6552	Szórás	0,2523
Skewness	1,0016	Std. Error of Skewness	0,0513
Kurtosis	-0,3512	Std. Error of Kurtosis	0,1026
Legkisebb súly	0,1239	Legnagyobb súly	2,7419
Range	2,6180		

*A mintavételi hiba becslése*

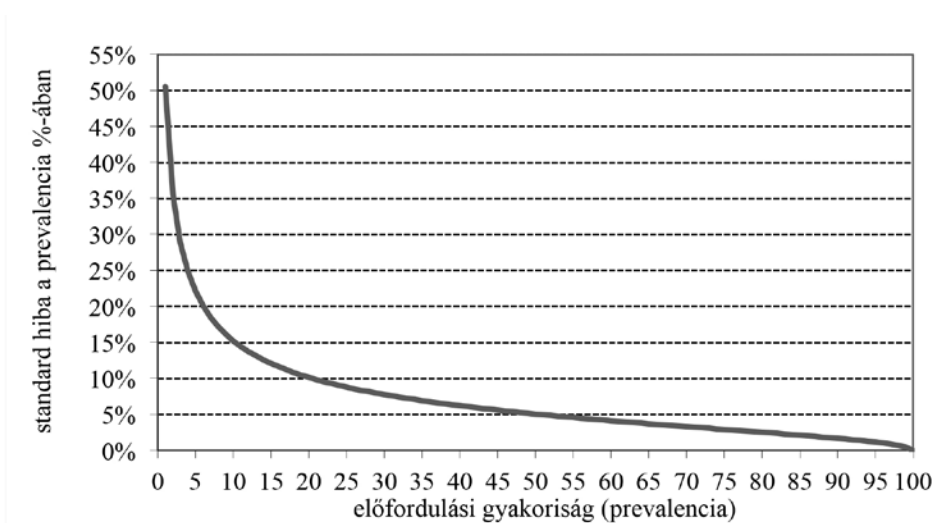
A 18-64 éves népességre vonatkozó 1490 fős súlyozott mintában 95%-os megbízhatósági szinten érvényes elméleti hibahatár mértéke  $\pm 2,539\%$ . (Az elméleti hibahatár számítása során un. konzervatív megoldásként az 1490 fős súlyozott mintából indultunk ki. Tekintettel arra, hogy a 18-34 éves populációban

alkalmazott oversampling miatt nem elemszámtartó súlyozást alkalmaztunk, így a kutatás során ténylegesen elért személyek száma nagyobb, az ahhoz tartozó elméleti hibahatár pedig kisebb ( $\pm 2,055$ ) a súlyozott mintára számított értéknél.) A minta különböző prevalenciaértékek esetében jellemző statisztikai paramétereit (standard hiba, statisztikai erő) láthatjuk a 2. és 3. ábrákon.

**2. ábra** A standard hiba elméleti nagysága a különböző előfordulási gyakoriságok esetén az OLAAP 2015 vizsgálat 18-64 éves népességre vonatkozó súlyozott mintájában ( $\pm$ százalékpont)



**3. ábra** Statisztikai erő görbe az OLAAP 2015 vizsgálat 18-64 éves népességre vonatkozó súlyozott mintájában



### *A mérőeszköz megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos eredmények*

A prevalencia becslésekre törekvő önbevallásos vizsgálatok során az egyik alapvető kérdés, hogy mennyire tekinthetők valósnak az önbevalláson alapuló válaszok. Mivel a kutatási tapasztalatok szerint a különböző addiktológiai problémák elterjedtségének mérése során érvényesülő mode-effekt országoként/kultúráként, illetve időben változó lehet (EMCDDA, 2000), különösen fontos ezekben a vizsgálatokban az adatok minőségének kontrollálásra alkalmas módszertani paraméterek folyamatos regisztrálása és elemzése.

### *A szerhasználattal kapcsolatos válaszok megbízhatósága és érvényessége*

A szerhasználattal kapcsolatos adatok megbízhatóságát a kérdőívben szereplő különböző, egymással logikai kapcsolatban álló kérdésekre adott válaszok közötti összefüggések alapján számított mutatók segítségével tudjuk paraméterezni.

A kérdőív a vizsgált szerek/szerhasználó magatartások többségére vonatkozóan (lásd 1-3 táblázat) tartalmazott életprevalenciára, majd később az első fogyasztásra vonatkozó kérdéseket. A két kérdésre adott válaszok közötti megfelelés alapján kiszámítottuk a konzisztens fogyasztók, illetve nem fogyasztók, valamint az inkonzisztens választ adók arányát (13. táblázat). Konzisztens nem fogyasztónak tekintettük azokat a válaszolókat, akik mindkét kérdésnél egyértelműen azt jelölték, hogy soha nem fogyasztották az adott szert, konzisztens fogyasztónak pedig azokat, akik az életprevalencia kérdésnél fogyasztást jelöltek, és vagy megadták az első használat évét, vagy „nem tudom” választ jelöltek. Az inkonzisztens válaszolók közé azokat a válaszolókat soroltuk, akik az egyik kérdésnél egyértelműen fogyasztásra, a másik kérdésnél pedig egyértelműen nem fogyasztásra vonatkozó választ adtak.

Az első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdésre a tiltott, vagy csak droghasználati céllal fogyasztható szerek esetében a válaszolók rendre 99% feletti arányban konzisztensen válaszoltak. A visszaélészerű gyógyszerhasználatra vonatkozó (rendelvény nélküli nyugtató/altató fogyasztás, illetve alkohol-gyógyszer együttes fogyasztás) értékek ennél valamelyest alacsonyabbak, a dohányzással kapcsolatos adatok pedig 15% feletti arányban tartalmaznak ellentmondásos válaszokat (13. táblázat A oszlop). A válaszolók körében értelmezve – a dohányzás kivételével – alacsonynak mondható inkonzisztencia

arányok a konzisztens fogyasztók számához viszonyítva (13. táblázat F oszlop) néhány szer esetében már nem ilyen kedvezőek: a visszaélészerű gyógyszerhasználat, a heroin, és az inhalánsok tekintetében az első fogyasztásra és az életprevalencia kérdésre adott inkonzisztens válaszok aránya meghaladja, az egyéb opiátok, és a mágikus gomba esetében pedig eléri, illetve megközelíti a konzisztens fogyasztás-bevallások arányát. A konzisztens fogyasztóknak az életprevalencia értékhez (LTP) viszonyított aránya<sup>9</sup> alapján (13. táblázat G oszlop) azonban azt láthatjuk, hogy a magasabb életprevalencia-értékkel rendelkező szerek esetében a prevalencia értékek nagyobb részben konzisztens adatokat tartalmaznak (marihuána esetén a 98%-ban), s azok a szerek, melyeknél a szerenkénti életprevalencia-értékekben az inkonzisztens válaszok jelentős arányban vannak, alacsonyabb elterjedtségűek. Az első fogyasztásra és az életprevalencia kérdésre adott válaszok alapján tehát azt mondhatjuk, hogy a tiltott szerek összesített életprevalencia értékébe az inkonzisztenciák viszonylag kis torzítottságot visznek. A visszaélésű gyógyszerfogyasztásra (nyugtató/altató használata orvosi rendelvény nélkül, illetve alkohol-gyógyszer együttfogyasztás), valamint a heroin, és az inhaláns használatra vonatkozó kérdések esetében azonban az életprevalencia értékek nagyrészt inkonzisztens adatokat tartalmaznak, így ezek az adatok fenntartással kezelendők.

Az első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdések mentén mutatkozó inkonzisztens válaszok főbb társadalmi-demográfiai mintázódását vizsgálva a 14 féle szer/szerhasználó magatartás mintázódását 5 háttérváltozó mentén leíró 70 cella közül mindössze egyben kaptunk  $<0,001$ , nyolc esetben pedig  $p < 0,05$ , szinten szignifikáns összefüggést, s további nyolc esetben jelentkezett tendencia jellegű ( $p < 0,1$ ) kapcsolat (14. táblázat). Összességben tehát azt mondhatjuk, hogy első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdések alapján képzett inkonzisztencia arányok jellemzően nem mutatnak szignifikáns társadalmi-demográfiai mintázódásokat.

<sup>9</sup> Az EMCDDA (2002) standardok alapján a prevalencia adatok számítása során alkalmazott konzisztencia korrekció következtében az egyes szerek életprevalencia értékei (LTP) nem azonosak sem az egyes életprevalencia kérdésekre adott fogyasztásbevallásokkal, sem az életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó kérdések alapján számított „konzisztens fogyasztók” arányával. Ez az eltérés a 13. táblázat G oszlopában az F oszlophoz képest eltérő megbízhatósági szersorrend kialakulását eredményezheti.

**13. táblázat** Az életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó kérdések alapján konzisztens, illetve inkonzisztens válaszok aránya az OLAAP 2015 vizsgálatban (súlyozatlan adatok, %, az F oszlop szerint sorba rendezve)

Szerek/szerhasználó magatartások*	Konzisztens válaszok aránya (A=b+c)	Konzisztens nem fogyasztók aránya (B)	Konzisztens fogyasztók aránya (C)	Inkonzisztens válaszok aránya (D=100-a)	LTP (e)	Inkonzisztens válaszok/konzisztens fogyasztók (F=d/c)	konzisztens fogyasztók/LTP (G=c/e)
Marihuána	99,3	88,9	10,4	0,6	10,6	5,8	98,1
Ecstasy	99,5	94,5	5,0	0,5	5,8	10,0	86,2
Szintetikus kannabisz**	99,5	97,8	1,7	0,4	3,1	23,5	54,8
Amfetamin	99,4	97,5	1,9	0,6	2,8	31,6	67,9
LSD	99,5	98,6	0,9	0,4	1,5	44,4	60,0
Kokain	99,5	98,6	0,9	0,5	1,6	55,6	56,3
Rendszeres dohányzás	88,6	57,5	31,1	11,4	36,0	36,7	86,4
Új stimulánsok***	99,6	99,0	0,6	0,4	2,1	66,7	28,6
Mágikus gomba	99,5	98,9	0,6	0,5	1,2	83,3	50,0
Egyéb opiát	99,7	99,4	0,3	0,3	0,7	100,0	42,9
Alkohol-gyógyszer együtt	98,8	98,0	0,8	1,2	2,2	150,0	36,4
Heroin	99,6	99,4	0,2	0,5	0,7	250,0	28,6
Inhalánsok	99,6	99,4	0,2	0,5	0,7	250,0	28,6
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélkül****	96,7	95,5	1,2	3,4	5,4	283,3	22,6

\* A táblázatban csak azok a szerek/fogyasztói magatartások szerepelnek, melyekre vonatkozóan az életprevalencia kérdés mellett az első fogyasztásra vonatkozó kérdés is szerepelt.

\*\* A szintetikus kannabisz esetében az első fogyasztás és az életprevalencia kérdés alapján számított inkonzisztens válaszok aránya alapján becslést megbízhatósági sorrendben (F oszlop) elfoglalt pozíciójához képest a „konzisztens fogyasztók LTP %-ában” mutató (G oszlop) viszonylag alacsony. Ez annak tudható be, hogy a konzisztencia korrekció során az új szerek korrekciója a többi szer esetében jellemző 3 kérdés (LYP, LMP, első használat) mellett a használat módjára vonatkozó kérdésre adott válasszal is korrigálásra került. A más szerekkel/szerhasználó magatartásokkal való összehasonlítás során éppen ezért a f oszlop adatai relevánsabbak.

\*\*\* Az új stimulánsok F és a G oszlopban szereplő mutató szerint eltérő pozíciójának hátterében is a szintetikus kannabisznál leírtak állnak.

\*\*\*\* Az OLAAP 2015 vizsgálat a nyugtató és az altató fogyasztás életprevalenciáját két külön kérdésben kérdezte, így a nyugtató/altató orvosi rendelvény használatára vonatkozó inkonzisztencia adat – a többi szerfogyasztó magatartásánál alkalmazott két kérdés helyett – három kérdés válasza alapján került kiszámításra, ami megnöveli az inkonzisztens válaszok előfordulási esélyét, így hozzájárulhat a nyugtató/altató orvosi rendelvény használatára vonatkozó inkonzisztencia adat magas értékéhez.

**14. táblázat** Az életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó kérdések alapján inkonzisztens válaszok mintázódása a főbb társadalmi-demográfiai változók mentén az OLAAP 2015 vizsgálatban (súlyozatlan adatok)

Szerek/szerhasználó magatartások	Nem*	Életkor**	Iskolai végzettség***	Bp-vidék****	Jövedelem*****
Marihuána	n.sz.	n.sz.	0,058	n.sz.	n.sz.
Szintetikus kannabisz	0,093	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Ecstasy	n.sz.	n.sz.	n.sz.	0,066	n.sz.
Amfetamin	0,016	n.sz.	n.sz.	0,037	n.sz.
Kokain	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Új stimulánsok	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Heroin	n.sz.	n.sz.	n.sz.	0,068	0,050
Egyéb opiát	n.sz.	n.sz.	0,009	n.sz.	n.sz.
LSD	0,093	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.

Szerek/szerhasználó magatartások	Nem*	Életkor**	Iskolai végzettség***	Bp-vidék****	Jövedelem*****
Mágikus gomba	n.sz.	n.sz.	0,046	n.sz.	n.sz.
Inhalánsok	n.sz.	n.sz.	0,077	n.sz.	n.sz.
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélkül	0,001	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Alkohol-gyógyszer együtt	n.sz.	0,058	0,044	n.sz.	n.sz.
Rendszeres dohányzás	n.sz.	p<0,001	n.sz.	0,018	0,031

\* Nemek szerint a tiltott drogok esetében mutatkozó szignifikáns, vagy tendencia jellegű mintázódások a férfiak körében jeleztek magasabb inkonzisztencia arányokat, a nyugtató/altató orvosi rendelvény nélküli használata esetében pedig a nők körében.

\*\* Az életkor mentén jelentkező mintázódások vizsgálata során a rétegek kategóriák szerinti korcsoportokat használtuk. A rendszeres dohányzás életprevalenciára és első használatra vonatkozó kérdései a 34 év feletti korcsoportokban hordoznak az átlagosnál nagyobb inkonzisztencia arányokat, az alkohol-gyógyszer együttfogyasztására vonatkozó adatok pedig a 18-24 éves korosztályban.

\*\*\* Az iskolai végzettség mentén jelentkező mintázódások vizsgálata során 5 kategóriás mutatót használtunk (1-8 ált. vagy kevesebb; 2-szakmunkás; 3-érettség; 4-főiskol/BA/BSC; 5-egyetem/MA/MSC). A táblázat ezen oszlopában jelezett szignifikáns vagy tendencia jellegű összefüggések általában az egyetem/MA/MSC végzettségi kategóriában, illetve az alkohol-gyógyszer együttfogyasztására vonatkozó adatok a két szélső végzettségi csoportban jeleztek magasabb inkonzisztenciát.

\*\*\*\* A rendszeres dohányzás adatok a vidéki, a többi szignifikáns vagy tendencia jellegű összefüggés esetében pedig a budapesti válaszolók esetében tartalmaznak nagyobb inkonzisztenciát.

\*\*\*\*\* A gazdasági státust megjeleníteni hivatott jövedelem változó mentén jelentkező mintázódások vizsgálata során 4 kategóriás mutatót használtunk (1-<100 ezer; 2-101 ezer-200 ezer; 3-201-400 ezer; 4-400 ezer felett). A rendszeres dohányzásra vonatkozó válaszok a szélső jövedelmi helyzetű, a heroín fogyasztási adatok pedig az alacsony státusú válaszolók esetében tartalmaznak nagyobb inkonzisztenciát.

n.sz. nincs szignifikáns vagy tendencia jellegű kapcsolat (p>0,1)

A szerhasználati adatok megbízhatóságának másik mutatójaként a különböző idejű prevalencia kérdésekre adott válaszok közötti koherenciát vizsgáltuk. Ebben az esetben azt tekintettük inkonzisztens válasznak, ha a különböző időszakokra (életre, évre és hónapra) vonatkozó absztinencia adatok tekintetében inkonzisztencia mutatkozott, továbbá, ha a rövidebb időszakokra (általában előző hónapra) vonatkozó fogyasztás gyakorisága meghaladta az hosszabb időszakokra (általában az életre) vonatkozóan jelzett fogyasztási alkalmak számát (15. táblázat).

A vizsgált szerek/szerhasználó magatartások többsége esetében – az első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdések közötti inkonzisztencia arányokhoz hasonlóan – azt tapasztaltuk, hogy a válaszolók kevesebb, mint 1%-a adott inkonzisztens választ a különböző időszakokra vonatkozó szerhasználat előfordulása és gyakorisága tekintetében. Mindössze a nyugtatók orvosi rendelvény nélküli fogyasztása,

a berűgés és az inhalánsok használata esetében kaptunk valamelyest magasabb értékeket (1-2%). Az inkonzisztens fogyasztóknak az életprevalencia értékhez (LTP) viszonyított aránya természetesen e mutató esetében is magasabb és inkább differenciál a szerek között. Azonban itt is elmondhatjuk, hogy a legelterjedtebb tiltott drog, a marihuána esetében az életprevalencia adatok döntően (95,3%-ban) konzisztens információkat tartalmaznak. Hasonlóképpen alacsony torzítottságot hordoznak az alkoholfogyasztás és a berűgés éves prevalencia adatai. További hét szer esetében pedig 90% feletti az életprevalencia százalékában kifejezett konzisztens válaszok aránya. Összességében – az inhalánsok, valamint a rendelvény nélküli altató és nyugtató használat kivételével – a vizsgált szerek prevalencia értékeinek háttérében legalább 85%-ban a különböző időszakokra vonatkozó fogyasztásbevallások tekintetében konzisztens adatok állnak.

**15. táblázat** A különböző idejű prevalencia kérdésekben jelentkező inkonzisztens válaszok aránya az OLAAP 2015 vizsgálatban (súlyozatlan adatok, %)

Szerek/szerhasználó magatartások	Inkonzisztens válaszok a válaszolók %-ában	LTP	Inkonzisztens válaszok az életprevalencia %-ában
Marihuána	0,50	10,6	4,7
Szintetikus kannabisz	0,30	3,1	9,7
Ecstasy	0,70	5,8	12,1
Amfetamin	0,40	2,8	14,3

Szerek/szerhasználó magatartások	Inkonzisztens válaszok a válaszolók %-ában	LTP	Inkonzisztens válaszok az életprevalencia %-ában
Kokain	0,20	1,6	12,5
Crack	0,04	0,8	5,0
Új stimulánsok	0,30	2,1	14,3
Heroin	0,04	0,7	5,7
Egyéb opiát	0,10	0,7	14,3
LSD	0,10	1,5	6,7
Mágikus gomba	0,10	1,2	8,3
GHB	0,10	1,1	9,1
Mefedron	0,10	1,2	8,3
Inhalánsok	2,00	0,7	285,7
Altatók orvosi rendelvény nélkül*	0,70	2,4	29,2
Nyugtatók orvosi rendelvény nélkül*	1,00	2,7	37,0
Alkohol*	0,80	75,1	1,1
Berűgás*	1,10	25,9	4,2

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

A különböző idejű prevalencia kérdések mentén mutatkozó inkonzisztens válaszok aránya jellemzően szintén nem mutat szignifikáns társadalmi-demográfiai mintázódást: a vizsgált 18 féle szer/szerhasználó

magatartás mintázódását 5 háttérváltozó mentén leíró 90 cella közül (lásd 16. táblázat) mindössze összesen 6 esetben mutatkozott szignifikáns, 2 esetben pedig tendencia jellegű összefüggés.

**16. táblázat** A különböző idejű prevalencia kérdésekben jelentkező inkonzisztens válaszok mintázódása a főbb társadalmi-demográfiai változók mentén az OLAAP 2015 vizsgálatban (súlyozatlan adatok)

Szerek/szerhasználó magatartások	Nem*	Életkor**	Iskolai végzettség	Bp-vidék***	Jövedelem****
Marihuána	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Szintetikus kannabisz	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Ecstasy	n.sz.	0,034	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Amfetamin	0,002	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Kokain	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	0,097
Crack	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Új stimulánsok	n.sz.	n.sz.	0,002	n.sz.	0,066
Heroin	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Egyéb opiát	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
LSD	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Mágikus gomba	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
GHB	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Mefedron	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Inhalánsok	>0,001	>0,001	n.sz.	0,046	n.sz.
Altatók orvosi rendelvény nélkül	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Nyugtatók orvosi rendelvény nélkül	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.
Alkohol	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.

Szerek/szerhasználó magatartások	Nem*	Életkor**	Iskolai végzettség	Bp-vidék***	Jövedelem****
Berűgás	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.	n.sz.

\* Nemek szerint a táblázatban szereplő szignifikáns, vagy tendencia jellegű összefüggések a férfiak körében jeleztek magasabb inkonzisztencia arányokat.

\*\* A különböző idejű prevalencia kérdésekre vonatkozó válaszok az ecstasy és az inhalánsok esetében mutattak életkor szerinti mintázódást, mindkét esetben a 18-24 éves korosztályban jelentkezett magasabb inkonzisztencia arány.

\*\*\* Az inhalánsok esetében a Budapesti adatok szignifikánsan nagyobb mértékben hordoznak inkonzisztens válaszokat.

\*\*\*\* Az új stimulánsok esetében az alacsonyabb, a kokain esetében inkább a legfelső jövedelmi kategória válaszait terheli nagyobb inkonzisztencia.

n.sz. nincs szignifikáns vagy tendencia jellegű kapcsolat ( $p > 0,1$ )

A szerhasználattal kapcsolatos adatok érvényességét a hiányzó és érvénytelen válaszok arányával, a felülbecslés mértékének, valamint az alkalmazott standard skálák belső konzisztenciájának vizsgálatával próbáljuk paraméterezni.

A hiányzó és érvénytelen válaszok aránya a tiltott drogokkal és inhalánsokkal kapcsolatos kérdésekben igen stabil arányt mutat, jellemzően a kérdésblokk elutasítását fejezi ki: az életprevalenciára vonatkozó kérdések esetében 10,3-10,7% közötti, az éves prevalencia kérdések esetében pedig 13% körüli. Az alkoholfogyasztással, valamint a rendelvénnyel nélküli altató, illetve nyugtató használatával kapcsolatos kérdések esetében valamelyest kisebb, a dohányzással kapcsolatos kérdésekben pedig elenyésző a válaszhiányok aránya (17. táblázat).

A semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez képest a szerhasználó magatartások esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya relatíve magas (pl. a kérdezett iskolai végzettségére vonatkozó kérdés esetében 0,1%; az apa/anya iskolai végzettsége, vagy a háztartásméret esetében 0,4%). Ugyanakkor a szintén érzékenynek tekinthető jövedelemmel kapcsolatos kérdés esetében tapasztalt 27,1%-os válaszhiány arányhoz képest a szerhasználattal kapcsolatos kérdések elutasítása alacsonynak, az érvényes válaszok aránya jónak mondható.

A válaszhiányok és érvénytelen válaszok esetében – az inkonzisztencia mutatók társadalmi és demográfiai háttér tekintetében semleges alakulásától eltérően – a nem, lakóhely és jövedelem mentén – a dohányzás kivételével – rendre szignifikáns és a vizsgált szerek/

**17. táblázat** A válaszhiányok és érvénytelen válaszok mintázódása a főbb társadalmi-demográfiai változók mentén az OLAAP 2015 vizsgálatban (súlyozatlan adatok)

Szerek/szerhasználó magatartások	Életprevalencia	Éves prevalencia*
Marihuána	10,3	12,6
Szintetikus kannabisz	10,6	13,1
Ecstasy	10,4	13,0
Amfetamin	10,5	13,2
Kokain	10,5	13,2
Crack	10,6	13,2
Új stimulánsok	10,6	13,2
Heroin	10,6	13,2
Egyéb opiát	10,6	13,2
LSD	10,5	13,1
Mágikus gomba	10,6	13,3
GHB	10,6	13,3
Mefedron	10,7	13,3
Inhalánsok	10,6	13,3

\* A droggal kapcsolatos kérdések esetében az éves prevalencia kérdések egyben az elmúlt 30 nap fogyasztására is rákérdeztek, a havi gyakoriságra vonatkozó önálló kérdést azonban ugratás előzte meg, így a havi prevalencia kérdésre válaszhiány adat nem képezhető.

Szerek/szerhasználó magatartások	Éves prevalencia	Havi prevalencia
Alkoholfogyasztás	4,7	4,8
Nagyivás	6,3	-
Berűgás	7,4	8,8
Altató orvosi rendelvény nélkül	8,1	7,6
Nyugtató orvosi rendelvény nélkül	8,0	7,3
Alkohol-gyógyszer együtt**	7,2	
Dohányzás**	0,2	

\*\* A különböző időszakra vonatkozó prevalenciaértékeket egy kérdésben kérdeztük.

**18. táblázat** Az OLAAP 2015 vizsgálatban a viselkedési addikciók mérésére alkalmazott skálák reliabilitás mutatói (súlyozatlan adatok)

Skálák	Valid esetek száma	Tételek száma	Belső konzisztencia mutató	Inter-item korrelációk átlaga
CAST	598 (26,3%)	6	0,971	0,854
SDS	546 (24,0%)	4	0,921	0,747

szerfogyasztó magatartások esetében nagyon hasonló mintázódás mutatkozik:

- Nemek szerint rendre szignifikánsan nagyobb a válaszhiányok aránya a férfiak körében.<sup>10</sup>
- Budapest- vidék dimenzió mentén minden vizsgált szer/szerfogyasztó magatartás esetében szignifikánsan nagyobb a válaszhiányok aránya a vidéken.
- A jövedelmi helyzet tekintetében a vizsgált magatartások döntő többségénél fordított lineáris kapcsolat figyelhető meg, az alacsony jövedelmi kategóriák felé szignifikánsan növekszik a válaszhiányok aránya<sup>11</sup>.
- Életkor és iskolai végzettség tekintetében egyik vizsgált szer/szerfogyasztó magatartás esetében sem mutatkozott a válaszhiányok arányában sem szignifikáns, sem tendencia jellegű mintázódás.

<sup>10</sup> A rövidebb idejű prevalenciákban többnyire csak tendencia jelleggel jelenik meg az összefüggés.

<sup>11</sup> Az alkoholfogyasztás mutatói közül az ivás havi és éves prevalencia adatai esetében a válaszhiányok arányának nincs szignifikáns kapcsolata a jövedelmi helyzettel. A jelzett mintázat csak a szélsőséges ivási formák – berűgás, nagyivás – esetében mutatkozik meg. A tiltott drogok rövidebb idejű prevalencia értékei esetében pedig a szélső jövedelmi kategóriáknál mutatkozik szignifikáns eltérés: a legalacsonyabb jövedelmi kategóriában az átlagosnál magasabb, a legmagasabb jövedelműek között pedig alacsonyabb a válaszhiányok aránya.

A droghasználattal kapcsolatos kérdések esetében a prevalencia értékek felülbecslési kockázatának bejósolására a kérdőívben szerepeltettünk egy nem létező, ún. dummy-drogot. A dummy-drog esetében az életprevalencia 0,5% (11 fő), a rövidebb idejű prevalenciáknál pedig 2-2 esetben fordult elő fogyasztásbevallás, s az alacsony értékekben társadalmi-demográfiai mintázódás nem mutatkozik.

A szerhasználattal kapcsolatos kérdések között két standard mérőeszközt is alkalmaztunk, az SDS-t (Severity of Dependence Scale) és a CAST-ot (Cannabis Abuse Screening Test). A mérőeszközök belső konzisztenciáját Cronbach-alfa mutató segítségével vizsgáltuk, melynek ideális értéke 0,7-0,8 között van. A Cronbach-alfa értéke mindkét skála esetében 0,9 feletti mely redundáns tételekre utalhat. Ezt a skálák magas átlagos inter-item korrelációs értékei is megerősítik (18. táblázat). A további elemzéseink során a reliabilitás mutatók javítása, valamint az általános populációs vizsgálatok rövidített mérőeszközök iránti igénye miatt is érdemes megvizsgálni egyes tételek elhagyásának lehetőségét.

#### *A különböző viselkedési addikciók mérésére alkalmazott skálák belső konzisztenciája*

A viselkedési addikciók előfordulási gyakoriságának becslésére irányuló mérőeszközök belső konzisztenciáját az esetek többségében szintén Cronbach-alfa mutató segítségével vizsgáltuk, azon alskálák eseté-



**19. táblázat** Az OLAAP 2015 vizsgálatban a viselkedési addikciók mérésére alkalmazott skálák reliabilitás mutatói (súlyozatlan adatok)

Skálák	Valid esetek száma	Tételek száma	Belső konzisztencia mutató	Inter-item korrelációk átlaga
Problem Gambling Severity Index (PGSI)	564 (24,8%)	9	0,905+	0,537
Problémás szerencsejáték használat DSM5 alapján (DSM)	530 (23,3%)	9	0,917+	0,571
Evési zavar (SCOFF)	1927 (84,7%)	5	0,626+	0,271
Problémás internet használat (PIUQ)	1476 (64,9%)	6	0,843+	0,503
obszesszió	1480 (65,1%)	2	0,768*	
elhanyagolás	1481 (65,1%)	2	0,657*	
kontrollzavar	1482 (65,2%)	2	0,639*	
Problémás online játék használat (POGQ)	228 (10,0%)	12	0,925+	0,531
obszesszió	232 (10,2%)	2	0,810*	
belefeledkezés	231 (10,2%)	2	0,745*	
megvonás	230 (10,2%)	2	0,865*	
túlhasználat	231 (10,2%)	2	0,791*	
interperszonális konfliktus	231 (10,2%)	2	0,856*	
társas izoláció	229 (10,1%)	2	0,844*	
Problémás online közösségi oldal használat (FAS)	1307 (57,5%)	6	0,881+	0,563
Testedzés addikció (EAI-HU)	526 (23,1%)	6	0,766+	0,347
Munkafüggőség (BWAS)	1111 (48,9%)	7	0,825+	0,402
Kényszeres vásárlás (CBS)	54 (2,4%)	6	0,821+	0,434
obszesszió	55 (2,4%)	3	0,789+	0,544
impulzivitás	54 (2,4%)	3	0,844+	0,643

+ Cronbach-alfa

\* Spearman-Brown formula

ben pedig, melyek mindössze 2 tételt tartalmaznak, az ajánlásoknak megfelelően a Spearman-Brown formulát alkalmaztuk (Eisinga, Grotenhuis és Pelzer, 2013). Mindkét mutató esetében a 0,7-0,8 közötti tartomány utal a kiváló megbízhatóságra.

Mindössze három – alacsony tételszámmal (2, illetve 5) rendelkező<sup>12</sup> – skála, illetve alszála esetében találtunk az elvártaknál valamelyest alacsonyabb belső konzisztencia mutatókat (SCOFF, valamint a PIUQ – elhanyagolás és kontrollzavar alszála), azonban sem az átlagos inter-item sem az item-totál korrelációk nem utaltak problémára egyik skála tételei esetében sem.

Ugyanakkor három másik skála (PGSI, DSM, POGQ) vizsgálata során magas inter-item korrelációs értékek mellett 0,9 feletti Cronbach-alfa értékeket kaptunk, ami ezen skálák esetében redundáns tételek jelenlétére utalhat.

<sup>12</sup> Az alacsony tételszám a reliabilitás mutató értékét negatív irányban befolyásolja.

További négy skála esetében kiváló Cronbach-alfa értékek mellett tapasztaltunk 0,5 feletti átlagos inter-item korrelációs értékek (PIUQ - összpontszám, FAS, CBS – obszesszió, CBS – impulzivitás). A magas belső konzisztencia mutatók és/vagy inter-item korrelációk ezúttal is arra utalhatnak, hogy ezeket a skálákat további elemzéseket követően talán a későbbi kutatások során érdemes lehet rövidített formában alkalmazni. (19. táblázat)

## ÖSSZEGZÉS, KÖVETKEZTETÉSEK

Tanulmányunkban a 2015-ben a magyar népesség addiktológiai problémáinak feltérképezésére irányuló lakossági epidemiológiai vizsgálat (OLAAP 2015) általános módszertani hátterét és főbb metodológiai eredményeit ismertettük.

Az epidemiológiai vizsgálatok során kiemelt jelentőséggel bír, hogy az adatok általánosíthatóak legyenek a vizsgált populációra. Ennek érdekében a kutatás

megtervezése és kivitelezése során nagy hangsúlyt fektettük a megfelelő mintaválasztási és adatfelvételi stratégia alkalmazására, a mintavételen kívüli hibák kutató által kontroll alatt tartható elemeinek körültekintő megválasztására, a kutatás megbízhatóságának monitorozására.

Az OLAAP 2015 kutatás a 18-64 éves népesség bruttó 2477 fős, országos reprezentatív mintáján készült, a 18-34 éves fiatal felnőtt populáció felülreprezentálásával. A minta kiválasztása két lépcsős rétegzett véletlen mintavételi áljárással történt. A kiválasztott minta 3,5%-a esetében tapasztaltunk nem megfelelő keretinformációt, a mintakiesések oka legnagyobb arányban (17,5%-ban) a visszautasítás volt. Összességében a kiválasztott minta 48,7%-ában történt sikeres adatfelvétel. A mintakiesések pótlására rétegzési szempontok szerint illesztett pótmintát alkalmaztunk. A tanulmányban részletesen bemutatott adatfelvételi stratégia mellett elért nettó minta nagysága 2274 fő. A fiatal felnőtt (18-34 éves) populációban alkalmazott oversampling és a végleges mintakiesések korrigálására két lépcsős, nem elemszámartató mátrixsúlyozást alkalmaztunk. A súlyok eloszlásának statisztikai mutatói alapján azt mondhatjuk, hogy a minta súlyozása nem jelentett durva „mesterséges beavatkozást” az adatbázisba, a minta reprezentativitása kevéssé sérült. A 18-64 éves súlyozott minta nagysága 1490 fő, s a súlyozott mintában 95%-os megbízhatósági szinten érvényes elméleti hibahatár mértéke  $\pm 2,539\%$ , ami a mintavételi tervnek megfelelő.

Az adatok megbízhatóságának, a mintavételen kívüli hibák nagyságának adatbázison belüli eszközökkel történő vizsgálata alapján a következő összefoglaló megállapításokat tehetjük:

- Némely szer – inhalánsok, altatók, nyugtatók – esetében a prevalencia értékek jelentős inkonzisztens információt tartalmaznak, de a legelterjedtebb tiltott drogokkal kapcsolatos prevalencia adatok főként konzisztens információkat hordoznak, így a tiltott szerek összesített életprevalencia értékebe az inkonzisztenciák viszonylag kis torzítótságot visznek. Az inkonzisztens válaszok aránya jellemzően nem mutat szignifikáns társadalmi-demográfiai mintázódást, azaz a kutatás a különböző szerhasználó magatartások rizikófaktorainak megbízható becslését teszi lehetővé.
- A szerhasználó magatartások esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya a semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez ké-

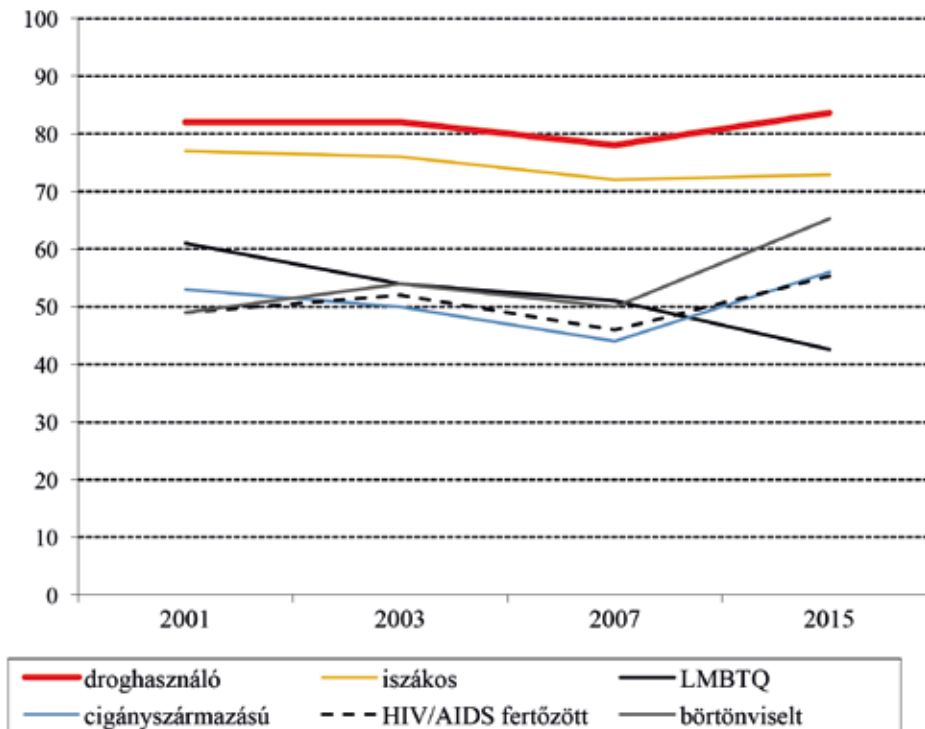
pest magas, és némely társadalmi-demográfiai változó mentén szignifikáns mintázódást mutat, azonban más érzékenynek tekinthető (pl. jövedelemmel kapcsolatos) kérdéshez képest az érvényes válaszok aránya a szerhasználatot kapcsolatos kérdésekben jónak mondható.

- A drogfogyasztással kapcsolatos kérdésekben a felülbecslés kockázata alacsony és nem mutat szignifikáns társadalmi-demográfiai mintázódást.
- Az alkalmazott standard skálák reliabilitási mutatói megfelelőek, bár néhány mérőeszköz esetében a mutatók arra utalnak, hogy érdemes megvizsgálni egyes tételek elhagyásának lehetőségét.

Mint a fentiek alapján is láthatjuk, a populációs adatok értelmezése, felhasználása során a körültekintő kutatási terv és kivitelezés mellett is számolnunk kell korlátozó tényezőkkel (Hartnoll, 1993, 1998; Paksi, 2007a). Az önbevallásos adatok megbízhatóságát számos, a kutatók által nem befolyásolható tényező alakíthatja (Stoop, 2004; Johnson et al., 2002), amelyek egyike a probléma társadalmi megítélése. Ezek a torzító tényezők nem kiküszöbölhetők, s a torzítás mértéke sem határozható meg pontosan, így az önbevallásos vizsgálatok alapján elsősorban nem a probléma abszolút méretére vonatkozóan fogalmazhatunk meg megbízható állításokat, hanem a kutatások módszertani paramétereinek folyamatos monitorozása, s a módszertani tendenciák láthatóvá tétele mellett a vizsgált magatartások rizikófaktorainak, az időben és térben megjelentő tendenciáinak vonatkozásában. Az összehasonlító szemlélet emellett az adatok értelmezéséhez is elengedhetetlen, mivel az egyes jelzőszámoknak nincs abszolút mértéke, nincs egy „normál érték”, melyhez képest valamely mutató magasnak, vagy alacsonynak mondható. Ennek következtében egy kutatás eredményei más kutatások eredményeivel való kontextuálás során nyerik el értelmüket. Az általánosíthatóság mellett tehát az epidemiológiai vizsgálatok másik kulcskérdése, hogy lehetővé tegyék más populációkkal, illetve a korábbi kutatásokkal való összehasonlíthatóságot.

Az adatfelvételi battéria kialakítása során nagy hangsúlyt fektettünk arra, hogy a kutatás során korszerű, az eredmények nemzetközi kontextusban való értelmezhetőségét biztosító, a nemzetközi tudományos térben megjelenő kutatások/ajánlások által támogatott mérőeszközök kerüljenek alkalmazásra. A kérdőívben felhasznált skálák és kérdéscsoportok kiválasztása során ezen túlmenően ügyeltünk arra is, hogy eredményeink a korábbi hasonló témájú epi-

**4. ábra** A társadalmi távolság skálán mért eredmények változásai a 18-53 éves magyarországi felnőtt népességben (Paksi, 2009)\*



\* Kérdés: „Ön mennyire látna szívesen a szomszédságában olyan személyt, aki ... ?”

Válaszkategóriák: 1 – ellenezné; 2 – inkább nem; 3 – attól függ; 4 – nem kifogásolná; 5 – szívesen látná.

Az ábrán az 1-es és 2-es választ adók aránya látható.

demológiai felmérésekkel is összehasonlíthatóak legyenek. Ez azonban az összehasonlíthatóságnak csak az egyik feltétele. A tendenciákra vonatkozó megbízható állítások megfogalmazásához elengedhetetlen az összehasonlításba bevont adatok megbízhatósági mutatóinak szinten tartása.

A 2015-ös OLAAP vizsgálat társadalmi attitűd-állapotokra vonatkozó adatai alapján kutatásunk a drogfogyasztókkal szembeni viszonyulás tekintetében fokozottan elutasító társadalmi morális térben zajlott (4. ábra).

Mivel az adatok megbízhatóságát befolyásolható tényezők között fontos szerepe van a probléma társadalmi megítélésének, így droghasználókkal kapcsolatos társadalmi távolság kedvezőtlen irányú elmozdulása a mintavételen kívüli hibák kockázatának növekedése miatt az összehasonlító vizsgálatok során különösen fontossá teszi a hibák időbeni tendenciáinak vizsgálatát. A 20. táblázatban a 2007-es és a 2015-ös OLAAP vizsgálatok főbb módszertani paramétereinek összehasonlítását láthatjuk. Ameny-

nyben az OLAAP 2015 kutatás mintavételen kívüli hibákat jelző módszertani paramétereit az OLAAP 2007-es kutatással (Paksi és mtsai, 2009) összehasonlítjuk, azt láthatjuk, hogy az OLAAP 2015 mutatóinak többsége a mintavételen kívüli hibák növekedését jelzi.

Összességében az OLAAP 2015 kutatási adatok reprezentativitásának, valamint a mintavételen kívüli hibák nagyságának adatbázison belüli eszközökkel történő vizsgálata alapján nem látunk olyan tényezőt, ami problémát okozna a keresztmetszeti elemzések során. A módszertani eredmények arra utalnak, hogy droghasználat aktuális jellemzői és mintázódása tekintetében a kutatás adatai alapján érvényes és megbízható megállapítások fogalmazhatók meg. Ugyanakkor a mintavételen kívüli hibák tendenciái azt jelzik, hogy a változások elemzése fokozott odafigyelést igényel az érintett adatok értelmezése során, illetve esetleg korrekciós eljárások alkalmazását teszi szükségessé, a tendenciák becslése, illetve interpretálása esetében.

**20. táblázat** A szerhasználattal kapcsolatos válaszok megbízhatósága és érvényességére utaló mutatók a 2007-es és a 2015-ös OLAAP vizsgálatban (súlyozatlan adatok)

	2007	2015
Az inkonzisztens válaszok aránya a különböző idejű prevalencia kérdésekben (válaszolók %-ában)		
Marihuána	0,5	0,5
Ecstasy	0,1	0,7
Amfetamin	0,2	0,4
Altatók orvosi rendelvény nélkül	0,3	0,7
Nyugtatók orvosi rendelvény nélkül	0,3	10,
Alkoholfogyasztás	1,7	0,8
Berűgás	0,8	1,1
Válaszhiányok és érvénytelen válaszok arányának alakulása (%)		
Tiltott drogokkal élet/éves/havi prevalencia értékei	5-6/≈9	≈10/≈13
Altató orvosi rendelvény nélkül éves/havi prevalencia értéke	5,4/4,8	7,4/8,8
Nyugtató orvosi rendelvény nélkül éves/havi prevalencia értéke	5,1/4,6	8,1/7,6
Alkoholfogyasztás éves/havi prevalencia értéke	3,2/2,1	4,7/4,8
Berűgás éves/havi prevalencia értéke	10,3/10,6	7,4/8,8
Az életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó kérdések alapján inkonzisztens válaszok aránya a konzisztens fogyasztók %-ában		
Marihuána	4,2	5,8
Ecstasy	7,7	10,0
Amfetamin	5,3	31,6
Kokain	0,0	55,6
Heroin	0,0	250,0
Egyéb opiát	100,0	100,0
LSD	22,2	44,4
Mágikus gomba	40,0	83,3
Inhalánsok	100,0	250,0

**KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS:** A kutatás az OTKA (pályázati azonosító: K109375; K111938) és az EMMI támogatásával készült.

**LEVELEZŐ SZERZŐ:** Paksi Borbála  
1118 Budapest, Ménesi út 75.  
E-mail: paksi.borbala@ppk.elte.hu  
Tel: +36-70-452-0404

## IRODALOM

- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., Babor, T. (1997) A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21: 613–619.
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., Pallesen, S. (2012) Development of a Work Addiction Scale. Scandinavian Journal of Psychology, 53(3), 265-272.
- Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S. & Pallesen, S. (2012) Development of a Facebook Addiction Scale. Psychological Reports, 110(2), 501-517.
- Angelusz R., Tardos R. (2006) A kérdőíves kontextus-hatás – a nem mintavételi hibák egy efemer, mindennapos esete. In: Angelusz R., & Tardos R. (szerk): Mérésről mérésre, a válaszok kutatás módszertani kérdései. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány, Budapesti Corvinus Egyetem Politikatudományi Intézet.
- Barratt, E. S. (1959) Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. Perceptual and Motor Skills, 9: 191–198.
- Becker, H. (1963) Outsiders: studies in the sociology of deviance. New York: Free Press.
- Bogardus, E. S. (1927). Race friendliness and social distance. Journal of Applied Sociology, 11, 272-287.
- Busa Cs., Füzesi Zs., Kesztyűs M., Szemlyácz J. Tistyán L. (2009) Kirekesztődés és kirekesztés – a droghasználók társadalmi megítélése. Kapocs, 8. (2) Letöltve:2015.01.10. [http://epa.oszk.hu/02900/02943/00041/pdf/EPA02943\\_kapocs\\_2009\\_2\\_01.pdf](http://epa.oszk.hu/02900/02943/00041/pdf/EPA02943_kapocs_2009_2_01.pdf)

10. Csizsár K., Cukonyi Cs. (2003) A kábítószer-használókkal szembeni előítéletek alakulása és háttértényezői, strukturális kapcsolata a kisebbségi és etnikai csoportokkal szembeni előítéletekkel. In: Münnich Á. (szerk.): A kábítószer kipróbálásának okairól. Eötvös Kiadó, Budapest 170-185.
11. De Bruin, A. Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments. WHO Regional Publications, European Series, No. 58. Office of Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen 0, Denmark (39 Swiss francs).
12. Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J., De Moor, S. (2009) Drug use: an overview of general population surveys in Europe. Thematic paper. Luxembourg, EMCDDA.
13. Demetrovics Zs, Gyalog B. (2005) Drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök mérése. Budapest. Kutatási beszámoló. SZMM. Kézirat.
14. Demetrovics Zs., Kurimay T. (2008) Testedzsfüggőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatra Hungarica*, 23: 129-141.
15. Demetrovics Zs., Szeredi B., Nyikos E. (2004): A Problémás Internethasználat Kérdőív bemutatása. *Psychiatra Hungarica*, 19: 141-160.
16. Demetrovics, Zs., Szeredi B., Rózsa S. (2008) The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*, 40: 563-574.
17. Derogatis, L. R., Melisaratos, N. (1983) The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
18. Eisinga, R., Grotenhuis, M., Pelzer, B. (2013) The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health*, 58(4), 637-642. Letöltve: 2015.01.10. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0416-3>
19. Elekes Zs. (2004) Alkohol és társadalom. Országos Addiktológiai Intézet. Budapest, 1-215.
20. Elekes Zs. (2012) Fialatok legális és illegális szerhasználata az ESPAD 2011 kutatás alapján. Addiktológiai kutatások Magyarországon 2012. „A függőségek kialakulása és kezelése” Az ELTE Pszichológiai Intézet Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszéke V. Tudományos Konferenciája. Budapest, 2012. február 24
21. Elekes Zs. (szerk.) (2016) Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények. BCE, Budapest. 1-175.
22. Elekes Zs., Paksi B. (2004) A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási Beszámoló, NKFP.
23. Elekes Zs., Paksi B., Lendvai A. (2005) A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata. ICsSzEM Kutatási Beszámoló.
24. EMCDDA (1999) Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), EMCDDA, Lisbon. Portugal.
25. EMCDDA (2000) Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys, EMCDDA, Lisbon, Portugal.
26. EMCDDA (2002) Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, EMCDDA, Lisbon. Portugal.
27. EMCDDA (2009a) An overview of the general populations survey (GPS) key indicator. Technical reports. EMCDDA, Lisbon. Letöltve: 2009.09.11. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>
28. EMCDDA (2009b) An overview of the general populations survey (GPS) key indicator. Thematic papers. EMCDDA, Lisbon. Letöltve: 2009.09.11. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/967/EMCDDA-TP-gps.pdf>
29. EMCDDA (2015) Voluntary EMQ Module for monitoring use of New (and not so new) Psychoactive Substances (NPS) in General Adult Population Surveys and School Surveys. Lisbon, EMCDDA (kézirat).
30. Eranus, E., Láng, S., Máth, A., Rácz, A. (2004) A kérdőíves adatfelvétel újabb módszerei: telefonos, számítógéppel támogatott (CAPI, CATI) és internetes adatgyűjtés. In: Letenyi László (szerk.): Településkutatás. Szöveggyűjtemény, Budapest Ráció, 545-593
31. Eurobarométer (2011) Youth attitudes on drugs. Analytical report. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/flash\\_arch\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_en.htm)
32. EVS (2008) European Value Study, Study 1981-2008, longitudinal Data File. GESIS Data Archive, Köln, ZA4804 adatállomány 3.0.0 verzió, doi: 10,4232 / 1,12253.
33. Ferri, C.P., Marsden, J., de Araujo, M., Laranjeira, R.R., Gossop, M. (2000) Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, 19:451-55.
34. Fiske, S.T. (2006) Társas alapmotívumok. Osiris, Budapest
35. Gerevich, J., Bácskai, E., Rózsa, S. (2006) A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatra Hungarica*, 21: 45-56.
36. Goffman E. A. (1981) A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Gondolat. Budapest.
37. Gossop M., Darke S., Griffiths P., Hando J., Powis B., Hall W., Strang J. (1995) The Severity of Dependence Scale (SDS) psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5):607-14.
38. Gossop, M., Best, D., Marsden, J., Strang, J. (1997) Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, 92(3):353.
39. Gyepesi, Á., Urbán, R., Farkas, J., Kraus, L., Piontek, D., Paksi, B. et al (2013) Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *European Addiction Research* 20: (3) pp. 119-128.
40. Hartnoll, R. (1993) A drogproblémák felmérése, alapkövetelmények. *Szenvedélybetegségek*, 1(5), 324-334.
41. Hartnoll, R. (1998) Epidemiological Key-Indicators. Epidemiological Department, EMCDDA, Lisbon
42. Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., et al. (2000) The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
43. Hibell, B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A. et al. (2012) The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. Stockholm. Sweden.
44. Hollander, E. (1993) Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, 23: 255-358.
45. Stoop I. A. L. (2004) Surveying nonrespondents. *Field Methods*, 2004, 16(1) 23-54
46. Jessor, R. (1974) A mértéktelen alkoholfogyasztás szociálpszichológiája: Egy három etnikai csoportból álló település vizsgálatának eredményei. In: Andorka R., Buda B., Cseh-Szombathy L. (szerk.), A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat, Budapest.
47. Johnson, T. et al. (2002) Culture and Survey Nonresponse. In: R. M. Groves, Don A. Dillman, J. L. Eltinge, R. J.A. Little, (ed) Survey Nonresponse, New York. John Wiley & Sons

48. Korf, D.J. (1995) Dutch treat: formal control and illicit drug use in the Netherlands. Amsterdam: Thesis Publishers.
49. Koronczai, B., Urbán, R., Kökönyei, G., Paksi, B., Papp, K., Kun, B., et al. (2011) Confirmation of the three-factor model of problematic internet use on off-line adolescent and adult samples. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(11), 657-664
50. Kraus L. Guttormsson U., Leifman H., Arpa S., Molinaro S., Monshouwer K., et al. (2016) ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. ESPAD, EMCDDA, Luxembourg. Letöltve: 2016.09.17. <http://www.espad.org/>
51. Kerekó P. (2015) Közjogi forradalom és közjogi konzervativizmus Magyarországon: Közvélemény alkotmányosságról és szavazójogról. n: Hunyady György, Berkics Mihály (szerk.): A jog szociálpszichológiája: a hiányzó láncszem. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 77-90.
52. Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M. (2007) Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population. *Journal of Substance Use*, 12: 233-242.
53. Lemert, E. M. (1974) Társadalmi struktúra, társadalmi kontroll és deviáció. . In: Andorka R., Buda B., Cseh-Szombathy L. (szerk.), A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat, Budapest.
54. Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., Amari, E. (2012) The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction* (Abingdon, England), 107(1), 39-50. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
55. Morgan, J. F., Reid, F., Lacey, J. H. (1999) The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319: 1467-1468.
56. Nyikos E., Szeredi B., Demetrovics Zs. (2001) Egy új viselkedéses addikció: Az internethasználat személyiségpszichológiai korrelátumai. *Pszichoterápia*, 10(3), 168-182.
57. Németh Á., Költő A. (szerk.) (2011) Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. OGYEI. Budapest
58. Németh Á., Költő A. (szerk.) (2014) Egészség és egészségmagtartás iskoláskorban - 2014. NEFI. Budapest
59. Paksi B. (2003) Drogok és felnőttek. A tizenhét év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. Budapest: L'Harmattan.
60. Paksi B. (2007a) A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In Demetrovics Zs. (szerk.) *Az addiktológia alapjai* I. 256-294. Budapest: Eötvös Kiadó.
61. Paksi B. (2007b) A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata. In Demetrovics Zs. (szerk.) *Az addiktológia alapjai* I. 379-413. Budapest: Eötvös Kiadó.
62. Paksi B. (2009) Populációs adatok alakulása. In: Felvinczi K., Nyírády A. (szerk.) *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest, 81-141.
63. Paksi B., Demetrovics Zs., Arnold P. (2009) A magyar társadalom drogokkal/ drogfogyasztókkal kapcsolatos gondolkodása. „Tudat, Valóság, Identitás” Magyar Pszichiátriai Társaság XV. Vándorgyűlése, Debrecen, 2009. január 28-31. *Psychiatria Hungarica*, 2008. 23 (Suppl): 122.
64. Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P., Demetrovics Zs. (2009) A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 10 (2009) 4, 273-300
65. Pápay, O., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Griffiths, M.D., Ágoston, Cs., Farkas, J., et al. (2013) The development and application of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ) and its short form (POGQ-SF). *Journal of Behavioral Addictions*, 2 (Supplement 1), 27.
66. Patton, J. M., Stanford, M. S., Barratt, E. S. (1995) Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51: 768-774.
67. Pillok P. (2010) Az elhanyagolható tényező, avagy a nem mintavételi hibák a kérdőíves adatfelvételekben. Doktori disszertáció. letöltve: 2015. 01.10. [http://tatk.elte.hu/file/dissz\\_2012\\_PillokPeter.pdf](http://tatk.elte.hu/file/dissz_2012_PillokPeter.pdf)
68. 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, 622-639.
69. Room R. (2007) Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek Addiktológia. 2007. VI. Évfolyam 3. Szám
70. Rózsa S., Nagybányai Nagy O., Oláh A. (szerk.) (2006) A Pszichológiai mérés alapjai, Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás. Bölcsész Konzorcium, Budapest
71. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Funete, J. R., Grant, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88: 791-804.
72. Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M.G., Angermeyer, MC. (2011) The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011;46:105-12.
73. SMART (2011) Questionnaire: Standardizing Measurement of Alcohol Related Troubles. Warsaw: Institute of Psychiatry and Neurology. 11 Letöltve: 2015.01.17. [http://www.drugsandalcohol.ie/15683/1/SMART\\_questionnaire.pdf](http://www.drugsandalcohol.ie/15683/1/SMART_questionnaire.pdf)
74. Takács J., Szalma I. (2013) Az azonos nemű párok általi örökbefogadással kapcsolatos magyarországi attitűdök. *SOCIO.HU* 2013/1.
75. Terry, A., Szabo, A., Griffiths, M. (2004) The Exercise Addiction Inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, 12: 489-499.
76. Unoka Zs., Rózsa S., Kő N., Kállai J., Fábrián Á., Simon L. (2004) A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, 19: 235-243.
77. Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013) Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 23-35
78. Varga, G., Kapitány-Fövény, M., Urbán, R., Paksi, B., Kun, B., Székely, A., et al. (előkészületben) The Revised 21-item form of the Barratt Impulsiveness Scale.
79. WHO (2000) International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Department of mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Disease and mental Health Cluster.

## The methodology and sample description of the National Survey on Addiction Problems in Hungary 2015 (NSAPH 2015)

This paper introduces the methods and methodological findings of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH 2015). Use patterns of smoking, alcohol use and other psychoactive substances were measured as well as that of certain behavioural addictions (problematic gambling – PGSI, DSM-V, eating disorders – SCOFF, problematic internet use - PIUQ, problematic on-line gaming - POGO, problematic social media use – FAS, exercise addictions - EAI-HU, work addiction - BWAS, compulsive buying – CBS). The paper describes the applied measurement techniques, sample selection, recruitment of respondents and the data collection strategy as well. Methodological results of the survey including reliability and validity of the measures are reported. The NSAPH 2015 research was carried out on a nationally representative sample of the Hungarian adult population aged 16-64 yrs (gross sample 2477, net sample 2274 persons) with the age group of 18-34 being overrepresented. Statistical analysis of the weight-distribution suggests that weighting did not create any artificial distortion in the database leaving the representativeness of the sample unaffected. The size of the weighted sample of the 18-64 years old adult population is 1490 persons. The extent of the theoretical margin of error in the weighted sample is  $\pm 2,5\%$ , at a reliability level of 95% which is in line with the original data collection plans. Based on the analysis of reliability and the extent of errors beyond sampling within the context of the database we conclude that inconsistencies create relatively minor distortions in cumulative prevalence rates; consequently the database makes possible the reliable estimation of risk factors related to different substance use behaviours. The reliability indexes of measurements used for prevalence estimates of behavioural addictions proved to be appropriate, though the psychometric features in some cases suggest the presence of redundant items. The comparison of parameters of errors beyond sample selection in the current and previous data collections indicates that trend estimates and their interpretation requires outstanding attention and in some cases even correction procedures might become necessary.

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