



elte | ppk

RendSzerTan

Addiktológiai
Elméletek és
Kutatások 21.

ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK MAGYARORSZÁGON

Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében

I. Szerhasználó magatartások

Szerkesztők:

Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt



L'Harmattan

**ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK
MAGYARORSZÁGON**

ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar

RendSzerTan –
Addiktológiai Elméletek és Kutatások

Sorozatszerkesztő:

Demetrovics Zsolt, Felvinczi Katalin és Rácz József

ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK MAGYARORSZÁGON

HELYZETKÉP A LAKOSSÁGI KUTATÁSOK TÜKRÉBEN

SZERKESZTETTE:

PAKSI BORBÁLA – DEMETROVICS ZSOLT

I. kötet

SZERHASZNÁLÓ MAGATARTÁSOK

ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó
Budapest, 2021

A kötet elkészültét, illetve a háttérben álló kutatások (2019-es OLAAP-, illetve BLS-vizsgálat) lefolytatását elsődlegesen a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (K128604, KKP126835) támogatása tette lehetővé. Emellett, Arnold Petra munkáját az Eötvös Lóránd Kutatási Hálózat (ELKH) Támogatott Kutatócsoportok Irodája (MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport) támogatta. Demetrovics Zsolt munkájához a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (K128614; K131635, K135629, TKP2020-IKA-05) járult hozzá. Horváth Zsolt az NKFIH Tématerületi Kiválósági Program 2020 – Intézményi Kiválósági Alprogram (TKP2020-IKA-05), valamint az Innovációs és Technológiai Minisztérium (ITM) Új Nemzeti Kiválóság Programjának (ÜNKP) (ÜNKP-20-3 és ÜNKP-21-4 kódszámú) az NKFI Alapból finanszírozott támogatásában részesült. Király Orsolya és Koronczai Beatrix Bolyai János Kutatási Ösztöndíjban és az ITM ÜNKP-21-5 kódszámú az NKFI Alapból finanszírozott támogatásában részesült. Kun Bernadette munkáját a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (FK134807), Péter Lea munkáját a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar (EFOP 3.6.3-VEKOP-16-2017-00009) támogatta.

A borítón WOLSKY András alábbi munkái láthatók:
Random-etude NO'08, 2020, fa, vászon, akril, 21×21cm
Random-etude NO'13, 2020, fa, vászon, akril, 21×21cm
Random-etude NO'14, 2020, fa, vászon, akril, 21×21cm
Random-etude NO'16, 2020, fa, vászon, akril, 21×21cm

A képek „véletlen” eljárással készültek, így az alkotómunka során a vászon minden pontjának azonos esélye volt a kiválasztott bármelyik szín felvételére. A borító mintegy képi megjelenítése annak a reprezentativitásnak, ami a kötetben szereplő vizsgálatorozatnak is fontos jellemzője.

DOI: <https://doi.org/10.56037/978-963-414-869-2>

ISBN 978-963-414-870-8
ISBN 978-963-414-869-2

© L'Harmattan Kiadó, 2021
© ELTE PPK, 2021
© Szerkesztők, szerzők, 2021

A tanulmányokat lektorálta: Péterfi Anna

A kiadásért felel a L'Harmattan kiadó igazgatója.

A kiadó kötetei megrendelhetők, illetve kedvezménytel megvásárolhatók:
L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14-16.
Tel.: +36-1-267-5979
harmattan@harmattan.hu
www.harmattan.hu

Borító: Pacher Nóra
Olvasószerkesztő: Tiszóczy Tamás
Nyomdai munkák: Prime Rate Kft.

TARTALOM

DEMETROVICS ZSOLT – PAKSI BORBÁLA	
Bevezetés	7
1. fejezet	
PAKSI BORBÁLA – MAGI ANNA – PILLÓK PÉTER – KÓTYUK ESZTER – FELVINCZI KATALIN – DEMETROVICS ZSOLT	
Módszertani háttér	14
2. fejezet	
PAKSI BORBÁLA – PILLÓK PÉTER	
Drogfogyasztás	62
3. fejezet	
PAKSI BORBÁLA – ARNOLD PETRA	
Alkoholfogyasztás	106
4. fejezet	
PÉTER LEA – ANDÓ BÁLINT – DEMETROVICS ZSOLT – PAKSI BORBÁLA	
Gyógyszerfogyasztás.	144
5. fejezet	
URBÁN RÓBERT – PÉNZES MELINDA	
Dohányzás és e-cigaretta-használat	166
6. fejezet	
FELVINCZI KATALIN – MAGI ANNA – SÁROSI PÉTER – PAKSI BORBÁLA	
A pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások	198

BEVEZETÉS

Az addiktológiai szakirodalom már az 1900-as évek kezdetétől beszámol önbevallásos epidemiológiai vizsgálatokról (Billings, 1903; Swiecicki, 1972), s a népesség alkoholfogyasztásának megismerésére irányuló kutatások területén a század második felétől, a kutatások terjedésével megjelentek a módszerek összehangolására és összehasonlíthatóságára való törekvések is (Elekes, 2002, 2007). A tiltott szerek fogyasztásának vizsgálata ennél rövidebb múltra tekint vissza. Európában a nyolcvanas–kilencvenes években terjedtek el a normál populációs drogepidemiológiai kutatások (pl. Menard & Huizinga, 1989; Sandwijk, Cohen & Musterd, 1991; Kokkevi & Stefanis, 1994), melyek azonban – az alkalmazott metodológiai eljárások különbözőségei miatt – kezdetben csak korlátozott összehasonlítási lehetőségekkel szolgáltak (Hibell, Andersson, Bjarnason, Kokkevi, Morgan & Narusk, 1997; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 1996). Éppen ezért idővel egyre határozottabb törekvés mutatkozott a nemzeti kutatások összehangolására (Johnston, Driessen & Kokkevi, 1994; Pompidou Group, 1995; EMCDDA, 1996). A serdülők vonatkozásában a kilencvenes évek közepére (Hibell & Andersson, 1994), míg a felnőtt népesség esetében a kilencvenes évek második felére (EMCDDA, 1997) került sor az összehasonlítást megnehezítő fő problémák beazonosítására s az első ajánlások megfogalmazására (EMCDDA, 1999). Ajánlások keretében kidolgozásra került a lakossági drogepidemiológiai vizsgálatok ún. „modellkérdőíve” (European Model Questionnaire [EMQ]), az adatok feldolgozása során a javasolt fogalmi apparátus, illetve a helyzetleírásra alkalmazandó jelzőszámok képzésére vonatkozó útmutató (EMCDDA, 1999). A teljes modellkérdőívet az EMCDDA 2002-ben aktualizálta (EMCDDA, 2002), majd a kutatási tapasztalatokra (EMCDDA, 2009a,b; Decorte, Mortelmans, Tieberghien & De Moor, 2009), illetve a drogfogyasztási szokások változására reflektálva folyamatosan újabb kiegészítő ajánlások kerülnek kidolgozásra (EMCDDA, 2013, 2015; Karjalainen, 2018). Ma már az uniós országokban több-kevesebb rendszerességgel készülnek a pszichoaktív szer-használattal kapcsolatos lakossági önbevallásos vizsgálatok (EMCDDA, 2021), melyek során sok országban megfigyelhető a nemzetközi ajánlások alkalmazása (Decorte et al., 2009). A pszichoaktív szer-használat folyamatos monitorozása mellett az utóbbi egy-két évtizedben egyér-

telmően megjelent a viselkedési addikciók elterjedtségének, kockázati és megóvó tényezőinek vizsgálata iránti társadalomtudományi érdeklődés, illetve a standard mérőeszközök kidolgozására való törekvés is az addiktológiai kutatásokban (Demetrovics & Kun, 2010; Studer, Marmet, Wicki & Gmel, 2019; Grubbs, 2020; Loo, Kraus & Potenza, 2019; Marmet, et al., 2019; Meng et al., 2020; Horváth, Urbán, Kökönyei & Demetrovics, 2021).

Magyarországon először 2001-ben készült célzottan a felnőtt népesség pszichoaktív szer-használatának feltárására irányuló epidemiológiai vizsgálat (Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat [ADE] 2001: Paksi, 2003), majd ezt követően további négy alkalommal zajlottak az általános populációban a különböző addiktológiai problémák vizsgálatára irányuló, a nemzetközi standardokat leképező epidemiológiai kutatások: az ADE 2003 (Elekes és Paksi, 2004), az Országos Lakossági Vizsgálat Addiktológiai Problémákról (OLAAP) 2007 (Paksi, Rózsa, Kun, Arnold & Demetrovics, 2009), az OLAAP 2015 (Paksi, Demetrovics, Magi & Felvinczi, 2017) és a jelen kötetben bemutatásra kerülő OLAAP 2019. Az utóbbi három kutatási hullám tematikája a pszichoaktív szer-használat mellett már a legelterjedtebb viselkedési addikciók vizsgálatára is kiterjedt.

A jelen kötetünkben bemutatott elemzések elsődleges hátterét adó OLAAP 2019 kutatás tehát egy közel 20 éve zajló, a különböző addiktológiai problémák vizsgálatára irányuló, módszerei és tematikája tekintetében egyaránt a folytonosságra és a nemzetközi standardok követésére törekvő, célzott epidemiológiai vizsgálat sorozat része. Emellett a kötet támaszkodik az OLAAP 2019 vizsgálatlal tematikusan jelentős átfedést mutató Budapesti Longitudinális Vizsgálat (BLS) fővárosi, 18–34 éves fiatal felnőttek körében szintén 2019-ben készült első hullámának adataira is.

Az OLAAP 2019 kutatás célja kettős, egyrészt a különböző addiktológiai problémák elterjedtségével, másrészt azok mérésével kapcsolatos módszertani kérdésekkel foglalkozik. A kutatás fő célkitűzése a magyarországi felnőtt népesség szerhasználati szokásainak (droghasználat, gyógyszer-, alkoholfogyasztás, dohányzás) és különböző viselkedési addikciókban (problémás internethasználat, közösségi oldalak problémás használata, problémás mobiltelefon-használat, videojáték-használat, problémás szerencsejáték-használat, testedzésfüggőség, munkafüggőség, kényszeres vásárlás) való érintettségének vizsgálata, a különböző addiktológiai problémák társadalmi és pszichológiai tényezők mentén megjelenő mintázódásainak azonosítása, továbbá a hazai általános populációs addiktológiai adatok időbeli és térbeli elhelyezése.

Ezek a célkitűzések megjelennek a kötet egyes fejezeteinek a struktúrájában is. Így a különböző szerhasználó magatartásokkal, illetve viselkedési addikciókkal foglalkozó fejezetek – egy-egy specifikus esettől eltekintve – ugyanazt

a struktúrát követik. A (1) vizsgált magatartások magyarországi felnőtt, valamint budapesti fiatal felnőtt népességben való elterjedtségének bemutatását követően (2) azok társadalmi mintázódásával foglalkoznak, majd (3) – a már korábbi kutatások során is vizsgált magatartások esetében – a jelenség időbeli tendenciáit elemzik, s (4) végül nemzetközi kontextusban értelmezik a hazai eredményeket. A kutatás végső, epidemiológiai becslére irányuló céljához szorosan kapcsolódnak az alkalmazott módszertan fejlesztésére irányuló célok is. Ezekről részletesebben a kötetben szereplő elemzések módszertani háttérével foglalkozó fejezetben olvashatunk, az e vonatkozásban született eredményekkel pedig elsősorban – a társadalmi viszonyulások miatt a hagyományos eszközökkel különösen is nehezen vizsgálható – drogfogyasztás témáját tárgyaló fejezetben találkozunk. A kötet emellett a pszichoaktív szer-használat vonatkozásában önálló fejezetben vizsgálja a különböző szerekek/szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos társadalmi viszonyulásokat, továbbá külön fejezet foglalkozik a különböző addiktológiai problémák kapcsolódásával.

A kötet 16 szerző munkája, akik valamennyien területük kiemelten elismert kutatói. Rajtuk kívül azonban még sokan járultak hozzá aktívan a kötet elkészítéséhez, így e helyütt nekik is szeretnénk köszönetet mondani. A 2019-es OLAAP-, illetve BLS-vizsgálat a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (K128604, KKP126835) támogatásával készült.¹ A korábbi – a kötetben szintén felhasznált – lakossági vizsgálatok az OTKA, a Nemzeti Kutatási és Fejlesztési Program (NKFP), illetve a Nemzeti Drog Fókuszpont, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI), valamint a szakminisztériumok (ISM, GYISM, EMMI) finanszírozásával valósultak meg. A kutatások intézményi háttérét 2007-ig a Budapesti Corvinus Egyetem, ezt követően az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kara biztosította. A kötet szerzői mellett szeretnénk köszönetet mondani

¹ További támogatók:

Arnold Petra munkáját az Eötvös Loránd Kutatási Hálózat (ELKH) Támogatott Kutatócsoportok Irodája (MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport) támogatta.

Demetrovics Zsolt munkájához a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) további támogatásokkal (K128614; K131635, K135629, Tématerületi Kiválósági Program 2020 – Intézményi Kiválósági Alprogram: TKP2020-IKA-05) járult hozzá.

Horváth Zsolt az NKFIH Tématerületi Kiválósági Program 2020 – Intézményi Kiválósági Alprogram (TKP2020-IKA-05), valamint az Innovációs és Technológiai Minisztérium (ITM) Új Nemzeti Kiválóság Programjának (ÚNKP) (ÚNKP-20-3 és ÚNKP-21-4 kódszámú) az NKFI Alapból finanszírozott támogatásában részesült.

Király Orsolya és Koronczai Beatrix Bolyai János Kutatási Ösztöndíjban és az ITM ÚNKP-21-5 kódszámú az NKFI Alapból finanszírozott támogatásában részesült.

Kun Bernadette munkáját a NKFIH (FK134807), Péter Lea munkáját a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar (EFOP 3.6.3-VEKOP-16-201700009) támogatta.

Elekes Zsuzsannának, akivel az immár „nagykorú” vizsgálatsorozatot elindítottuk, valamint Felvinczi Katalinnak, aki az utóbbi két hullámban csatlakozott a kutatás vezető kutatóihoz. Köszönettel tartozunk továbbá Oprics Juditnak, Nyirády Adriennek, Ferenczhalmy Bálintnak, valamint Arnold Petrának és Magi Annának, akik résztvevő kutatóként kiemelt szerepet tölthettek be az egyes hullámok adatgyűjtésének koordinálásában is. Az adatfelvételek lebonyolítását mindvégig a Milovecz Péter által vezetett kérdezőbiztosok, az adatrögzítési munkákat pedig Kosztolnyik Tamás és csapata végezték, hozzájárulva ezzel az adatok keletkezési körülményeinek hullámokon átívelő stabilitásához. Valamennyiüket köszönet illeti. S végül nem valósulhatott volna meg a kutatássorozat a lakosság együttműködése nélkül. Az öt adatfelvételi hullám során összesen több mint 12 000 magyarországi felnőtt válaszolt a kérdéseinkre. Ezúton is szeretnénk megköszönni a támogatásukat.

Reményeink szerint a kötet jelenlegi szerzőivel – a korábbi adatfelvételi hullámokban részt vevő kutatók munkájára építve – egy olyan könyvet sikerül létrehozunk, ami átfogó képet ad a hazai alkohol- és drogepidemiológiai helyzetről, az egyes viselkedési addikciókkal kapcsolatos problémákról, segít ezek idői változásának és nemzetközi viszonylatban történő értelmezésében, valamint hozzájárul a kapcsolódó módszertan fejlesztéséhez is. Ezen többletű törekvések mellett is kifejezett célunk volt, hogy a szélesebb olvasóközönség számára is elérhető kötet készüljön, különös tekintettel arra, hogy a téma reményeink szerint jelentős társadalmi érdeklődésre tarthat számot. A fent bemutatott feszes szerkesztési elv, csakúgy, mint az ábrák, táblázatok kialakítása is ezt a könnyebb olvashatóságot, követhetőséget hivatott szolgálni.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Billings, J. S. (1903). Data relating to the use of alcoholic drinks among brain workers in the United States. In: J. S. Billings (szerk.): *Physiological Aspects of the Liquor Problem*, vol. 1. (307–338). Boston: Houghton Mifflin.
- Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J. & De Moor, S. (2009). *Drug use: An overview of general population surveys in Europe. Thematic paper*. Luxembourg: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/967/EMCDDA-TP-gps.pdf>
- Demetrovics Zs. & Kun B. (2010). *Az addiktológia alapjai IV*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Elekes Zs. (2002). Az alkohol- és drogfogyasztás fontosabb indikátorai. In: *Egyes deviáns viselkedési formák fontosabb indikátorai*. (Társadalmijelzőszám-füzetek, 5–28.) Budapest: KSH.

- Elekes Zs. (2007). *Alkohol és társadalom*. Budapest: Országos Addiktológiai Intézet.
- Elekes Zs. & Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási Beszámoló*. Budapest: NKFP. Letöltve: 2020.10.10. https://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- EMCDDA. (1996). *1995 Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/85/AR95HighlightsEN_69803.pdf
- EMCDDA. (1997). *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/downloads/emcdda_gps_comparability_surveys_report.pdf
- 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)*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/downloads/emcdda_gps_expert_group_comp_report.pdf
- EMCDDA. (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf
- EMCDDA. (2009a). *An overview of the general populations survey (GPS) key indicator. Technical reports*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview_en
- EMCDDA. (2009b). *An overview of the general populations survey (GPS) key indicator. Thematic papers*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/967/EMCDDA-TP-gps.pdf>
- EMCDDA. (2013). *Towards a new EMQ Module – Questions on Availability of Illicit Drugs*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10592/EMQ-availability-module.pdf>
- EMCDDA. (2015). *Voluntary EMQ Module for monitoring use of New (and not so new) Psychoactive Substances (NPS) in General Adult Population Surveys and School Surveys*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10582/EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20%28NPS%29.pdf>
- EMCDDA. (2021). *Statistical Bulletin 2021*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/gps_en

- Grubbs, J. B., Kraus, S. W. & Perry, S. L. (2019). Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample: The roles of use habits, religiousness, and moral incongruence, *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 88–93.
- Hibell, B. & Andersson, B. (1994). *Project Plan – The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. CAN, Stockholm, Sweden: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., Morgan, M. & Narusk, A. (1997). *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. CAN, Stockholm, Sweden: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
- Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy., Demetrovics Zs. (szerk.) (2021). *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológia kutatásában és gyakorlatában*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Johnston, L., Driessen, F. & Kokkevi, A. (1994). *Surveying Student Drug Misuse: A six-country pilot study*. Strasbourg, France: Council of Europe.
- Karjalainen, K. (2018). *Misuse of medicines – revision of the EMQ module*. GPS Expert Meeting. GPS Expert Meeting, National Institute For Health And Welfare. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/9363/3.%20K.%20Karjalainen%20-%20Misuse%20of%20medicines%20-%20revision%20of%20the%20EMQ%20module.pdf>
- Kokkevi, A., & Stefanis, C. N. (1994). *Licit and illicit drug use in Greece: Trends in general at school population*. Athens: University Mental Health Research Institute.
- Loo, J., Kraus, S. W. & Potenza, M. N. (2019). A systematic review of gambling-related findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(4), 625–648. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.64>
- Marmet, S., Studer, J., Wicki, M., Bertholet, N., Khazaal, Y. & Gmel, G. (2019). Unique versus shared associations between self-reported behavioral addictions and substance use disorders and mental health problems: A commonality analysis in a large sample of young Swiss men, *Journal of Behavioral Addictions*, 8(4), 664–677. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.70>
- Menard, S. & Huizinga, D. (1989). Age, period, cohort size effects on self-reported alcohol, marijuana and poly drug use: results from the National Youth Survey. *Social Science Research*, 18, 174–194.
- Meng, H., Cao, H., Hao, R., Zhou, N., Liang, Y., Wu, L., Jiang, L., Ma, R., Li, B., Deng, L., Lin, Z., Lin, X. & Zhang, J. (2020). Smartphone use motivation and problematic smartphone use in a national representative sample of Chinese adolescents: The mediating roles of smartphone use time for various activities, *Journal of Behavioral Addictions*, 9(1), 163–174.

- Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P. & Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4), 273–300.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 31–55.
- Pompidou Group (1995). Population survey in epidemiological research on drug use in Europe: Core Items and methodological aspects. *23rd Meeting of experts in Epidemiology of drug problems*. Strasbourg, 9–10 November.
- Sandwijk, J. P., Cohen, P. D. A. & Musterd, S. (1991). *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1991 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Univesiteit Amsterdam.
- Studer, J., Marmet, S., Wicki, M. & Gmel, G. (2019). Cybersex use and problematic cybersex use among young Swiss men: Associations with sociodemographic, sexual, and psychological factors. *Journal of Behavioral Addictions*, 8 (4), 794–803. Retrieved Nov 9, 2020, from <https://akjournals.com/view/journals/2006/8/4/article-p794.xml>
- Swiecicki, A. (1972). Teenagers and drinking in Poland. *Drinking and Drug Practices Surveyor*, 6, 4–6.

MÓDSZERTANI HÁTTÉR

Mint azt a bevezetőben említettük, a kötetben bemutatott elemzések elsődleges hátterét az felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján időről időre megismételt, az addiktológiai problémák elterjedtségének becslésére irányuló keresztmetszeti vizsgálatok legutóbbi hullámának, az OLAAP 2019 kutatásnak az adatai képezik. Emellett azonban a kötet támaszkodik a fővárosi 18–34 éves fiatal felnőttek körében szintén 2019-ben készült Budapesti Longitudinális Vizsgált (BLS) első hullámának adataira is. A két kutatás során alkalmazott adatfelvételi bázis nagyfokú átfedése, az adatfelvételi protokollok hasonlósága és a jelen kötetben bemutatásra kerülő adatok feldolgozási módjának egyezősége miatt a két kutatás módszertani hátterének ezen elemeit közös alfejezetekben (1. és 4. alfejezetek) tárgyaljuk, természetesen jelezve az esetleges eltéréseket. A kutatások eltérő elemei azonban külön-külön kerülnek bemutatásra: a 2. alfejezet az OLAAP 2019 vizsgálat mintáját, illetve módszertani eredményeit tárgyalja, a 3. alfejezet pedig a BLS 2019 kutatás vonatkozásában mutatja be ezen módszertani jellemzőket.

1. A KÖTETBEN SZEREPLŐ ELEMZÉSEK HÁTTÉRÉT JELENTŐ KUTATÁSOK SORÁN ALKALMAZOTT ADATFELVÉTELI BATTÉRIA ÉS A KÖVETETT ADATFELVÉTELI ELJÁRÁS

1.1. Az adatfelvétel bázisa

Az adatfelvételi bázis kialakítása során a kutatási célok prioritása mellett mindkét kutatás során nagy hangsúlyt fektettünk arra, hogy korszerű, az eredmények nemzetközi kontextusban való értelmezhetőségét biztosító, a nemzetközi tudományos térben megjelenő kutatások/ajánlások által támogatott mérőeszközök kerüljenek alkalmazásra, továbbá hogy eredményeink a korábbi, az addiktológia témakörben készült célzott epidemiológiai felmérésekkel (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017) is összehasonlíthatóak legyenek.

A korábbi felmérések tapasztalatait és a nemzetközi ajánlásokat felhasználva egy 600 kérdésből álló adatfelvételi battéria került kialakításra, amely az alábbi területeket ölelte fel:

- (1) pszichoaktív szer-használat (dohányzás, alkohol-, gyógyszer- és drog-fogyasztás) elterjedtsége és társadalmi megítélése;
- (2) különféle viselkedési addikciók (Problémás internethasználat; Problémás videojáték-használat; Közösségi oldalak problémás használata; Problémás szerencsejáték-használat; Testedzésfüggőség; Evészavar; Munkafüggőség; Kényszeres vásárlás; Telefontól való függés, hiperszexualitás) elterjedtsége;
- (3) pszichológiai háttér (rumináció, aggodalmaskodás, testi tünetek, impulzivitás, szenzoros élménykeresés, reflektív működés, pszichológiai jólét);
- (4) szociodemográfiai háttér (nem, életkor, kulturális, gazdasági és urbanizációs-státusz, háztartás-összetétel, anómia, társadalmi integráció, családi érintettség).

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

A kutatás komplex tematikája mellett a kérdezési idő hosszának keretek között¹ tartása érdekében a kérdőív összeállítása során több esetben rövidített skálákat használtunk. Valamennyi rövidített skála kialakításánál a korábbi felmérések pszichometriai eredményeit vettük figyelembe.

¹ A személyes adatfelvétel esetében a szakirodalom szerint az ideális kérdezési idő 45–60 perc, de a 75–80 perc is még elfogadható (Eranus et al., 2005).

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

Az adatfelvételi battéria pszichoaktív szer-használat becslésére szolgáló blokkjának alapját a 2015-ben készült OLAAP-vizsgálat (Paksi et al., 2017) képezte.²

- Drogfogyasztás: EMQ – European Model Questionnaire (EMCDDA, 2002); észlelt hozzáférhetőség és fogyasztásnak való kitettség (EMCDDA, 2013); NPS – új pszichoaktív szerek használata (EMCDDA, 2015); SDS – Severity of Dependence Scale (Ferri et al., 2000; Gossop et al., 1995; Gossop et al., 1997); CAST – Cannabis Abuse Screening Test (Gyepesi et al., 2013; Horváth, Eisinger et al., 2021; Legleye et al., 2007); RRM – Randomized Response Method, Unrelated Question (Folsom et al., 1973)
- Visszaélészerű gyógyszerhasználat: EMQ kérdések (EMCDDA, 2002) 2017-es revíziója (Karjalainen, 2018)
- Dohányzás: EMQ – European Model Questionnaire (EMCDDA, 2002); Dohányzás Súlyossága Mutató (Heaviness of Smoking Index) (Heather-ton et al., 1991; Péntes, 2021). A kérdések külön felvételre kerültek a hagyományos dohányzás és az e-cigaretta-használat vonatkozásában is.
- Alkoholfogyasztás: EMQ – European Model Questionnaire (EMCDDA, 2002); RARHA-SEAS – Reducing Alcohol Related Harm (RARHA) Standardised European Alcohol Survey (Moskalewicz et al., 2016); High-Intensity Drinking (Patrik & Azar, 2018); AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test (Allen et al., 1997; Gerevich et al., 2006; Horváth, Urbán et al., 2021; Saunders et al., 1993); RRM – Randomized Response Method, Unrelated Question (Folsom et al., 1973)

Kirtadze és munkatársai (2016, 2018) drogepidemiológiai kutatások terén mutatózó, valamint Bornemisza és Csepeli (1998) más érzékeny magatartások terén szerzett hazai tapasztalatai alapján néhány pszichoaktív szer esetében az elterjedtség becslésére az EMQ kérdéseket kiegészítettük a Randomized Response Method (RRM) eljárás (Warner, 1965; Fox & Tracy, 1984; Rudas, 1979; Pillók, 2010; Umesh & Peterson, 1991) alkalmazására lehetőséget adó kérdésekkel. A lehetséges RRM-technikák közül a Moors (1971) által kidolgozott ún. független kérdéses elrendezés (*Unrelated Question Design*) Folsom és munka-

² Az OLAAP 2015-ös kutatás során a szerhasználat elterjedtségének mérésére alkalmazott kérdőív harmonizált a korábbi magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatokkal (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009). A vizsgált indikátorok és azok nemzetközi ajánlásokkal, illetve korábbi kutatásokkal való harmonizációja részletesen megtalálható a 2.1. és 2.2. mellékletben, valamint az OLAAP 2015 kutatás módszertani leírásának 1–2. táblázatában (Paksi et al., 2017).

társai (1973) által továbbfejlesztett változatát alkalmaztuk, melynek során a mintánkat két almintára osztottuk, és az egyik almintán véletlenítésre használt független (alternatív) kérdéseket a másik almintán direkt kérdésként kérdeztük meg. Az eljárással kapcsolatban a szakirodalom előnyöket és hátrányokat is megfogalmaz (Blair és mtsai, 2015). Az eljárás előnye, hogy a válaszcélzás szempontjából jól teljesít, a válaszadók megbíznak abban, hogy a válaszuk rejtve marad. Ugyanakkor a becslés nem független az alternatív kérdés populációs eloszlásától, mintázódásától, illetve attól, hogy sikerül-e olyan alternatív kérdéseket találni, melyek a megkérdezettek számára valóban semlegesek. (A kutatás során alkalmazott konkrét kérdések megtalálhatók az 1.5. mellékletben.)

(2) Különbféle viselkedési addikciók elterjedtségének becslésére alkalmazott standard mérőeszközök:

- Problémás Internethasználat: PIUQ-9 – Problémás Internet Használat Kérdőív (Problematic Internet Use Questionnaire, 9 tétéles változata; Demetrovics et al., 2004, 2008; magyarul: Koronczai, 2021a; Koronczai et al., 2011; Nyikos et al., 2001);
- Problémás onlinejáték-használat: Ten-Item Internet Gaming Disorder Test [IGDT-10] (Király, 2021a; Király et al., 2017, 2019), Online Játékhasználat Motivációi Kérdőív Eszképizmus alszála [Motives for Online Gaming Questionnaire, MOGQ-ESC] (Demetrovics et al., 2011, Király, 2021b);
- Problémás közösségimédia-használat: BSMAS – Bergen Social Media Addiction Scale (Andreassen, Torsheim et al., 2012; Bányai et al., 2017; Koronczai, 2021b);
- Problémás szerencsejáték-használat: PGSI – Problem Gambling Severity Index (Gyollai et al., 2013; Kapitány-Fövény, 2021a);
- Testedzésfüggőség: EAI-HU – Exercise Addiction Inventory (Mónok, 2021; Mónok et al., 2012; Terry et al., 2004) 6 tétéles, módosított változata;³
- Évészavar: SCOFF questionnaire (Horváth, 2021; Morgan et al., 1999), BAT – Testi Attitűdök Tesztje (Body Attitudes Test) (Czeglédi et al. 2010; Koronczai, 2021c; Probst et al., 1995);
- Munkafüggőség: BWAS – Bergen Work Addiction Scale (Andreassen, Griffiths et al., 2012; Kun et al., 2021; Orosz et al., 2016);

³ A módosított változatot kialakító Szabó Attila és munkatársai érvelése szerint a páros számú válaszkategória alkalmazásával elkerülhető a középső, semleges válaszcélzás miatt potenciálisan megjelenő torzítás, például egyes feltételezések szerint a középső válaszcélzás preferenciájából adódó mesterségesen magasabb összpontszám-érték (Szabó és mtsai, 2019).

- Kényszeres vásárlás: RCBS – Richmond Compulsive Buying Behaviour (Maraz et al., 2015; Ridgway és mtsai, 2008);
- Problémás mobiltelefon-használat: Problematic Mobile Phone Use 2 Questionnaire [PMPUQ-SV], Dependencia alskála (Lopez-Fernandez et al., 2018);
- Hiperszexualitás: HBI – Hypersexual Behavior Inventory (Bóthe et al., 2021; Reid, Garos & Carpenter, 2011).⁴

A fentiekben felsorolt mérőeszközök közül a PIUQ-9, a PGSI, a SCOFF, a BWAS, az RCBs, és az EAI-HU⁵ felvételekre kerültek az OLAAP 2015-ös kutatásban (Paksi et al., 2017) is, így a vizsgált viselkedési addikciók közül a problémás internet-használat, a problémás szerencsejáték-használat, az evészavarok, a munkafüggőség és a kényszeres vásárlás, valamint korlátozott mértékben a testedzésfüggőség vonatkozásában lehetőségünk van a 18–64 éves felnőtt népességben a 2015 és 2019 közötti négy évben bekövetkezett változások nyomon követésére is.

A válaszok megbízhatóságának és érvényességének becslésére, az adatok kohorszелеmzéssel való kontrollálása, illetve esetleges korrigálhatósága érdekében (Paksi et al., 2020) a standard kérdéssorok mellett a pszichoaktív szerhasználattal és a viselkedési addikciókkal kapcsolatos kérdések esetében szerepeltettünk életprevalenciára (LTP), valamint az első használatra/tevékenységre vonatkozó kérdéseket. A droghasználattal kapcsolatos kérdések esetében a válaszok megbízhatóságának és érvényességének becslésére lehetőséget adó további kérdések (pl. dummy drog, illetve a konzisztens válaszok arányának számítását lehetővé tevő további relációk) kerültek beépítésre a kérdőívbe.

(3) Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 során is alkalmazott pszichológiai skálák:

- Impulzivitás: BIS-11 – Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale) (Barratt, 1959; Patton et al., 1995; Kapitány-Fövény, 2021b; Kapitány-Fövény et al., 2020) rövidített, 10 tételes változata;
- Szenzoros élménykeresés: BSSS – Szenzoros Élménykeresés Skála – rövidített változat (Brief Sensation Seeking Scale; Hoyle et al., 2002);
- Rumináció: RRS – Ruminative Response Scale (Eszlári & Kökönyei, 2021; Kökönyei et al., 2016; Treynor et al., 2003);
- Aggodalmaskodás: PSWQ – Penn-State Worry Questionnaire (Meyer et al., 1990; Pajkossy, 2021; Pajkossy et al., 2015);

⁴ Csak a BLS 2019 kutatásban került felvétele.

⁵ Az OLAAP 2015 során az eredeti ötfokozatú válaszkálát tartalmazó EAI került alkalmazásra (Mónok és mtsai, 2012), míg az OLAAP 2019-es adatfelvétele során annak egy módosított, hat válaszkategóriás változata.

- Testi tünetek: PHQ-15 – Szubjektív Testi Tünet Skála (Kroenke et al., 2001; Köteles, 2021; Köteles & Bárdos, 2009);
- Mentalizáció: RFQ-8 – Reflective Functioning Questionnaire (Fonagy et al., 2016);
- WHO általános Jól-lét skála (Martos & Csordás, 2021; Susánszky et al., 2006).

A BLS 2019 vizsgálatban további pszichológiai skálákat is alkalmaztunk, melyeket azonban a jelen kötetben bemutatott elemzésekben nem használtuk:

- Személyiségsszerveződés: IPO-16 – Inventory of Personality Organization (Lenzenweger et al., 2020); PID-5 – Personality Inventory for DSM-5–Brief Form, PID-5-BF (Anderson et al., 2018);
- Pszichiátriai tünetek: BSI 18 tétel (Brief Symptom Inventory) (Derogatis & Melisaratos, 1983; Unoka et al., 2004).

(4) A szociodemográfiai kérdések összeállítása során elsősorban az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) 2015-ös adatfelvételének tapasztalataira (Paksi et al., 2017), valamint az „European Social Survey” (ESS) 2016-ban készült 8. hullámának magyarországi kérdőívére⁶ és az „European Values Study” (EVS) 2017-es adatfelvételére⁷ támaszkodtunk.

1.2. Az adatfelvétel eljárás

Mind az OLAAP 2019, mind a BLS 2019 kutatások során a megkérdezettek együttműködési készségének, részvételi hajlandóságának növelése érdekében – a korábbi hazai lakossági vizsgálatok során alkalmazott eljárással megegyező módon (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017) – a mintába került személyeket az adatfelvétel indulása előtt írásban felkértük a kutatásban való közreműködésre. A BLS-kutatás során a kutatás longitudinális elrendezése miatt külön hangsúlyt fektettünk a résztvevők együttműködési készségének növelésére, a lehető legnagyobb részvételi hajlandóság elérésére, illetve a résztvevők elköteleződésének kialakítására; ennek érdekében létrehoztuk a kutatás honlapját (<https://www.bls2018.hu/>), ahol a résztvevők tájékozódhattak a kutatás részleteiről, továbbá a kutatásban részt vevő minden válaszoló számára motivációs ajándékot biztosítottunk (1000 Ft-os vásárlási utalvány + emlékeztető ajándékként a kutatás logójával ellátott bögre).

⁶ https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round8/fieldwork/hungary/ESS8_questionnaires_HU.pdf

⁷ <https://europeanvaluesstudy.eu/methodology-data-documentation/>

Az adatfelvétel során a mintába került, előzetesen kiértékelített személyeket mindkét kutatás során előzetes felkészítésen részt vett hivatásos kérdezőbiztosok keresték fel. A mintaszemélyek felkeresése az 1. ábrán bemutatott protokoll szerint történt. A minta minőségének megóvása, illetve a mintaszemélyek elérhetősége és a célváltozók között feltételezhető kapcsolat miatt⁸ a kutatás során különös hangsúlyt fektettünk a megfelelő keretinformációkkal rendelkező, de az első megkeresés során nem elért mintaszemélyek megkeresésére: sikertelen elérés esetén a kérdezőknek három alkalommal kellett felkeresniük a valid címetek, három különböző napszakban.⁹ Amennyiben háromszori felkeresés során sem tudták felvenni a kapcsolatot a kérdezettel, vagy a kérdezett visszautasította a válaszadást, illetve egyéb ok (tartós távollét, vagy alkalmatlanság) miatt kiesett, akkor a mintavesztés pótlására nem és rétegek kategóriák mentén a kieső mintaszemélyekhez illesztett pótmintát alkalmaztunk.

Mindkét kutatás során az alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos survey vizsgálatokra vonatkozó nemzetközi ajánlásokkal (WHO, 2000; EMCDDA, 2002; Decorte et al., 2009) harmonizálva, a korábbi hazai addiktológiai kutatások adatfelvételi protokolljával (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017) megegyező módon személyes megkereséssel zajló, kevert – azaz a face-to-face kérdezési módszert önkitöltős elemekkel kombináló – kérdezési technikát alkalmaztunk:

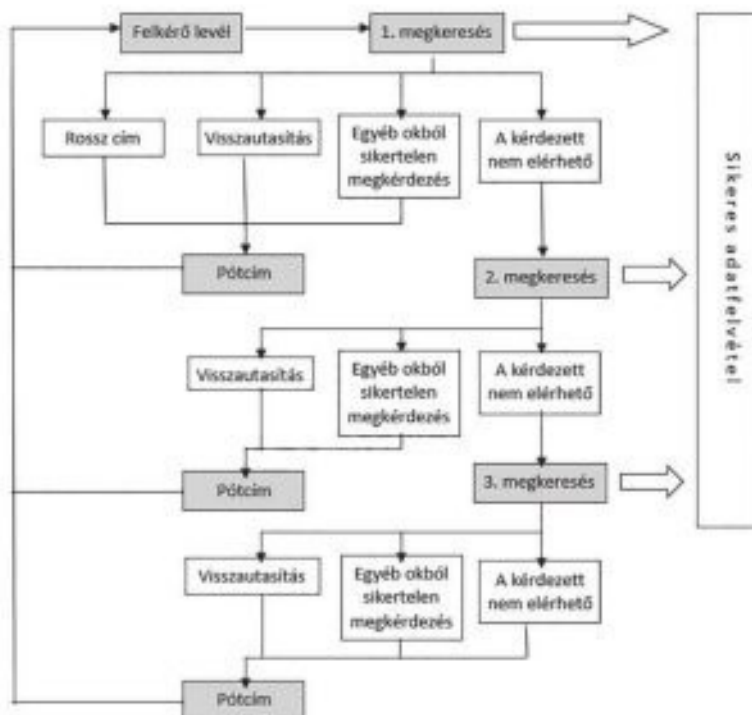
- A szociodemográfiai háttérváltozókra vonatkozó kérdések, néhány attitűdkérdés (társadalmi távolság skála, pszichoaktív szer-használat társadalmi kezelésével kapcsolatos attitűdök) valamint a vizsgált viselkedési addikciók szűrőkérdéseinek („A” kérdőív) felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face-to-face” módszerrel történt.
- A pszichoaktív szer-használattal kapcsolatos („B” kérdőív), valamint a vizsgált viselkedési addikciók és a pszichológiai háttérváltozók mérésére alkalmazott – fent részletezett – teszbattéria 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 megkérdezett személyek a kérdezés során mindvégig jelen lévő, így a kérdezési körülmények standardítását (pl. hogy a kérdezett ne családtagjaival együtt töltsse ki a kérdőívet) biztosító kérdezőbiztosnak.

⁸ A szakirodalmi tapasztalatok (WHO, 2000) alapján a többszörös megkereséssel elért személyek körében magasabb prevalencia-értékek várhatók.

⁹ A felkeresések időpontjait szintén regisztrálták a címkártyán.

Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatások adatfelvétele párhuzamosan zajlott. Az adatfelvételi időszak meghatározása során figyelembe vettük, hogy olyan időszakban történjen az adatgyűjtés, mikor nagyobb ünnepek nem módosítják a szerhasználó magatartások rövid idejű prevalencia-értékeit az általában jellemző fogyasztási szokásokhoz képest. Ennek megfelelően az adatfelvétel 2019 márciusában kezdődött, így az újjévhez kötődő ünnepek miatti megnövekedett fogyasztást az elmúlt havi prevalencia-adatok már nem tartalmazzák. Az OLAAP 2019 adatfelvétele áprilisban, a húsvéti ünnepek előtt befejeződött, a BLS 2019 adatfelvétel pedig július második felében zárult.

1. ábra: A címlistán szereplő személyek felkeresésének menete



2. AZ OLAAP 2019 KUTATÁS EGYÉB MÓDSZERTANI JELLEMZŐI

2.1. Az OLAAP 2019 kutatás mintája

A mintavételi terv kialakítása során a következő szempontokat vettük figyelembe:

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

A mintavételi keretet a BM Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkárságának (BM NYHÁT) 2019. január 1-i nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező felnőtt lakosság (6 345 527 fő) képezte.

1. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás mintakeretének eloszlása: régió, 10 településméret és korcsoport szerint a BM NYHÁT 2019. január 1-i nyilvántartása alapján (%; N=6.345.527 fő)

Régió	Településméret	18–24 éves	25–34 éves	35–44 éves	45–54 éves	55–64 éves
ÉNY	0–999	0,27%	0,45%	0,53%	0,50%	0,50%
	1000–4999	0,69%	1,17%	1,48%	1,26%	1,17%
	5000–9999	0,15%	0,26%	0,33%	0,28%	0,27%
	10000–49999	0,45%	0,81%	1,06%	0,91%	0,89%
	50000–149999	0,50%	0,94%	1,31%	1,07%	0,98%
DNY	0–999	0,35%	0,54%	0,61%	0,60%	0,62%
	1000–4999	0,38%	0,64%	0,76%	0,71%	0,75%
	5000–9999	0,08%	0,14%	0,18%	0,16%	0,16%
	10000–49999	0,29%	0,51%	0,69%	0,61%	0,64%
	50000–149999	0,30%	0,54%	0,67%	0,59%	0,58%
Közép-Kelet	0–999	0,11%	0,17%	0,20%	0,18%	0,19%
	1000–4999	0,75%	1,18%	1,45%	1,30%	1,20%
	5000–9999	0,39%	0,63%	0,81%	0,73%	0,62%
	10000–49999	1,16%	1,92%	2,73%	2,29%	1,87%
	50000–149999	0,21%	0,37%	0,51%	0,44%	0,39%

¹⁸ A korábbi kutatásokkal összhangban a területi rétegek kialakítása a TÁRKI régiók szerint történt.

Régió	Településméret	18–24 éves	25–34 éves	35–44 éves	45–54 éves	55–64 éves
ÉK	0–999	0,25%	0,36%	0,35%	0,35%	0,32%
	1000–4999	0,88%	1,28%	1,28%	1,21%	1,14%
	5000–9999	0,33%	0,51%	0,53%	0,50%	0,49%
	10000–49999	0,46%	0,76%	0,86%	0,76%	0,76%
	50000–149999	0,14%	0,24%	0,33%	0,27%	0,25%
	150000 vagy több	0,40%	0,75%	0,95%	0,81%	0,76%
DK	0–999	0,05%	0,08%	0,08%	0,09%	0,09%
	1000–4999	0,43%	0,72%	0,81%	0,76%	0,76%
	5000–9999	0,21%	0,34%	0,40%	0,37%	0,36%
	10000–49999	0,46%	0,79%	0,98%	0,88%	0,86%
	50000–149999	0,19%	0,33%	0,45%	0,39%	0,36%
	150000 vagy több	0,19%	0,35%	0,42%	0,37%	0,32%
Bp.		1,58%	3,50%	4,77%	3,78%	3,10%

Az OLAAP 2019 mintájának kiválasztása Budapesten egy, vidéken pedig két lépcsőben zajlott. A vidéki alminták kiválasztásának első lépcsőjében regionális elhelyezkedés (5 TÁRKI régió) és településméret (6 méretkategória) szerint rétegzett, véletlen mintavételi eljárással történt a mintába kerülő települések¹¹ (120 mintavételi pont) kiválasztása. Ezt követően a második lépcsőben a kiválasztott településeken életkor (5 életkori kategória) szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárással választottuk ki a megkérdezendő személyeket. A fővárosi alminták esetében egylépcsős, korcsoportok és kerületek szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárást alkalmaztunk. A fenti eljárással összességében 1800 fős bruttó mintát választottunk.

2. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás bruttó mintájának elemszáma az egyes rétegekben (fő)

Régió	Településméret	18–24 éves	25–34 éves	35–44 éves	45–54 éves	55–64 éves	összesen
ÉNY	0–999	5	8	10	8	9	40
	1000–4999	14	21	26	22	22	105
	5000–9999	3	4	6	5	5	23
	10000–49999	8	14	19	17	16	74
	50000–149999	8	17	24	19	18	86
DNY	0–999	6	10	11	11	11	49
	1000–4999	7	12	13	13	13	58
	5000–9999	2	2	3	3	3	13
	10000–49999	5	9	12	11	12	49
	50000–149999	5	10	12	11	10	48

¹¹ A települések kiválasztása során a megyeszékhelyek és a megyei jogú városok önreprezentálóak, azaz mintába kerülésük esélye 1 volt.

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

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

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

2.2. AZ OLAAP 2019 KUTATÁS MÓDSZERTANI EREDMÉNYEI

2.2.1. Részvételi arány, nettó minta nagysága, súlyozás az OLAAP 2019 kutatásban

Az OLAAP 2019 adatfelvétel során a főmintába került személyek 95,4%-ával történt sikeres kapcsolatfelvétel, 1,3% esetében az adatnyilvántartó hivatal által rendelkezésre bocsátott címadat nem volt megfelelő (rossz keretinformáció), 3,3% esetében pedig a megkérdezett személy háromszori megkeresés alkalmával sem volt elérhető. A mintakiesések oka legnagyobb arányban a visszautasítás volt: a mintaszemélyek 37,9%-a utasította el a válaszadást. A főminta 4,3%-a esetében egyéb ok (pl. tartós távollét, alkalmatlanság) miatt nem volt sikeres a megkérdezés, s a felkeresett címek 3,7%-a esetében ismeretlen okból nem tör-

tént adatfelvétel (3. táblázat). A sikeres megkérdezések aránya vidéken szignifikánsan ($p < 0,001$) nagyobb volt, mint Budapesten, ami az elutasítások nagyobb arányának következménye. A 35 év alatti, illetve a 35–64 éves korcsoportba tartozó mintaszemélyek között nem mutatkozott szignifikáns eltérés sem a sikeres megkérdezések arányában, sem a mintakiesések mintázódásában.

3. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás főminta elérése, illetve a kiesések okaira vonatkozó riportok előfordulási aránya (%) a fővárosban és vidéken, illetve a fiatal felnőtt és az idősebb korosztályban

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

Az OLAAP 2019 kutatás során – a mintakiesések pótlására alminták és rétegzési szempontok, valamint nem szerint illesztett pótminta alkalmazásával – elért teljes nettó minta nagysága 1385 fő, ezen belül az RRM-eljárás alkalmazása miatt kialakított alminták elemszáma az 'A' alminta esetében 700 fő, a 'B' alminta esetében pedig 664 fő.¹² A teljes nettó minta rétegenkénti elemszámait a 4. táblázatban láthatók. Az 1385 fős mintában 95%-os megbízhatósági szinten érvényes elméleti hibahatár mértéke $\pm 2,63\%$ (az almintákban: A: $\pm 3,70$; B: $\pm 3,86$).

A mintakiesések korrigálására a teljes minta, illetve az egyes alminták esetében egyaránt elemszámtartó, rétegek kategóriák szerinti¹³ mátrixsúlyozást alkalmaztunk. A teljes mintában alkalmazott súlyok megtalálhatók az 5. táblázatban, a súlyok eloszlásának statisztikai mutatói pedig a 6. táblázatban.

¹² A megfelelő RRM-kérdéssor hiánya miatt 21 válaszoló nem része egyik almintának sem.

¹³ A főminta a mintaválasztás során alkalmazott mindhárom rétegek kategória, a két alminta – kisebb elemszám miatt – életkor és településméret mentén került súlyozásra.

4. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás nettó mintájának elemszáma az egyes rétegekben (súlyozatlan adatok, fő)

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

5. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás teljes mintája esetében az egyes rétegekben alkalmazott súlyok

Régió	Településméret	18–24 éves	25–34 éves	35–44 éves	45–54 éves	55–64 éves
ÉNY	0–999	0,7378	1,0457	0,8093	0,9900	0,8608
	1000–4999	0,7308	0,8098	0,9307	0,7912	0,7747
	5000–9999	0,6851	0,8835	0,7670	0,7741	0,9227
	10000–49999	0,7809	0,9391	0,8127	0,9684	0,7672
	50000–149999	0,9826	0,7244	0,7878	0,7820	0,7945

Régió	Településméret	18–24 éves	25–34 éves	35–44 éves	45–54 éves	55–64 éves
DNY	0–999	0,7968	0,7465	0,7628	0,7592	0,8581
	1000–4999	1,7727	0,9850	1,7519	2,4664	1,0322
	5000–9999	1,6936*	1,8895	0,8187	0,7332	0,7568
	10000–49999		1,4153	1,3594	0,9429	1,1026
	50000–149999	2,0517	1,0768	1,0341	0,8240	1,1500
Közép-Kelet	0–999	1,4947	1,1925	0,9150	0,8438	0,8595
	1000–4999	1,3257*	1,5735*	1,4895*	1,8694*	1,7981*
	5000–9999					
	10000–49999	1,4654	1,2109	1,2613	0,9908	1,1764
	50000–149999	0,9818	0,8575	0,7047	0,8660	1,0866
ÉK	0–999	0,6860	0,7106	0,9743	0,6938	0,8810
	1000–4999	1,1031	1,0411	1,1833	1,1973	1,3175
	5000–9999	0,9176	0,7895	0,8186	0,6884	0,8404
	10000–49999	0,9191	0,8772	0,7964	0,8101	0,7054
	50000–149999	0,6304	0,8319	0,9169	0,7539	0,8545
	150000 vagy több	0,7843	0,8673	0,7745	0,7999	1,0487
DK	0–999	0,9452*	1,0024*	0,8228*	1,0650*	1,1757*
	1000–4999					
	5000–9999	0,7238	0,7963	0,7917	0,8474	0,7043
	10000–49999	1,2819	1,3736	1,1345	1,1133	1,3306
	50000–149999	1,3264*	1,5407	1,0358	1,3372	0,9848
	150000 vagy több		0,8004	0,7340	0,6329	0,8867
Bp.		1,0389	0,9889	1,0330	0,9876	1,1610

* Az alacsony esetszám miatt (lásd a 4. táblázatban) a szomszédos rétegek összevonásával történt a súlyok kialakítása.

6. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás során alkalmazott súlyok eloszlásának statisztikai mutatói

	Teljes minta súlya	,A' alminta súlya	,B' alminta súlya
N	1385	700	664
Átlag	1,000	1,000	1,000
Szórás	0,264	0,199	0,150
Medián	0,985	1,011	0,975
Módusz	1,033	1,029	0,929'
Legkisebb súly	0,630	0,601	0,737
Legnagyobb súly	2,466	2,033	1,563
Tartomány	1,836	1,431	0,826
Ferdesség (SE)	1,64 (0,066)	1,095 (0,092)	0,769 (0,095)
Csúcsosság (SE)	3,918 (0,131)	3,571 (0,185)	1,400 (0,189)

* Több módusz létezik, a feltüntetett érték a legkisebb SE: standard hiba N: elemszám

2.2.2. A mérőeszközök megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos eredmények az OLAAP 2019 kutatásban

2.2.2.1. A prevalencia-adatok megbízhatósága és érvényessége az OLAAP 2019 kutatásban

A kérdőív a vizsgált addiktív magatartások többségére vonatkozóan tartalmazott életprevalenciára, majd később az első használatra vonatkozó kérdéseket. A két kérdésre adott válaszok közötti megfelelés alapján kiszámítottuk a konzisztens használók (A oszlop), a konzisztens nem használók (B oszlop), valamint az inkonzisztens (D oszlop) választ adók arányát (7. táblázat). Konzisztens használóknak azokat a válaszolókat tekintettük, akik az életprevalencia-kérdésre igen választ adtak, és az első használat évére vonatkozóan megadták, hogy hány éves korukban végezték először az adott tevékenységet, vagy „nem tudom” választ jelöltek. Konzisztensen nem használók közé pedig azokat soroltuk, akik mindkét kérdésnél egyértelműen azt jelölték, hogy soha nem végezték az adott tevékenységet. Az inkonzisztens válaszolók az egyik kérdésnél egyértelműen a tevékenység végzésére, a másik kérdésnél pedig egyértelműen annak nem végzésére vonatkozó választ adtak.

Az első használatra és az életprevalenciára vonatkozó kérdésre a tiltott vagy csak droghasználati céllal fogyasztható szerek esetében a válaszolók rendre 99% feletti arányban konzisztensen válaszoltak. A visszaélészerű gyógyszerhasználatra vonatkozó (rendelvény nélküli nyugtató-/altatófogyasztás, illetve alkohol-gyógyszer együttes fogyasztása) értékek ennél valamelyest alacsonyabbak, a dohányzással kapcsolatos kérdések esetében a rendszeres dohányzásra vonatkozó adatok 5% körüli arányban tartalmaznak ellentmondásos válaszokat (7. táblázat A, ill. D oszlop). A viselkedési addikciókkal kapcsolatos kérdések az első használat és az életprevalencia koherenciája tekintetében eltérően működtek: a mobil-, ill. az okostelefonok használatával kapcsolatos kérdésekre kapott válaszok több mint 95%-a konzisztens, a video-, ill. a szerencsejátékra vonatkozó válaszoknak azonban mintegy 15%-a inkonzisztens volt.

A konzisztens használóknak az életprevalencia-értékhez (LTP) viszonyított aránya alapján (7. táblázat F oszlop) azonban azt láthatjuk, hogy a dohányzás, illetve a magasabb életprevalencia-értékkel rendelkező hagyományos tiltott szerek, valamint a viselkedési addikciók esetében a prevalencia-értékek nagyobb részben konzisztens adatokat tartalmaznak. Az új pszichoaktív szerek, a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás (nyugtató/altató használata orvosi rendelvény nélkül, illetve alkohol-gyógyszer együtt fogyasztása), valamint néhány, alacsonyabb elterjedtségű hagyományos tiltott szer (opiátok, hallucinogének)

életprevalencia-értékei azonban jelentős inkonzisztens információt tartalmaznak, az inhalánshasználatra vonatkozó válaszok között pedig nem találtunk konzisztens fogyasztásbevallást. Ezen utóbbi magatartásokra vonatkozó adatok – ahol az életprevalencia-értékek zömében nem konzisztens válaszokon alapulnak – fenntartással kezelendők.

Az első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdések mentén mutatkozó inkonzisztens válaszok főbb társadalmi-demográfiai mintázódását vizsgálva a 20 féle magatartás mintázódását 5 háttérválto mentén leíró 100 cella közül négyben kaptunk $p < 0,001$, nyolc esetben pedig $p < 0,05$ szinten szignifikáns összefüggést, s további 10 esetben jelentkezett tendencijellegű ($p < 0,1$) kapcsolat (8. táblázat). Összességben tehát az első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdések alapján képzett inkonzisztencia-arányok társadalmi-demográfiai mintázódásának vizsgálatára elvégzett összefüggés-vizsgálatok 12%-a jelzett szignifikáns, másik 10%-a pedig tendencijellegű kapcsolatot, az esetek 78%-ában nem találtunk társadalmi-demográfiai mintázódást.

7. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás életprevalenciára és az első használatra vonatkozó válaszai alapján a konzisztens, illetve inkonzisztens válaszok aránya a vizsgált addiktív magatartások esetében (súlyozatlan adatok, %)

Addiktív magatartások	Konzisztens válaszok aránya (A=B+C)	Konzisztens nem használók aránya (B)	Konzisztens használók aránya (C)	Inkonzisztens válaszok aránya (D)	Életprevalencia (E)	Konzisztens használók / életprevalencia (F=C/E)
Marihuánahasználat	99,8	94,1	5,7	0,2	6,2	91,9
Kokainhasználat	99,9	98,8	1,1	0,2	1,6	68,8
Ecstasyhasználat	99,8	98,0	1,8	0,2	2,7	66,7
Amfetaminhasználat	99,8	98,8	1,0	0,2	1,7	58,8
Szintetikus kannabinoidok használata	99,6	98,8	0,8	0,3	2,2	36,4
Dizájnér stimulánsok használata	99,7	99,2	0,5	0,3	1,5	33,3
Mágikusgomba-használat	99,7	99,4	0,3	0,2	0,9	33,3
LSD-használat	99,6	99,4	0,2	0,4	0,9	22,2
Heroinhasználat	99,9	99,8	0,1	0,2	0,5	20,0
Egyéb opiáthasználat	99,9	99,8	0,1	0,2	0,6	16,7
Inhalánshasználat	99,7	99,7	0,0	0,3	0,5	0,0
Alkohol-gyógyszer együttes használata	97,4	97,0	0,4	2,6	2,3	17,4
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélküli használata	98,8	97,9	0,9	1,2	8,5	10,6
Hagyományos dohányzás	88,5	40,1	48,4	11,5	53,6	90,3

Addiktív magatartások	Konzisztens válaszok aránya (A=B+C)	Konzisztens nem használók aránya (B)	Konzisztens használók aránya (C)	Inkonzisztens válaszok aránya (D)	Élet-prevalencia (E)	Konzisztens használók / élet-prevalencia (F=C/E)
Rendszeres hagyományos dohányzás	94,3	59,4	34,9	5,7	39,1	89,3
Rendszeres e-cigaretta-használat	95,3	94,5	0,8	4,7	1,0	80,0
Mobiltelefon-használat	97,0	1,7	95,3	3,0	97,5	97,7
Okostelefon-használat	95,5	22,4	73,1	4,4	76,9	95,1
Videojáték-használat	84,5	51,1	33,4	15,6	45,0	74,2
Szerencsejáték-használat	85,5	31,4	54,1	14,5	67,6	80,0

8. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó válaszai alapján inkonzisztens válaszok mintázódása a vizsgált addiktív magatartások esetében a főbb társadalmi-demográfiai változók mentén (súlyozatlan adatok)

Addiktív magatartások	Nem ¹⁴	Életkor ¹⁵	Iskolai végzettség ¹⁶	Bp.-vidék ¹⁷	Jövedelem ¹⁸
Kannabiszhasználat	p=0,095	p>0,1	p>0,1	p=0,080	p=0,016
Kokainhasználat	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Ecstasyhasználat	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Amfetaminhasználat	p=0,095	p>0,1	p=0,008	p=0,080	p>0,1
Szintetikus kannabinoidok használata	p>0,1	p>0,1	p=0,024	p>0,1	p>0,1
Dizájnér stimulánsok használata	p>0,1	p=0,083	p=0,027	p>0,1	p>0,1
Mágikusgomba-használat	p=0,096	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1

¹⁴ A nemek szerint mutatózó szignifikáns, vagy tendencijellegű mintázódások minden esetben a férfiak körében jeleztek magasabb inkonzisztencia-arányokat.

¹⁵ A rétegek kategóriák szerinti korcsoportokat használtuk. A mobil- és okostelefon-használat esetén az 55–64, az új stimulánsok esetén a 25–44 éves korosztályban találtunk szignifikánsan vagy tendencijelleggel magasabb inkonzisztencia-arányokat.

¹⁶ 4 kategóriás iskolai végzettség mutatót használtunk (1: 8 ált. vagy kevesebb; 2: szakmunkás; 3: érettség; 4: felsőfok). A szignifikáns összefüggések – a dohányzásra vonatkozó adatok kivételével – rendre a 8 általános vagy alacsonyabb iskolai végzettség esetén jeleztek magasabb inkonzisztenciát. A dohányzásra vonatkozó adatok esetében azonban a felsőfokú végzettségűeknél mutatkozott tendencijelleggel nagyobb inkonzisztencia.

¹⁷ A rendszeres e-cigaretta-használatra vonatkozó adatok esetében a vidéki, a többi szignifikáns vagy tendencijellegű összefüggés esetében pedig a budapesti válaszolók adatai tartalmaznak nagyobb inkonzisztenciát.

¹⁸ A háztartás havi nettó bevételének kifejezésére 6 kategóriás mutatót használtunk (1: <125 ezer; 2: 126–180 ezer; 3: 181–255 ezer; 4: 256–380 ezer; 5: 381–400 ezer; 6: 400 ezer felett). A videojáték- és szerencsejáték-használatra vonatkozó válaszok az 5. kategóriában, a szerhasználó magatartásra vonatkozó adatok pedig az alacsony státuszú (1–2. kategóriába tartozó) válaszolók esetében tartalmaztak az átlagnál nagyobb arányú inkonzisztenciát.

Addiktív magatartások	Nem ¹⁴	Életkor ¹⁵	Iskolai végzettség ¹⁶	Bp.-vidék ¹⁷	Jövedelem ¹⁸
LSD-használat	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Heroinhasználat	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Egyéb opiáthasználat	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Inhaláns-használat	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Alkohol és gyógyszer együttes használata	p=0,047	p>0,1	p>0,1	p=0,024	p=0,047
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélküli használata	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Hagyományos dohányzás	p>0,1	p>0,1	p=0,075	p>0,1	p>0,1
Rendszeres hagyományos dohányzás	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Rendszeres e-cigaretta-használat	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p=0,093	p=0,061
Mobiltelefon-használat	p>0,1	p=0,006	p=0,006	p>0,1	p>0,1
Ökostelefon-használat	p>0,1	p=0,070	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Videojáték-használat	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p<0,001	p<0,001
Szerencsejáték-használat	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p<0,001	p<0,001

A szignifikáns vagy tendencijellegű kapcsolatok (p<0,1) szürke mezővel kerültek kiemelésre

A szerhasználó magatartások esetében az adatok megbízhatóságának másik mutatójaként a különböző idejű prevalencia-kérdésekre adott válaszok közötti koherencia vizsgálatára is lehetőségünk volt. Ebben az esetben azt tekintettük inkonzisztens válasznak, ha a különböző időszakokra (életre, évre és hónapra) vonatkozó absztinencia-adatok tekintetében inkonzisztencia mutatkozott, továbbá ha a rövidebb időszakra (általában előző hónapra) vonatkozó fogyasztás gyakorisága meghaladta a hosszabb időszakra (általában az életre) vonatkozóan jelzett fogyasztási alkalmak számát (9. táblázat).

A vizsgált szerek / szerhasználó magatartások többsége esetében – az első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdések közötti inkonzisztencia-arányokhoz hasonlóan – azt tapasztaltuk, hogy a válaszolók kevesebb mint 1%-a adott inkonzisztens választ a különböző időszakokra vonatkozó szerhasználat előfordulása és gyakorisága tekintetében. Mindössze az alkoholfogyasztás éves és havi prevalenciája közötti inkonzisztencia ér el jelentősebb értéket (2,6%). Az inkonzisztens fogyasztóknak az életprevalencia-értékhez (LTP) viszonyított aránya természetesen e mutató esetében is magasabb, és inkább differenciál a szerek között. Azonban itt is elmondhatjuk, hogy a legelterjedtebb tiltott drog, a marihuána esetében az életprevalencia-adatok döntően (96,8%-ban) konzisztens információkat tartalmaznak. Hasonlóképpen alacsony torzítotttságot hordoznak az alkoholfogyasztás és a lerészegedés éves prevalencia

adatai. Összességében a 0,5% feletti elterjedtséggel rendelkező szerek prevalencia-értékeinek háttérében – az orvosi rendelvény nélküli nyugtató-/altatóhasználat kivételével – legalább 80%-ban a különböző időszakokra vonatkozó fogyasztásbevallások tekintetében konzisztens adatok állnak.

9. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás szerhasználó magatartásokra vonatkozó különböző idejű prevalencia-kérdéseiben jelentkező inkonzisztens válaszok aránya (súlyozatlan adatok, %)

Szerek/szerhasználó magatartások	Inkonzisztens válaszok aránya	LTP	inkonzisztens válaszok/ LTP
Alkohol*	2,6	71,3	3,6
Lerészegedés*	0,1	20,0	0,5
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélkül*	0,9	2,8	32,1
Marihuána	0,2	6,2	3,2
Ecstasy	0,3	2,7	11,1
Szintetikus kannabisz	0,3	2,2	13,6
Amfetamin	0,1	1,7	5,9
Kokain	0,1	1,6	6,3
Dizájner stimulánsok	0,2	1,5	13,3
Mágikus gomba	0,0	0,9	0,0
LSD	0,1	0,9	11,1
GHB	0,1	0,8	12,5
Crack	0,1	0,6	16,7
Egyéb opiátok	0,1	0,6	16,7
Heroin	0,1	0,5	20,0
Metadon rendelvény nélkül	0,1	0,5	20,0
Inhalánsok	0,9	0,5	180,0
Más drog	0,0	0,2	0,0
Intravénás használat	0,1	0,2	50,0
Szteroidok	0,1	0,2	50,0

* Az éves és a havi prevalencia (LYP, LMP) és gyakorisági adatok alapján számított inkonzisztencia, a viszonyítás alapja LTP helyett LYP

A különböző idejű prevalencia kérdések alapján a vizsgált 20féle szerre / szerhasználó magatartásra számított inkonzisztens válaszok arányát 5 háttérváltozó mentén leíró 105 cella közül (lásd 10. táblázat) 14 esetben mutatkozott szignifikáns, 3 esetben pedig tendencijellegű kapcsolat. Összességben tehát a különböző idejű prevalencia-kérdések alapján képzett inkonzisztencia-arányok társadalmi-demográfiai mintázódásának vizsgálatára elvégzett összefüggés-vizsgálatok 84%-ában nem mutatkoztak a társadalmi-demográfiai jellemzők mentén a további elemzéseket befolyásoló eltérések.

10. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás különböző idejű prevalencia kérdéseiben jelentkező inkonzisztens válaszok mintázódása a főbb társadalmi-demográfiai változók mentén (súlyozatlan adatok)

Szerek / szerhasználó magatartások	Nem ¹⁹	Életkor ²⁰	Iskolai végzettség ²¹	Bp.-vidék ²²	Jövedelem ²³
Alkohol	p=0,027	p=0,009	p>0,1	p=0,008	p>0,1
Lerészegedés	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélkül	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Marihuána	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Ecstasy	p>0,1	p>0,1	p=0,067	p>0,1	p>0,1
Szintetikus kannabisz	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Amfetamin	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Kokain	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Crack	p>0,1	p>0,1	p=0,044	p>0,1	p>0,1
Dizájnér stimulánsok	p>0,1	p>0,1	p=0,071	p>0,1	p>0,1
LSD	p>0,1	p>0,1	p=0,044	p>0,1	p>0,1
Mágikus gomba	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
GHB	p>0,1	p>0,1	p=0,044	p>0,1	p>0,1
Crack	p>0,1	p>0,1	p=0,044	p>0,1	p>0,1
Heroin	p>0,1	p>0,1	p=0,044	p>0,1	p>0,1
Egyéb opiátok	p>0,1	p>0,1	p=0,044	p>0,1	p>0,1
Metadon rendelvény nélkül	p>0,1	p>0,1	p=0,044	p>0,1	p>0,1
Inhalánsok	p=0,087	p=0,010	p>0,1	p>0,1	p>0,1
Más drog	p>0,1	p>0,1	p=0,044	p>0,1	p>0,1
Intravénás használat	p>0,1	p>0,1	p=0,044	p>0,1	p>0,1
Anabolikus szteroidok	p>0,1	p>0,1	p=0,044	p>0,1	p>0,1

A szignifikáns vagy tendencijellegű kapcsolatok (p<0,1) szürke mezővel kerültek kiemelésre

¹⁹ Nemek szerint az alkoholfogyasztás és az inhalánshasználat esetében is a férfiak körében jelentkeztek szignifikánsan, ill. tendencijelleggel magasabb inkonzisztencia-arányok.

²⁰ A rétegek kategóriák szerinti korcsoportokat használtuk. Az alkoholadatok esetében az 55–64, inhalánshasználat esetében pedig a 18–34 éves korosztályban kaptunk szignifikánsan magasabb inkonzisztencia-arányokat.

²¹ 4 kategóriás iskolai végzettség mutatót használtunk (1: 8 ált. vagy kevesebb; 2: szakmunkás; 3: érettség; 4: felsőfok). A szignifikáns vagy tendencijellegű összefüggések – a dizájnér stimulánsok kivételével – rendre a 8 általános vagy alacsonyabb iskolai végzettség esetén jeleztek magasabb inkonzisztenciát. A dizájnér stimulánsok esetében azonban a szélső kulturális státuszúaknál mutatkozott tendencijelleggel nagyobb inkonzisztencia.

²² A rendszeres alkoholfogyasztás esetében a fővárosi válaszolók adatai tartalmaznak nagyobb inkonzisztenciát.

²³ Ez esetben is 6 kategóriás jövedelemmutatót használtunk.

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

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

A semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez képest a vizsgált addiktív magatartásokkal, különösen a tiltott szerekkel, alkoholfogyasztással, illetve a közösségi oldal- és videojáték-használattal kapcsolatos adatok esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya relatíve magasnak tekinthető (pl. a kérdezett iskolai végzettségére vonatkozó kérdés esetében 0,1%; a háztartásméret esetében 0,4%). Ugyanakkor a szintén érzékenynek tekinthető jövedelemmel kapcsolatos kérdés esetében tapasztalt 20,7%-os válaszhiányhoz képest a különféle addikciókkal kapcsolatos kérdések elutasítása alacsonynak, az érvényes válaszok aránya jónak mondható.

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

- Nemek szerint mindössze 5 kérdés esetén mutatkozott szignifikáns vagy tendencijellegű mintázódás.²⁴
- Életkor szerinti mintázódás a vizsgált közel félszázból 6 változó esetében mutatkozott,²⁵ mindegyik esetben a 45 feletti korosztályokban volt nagyobb a válaszhiányok aránya.
- Iskolai végzettség tekintetében az adatok meglehetősen általános mintázódást jeleznek: a dohányzás kivételével az összes szerhasználó maga-

²⁴ Az alkoholfogyasztás és a nagyívás (5 vagy több / 10 vagy több ital) esetében a nők, a közösségi oldal és videojáték-használat tekintetében pedig a férfiak esetében volt nagyobb a válaszhiányok és érvénytelen válaszok aránya.

²⁵ Internet-, közösségi oldal-, videojáték-használattal, valamint a nagyívással kapcsolatos kérdések esetében.

tartás, valamint a közösségi oldal- és a videojáték-használat esetében az alacsony (maximum 8 általános vagy szakmunkás) végzettséggel rendelkezők körében nagyobb a válaszhiányok aránya.

- Budapest-vidék dimenzió mentén – a dohányzás és az alkoholfogyasztás kivételével – minden vizsgált szerfogyasztó magatartással, valamint a közösségioldal-használattal és a sportolással kapcsolatos kérdések esetében szignifikánsan nagyobb a válaszhiányok aránya vidéken.²⁶
- A jövedelmi helyzet mentén a közösségi oldal-, illetve a videojáték-használattal kapcsolatos kérdések az alacsonyabb (a maximum 180 ezer Ft) jövedelmi kategóriákban, a szerhasználó magatartások éves prevalencia-értékeire vonatkozó kérdések – a dohányzás kivételével – pedig a közepes státusú (181–380 ezer közötti) kategóriában jeleztek szignifikánsan vagy tendencijelleggel nagyobb érvényességi problémákat.

11. táblázat: A válaszhiányok és érvénytelen válaszok aránya az OLAAP 2019 kutatásban a különböző addiktív magatartásokra vonatkozó prevalencia kérdések esetében (súlyozatlan adatok, %)

Addiktív magatartások	Életprevalencia	Éves prevalencia ²⁷
Marhuána	8,2	10,3
Szintetikus kannabisz	8,3	10,3
Ecstasy	8,2	10,3
Amfetamin	8,3	10,4
Kokain	8,4	10,4
Crack	8,4	10,4
Dizájner stimulánsok	8,4	10,4
Heroin	8,4	10,4
Egyéb opiát	8,4	10,4
Metadon rendelvény nélkül	8,4	10,5
LSD	8,4	10,5
Mágikus gomba	8,4	10,5
GHB	8,4	10,5
Intravénás-használat	8,4	10,5
Inhalánsok	8,5	10,5
Anabolikus szteroidok	8,4	10,5
Alkoholfogyasztás	-	7,3

²⁶ Egyedül a mobiltelefon-használat tekintetében találoztunk Bp.-en nagyobb arányú válaszhiánnyal.

²⁷ A droggal kapcsolatos kérdések esetében az éves prevalencia kérdések egyben az elmúlt 30 nap fogyasztására is rákérdeztek, a havi gyakoriságra vonatkozó önálló kérdést azonban ugratás előzte meg, így a havi prevalencia-kérdésre válaszhiány-adat nem használható érvényességindikátorként.

Addiktív magatartások	Életprevalencia	Éves prevalencia ²⁷
Nagyívás (5 vagy több / 10 vagy több ital)	–	12,3/13,3
Lerészegedés	–	9,1
Altató/nyugtató orvosi rendelvény nélkül*		6,1
Alkohol–gyógyszer együtt*		7,4
Hagyományos dohányzás**		0,1
E-cigaretta-használat**		1,2
Internethasználat*		0,9/1,0
Közösségioldal-használat*		10,9/11,1
Videojáték-használat*		9,9
Mobiltelefon-használat**		0,6
Szerencsejáték-használat*		1,9
Sport*		1,3
Kedvtelésből való vásárlás*		1,4

* A különböző időszakra vonatkozó prevalencia-értékeket egy kérdésben kérdeztük
 ** Aktuális használatra vonatkozó kérdés alapján
 * A különböző idejű prevalenciák egy kérdésben szerepeltek, azonban külön kérdést vonatkozott a hétköznapi /hétvégi használatra, ezt fejezi ki a két szám egy cellában

A droghasználattal kapcsolatos kérdések esetében a prevalencia-értékek felülbecslési kockázatának bejósolására a kérdőívben szerepeltettünk egy, a valóságban nem létező, ún. dummy-drogot. A dummy-drog esetében az életprevalencia kérdésre 4 fő (0,3%), a rövidebb idejű prevalenciáknál pedig 1 fő esetében fordult elő fogyasztásbevallás, az alacsony értékekben társadalmi-demográfiai mintázódás nem mutatkozik.

2.2.2.2. A OLAAP 2019 kutatás során különféle addiktív magatartások elterjedtségének becslésére alkalmazott skálák belső konzisztenciája

Az OLAAP 2019 kutatás során a különféle addiktív magatartások elterjedtségének becslésére alkalmazott standard mérőeszközök belső konzisztenciáját a Cronbach-alfa mutató segítségével vizsgáltuk, melynek ideális értéke 0,7–0,8 között van.

A szerhasználattal kapcsolatos kérdések között két standard mérőeszközt alkalmaztunk, az SDS-t (Severity of Dependence Scale) és a CAST-ot (Cannabis Abuse Screening Test). A Cronbach-alfa értéke a CAST esetében 0,9 feletti, ami redundáns tételekre utalhat. Ezt a skála magas átlagos inter-item korrelációs értékei is megerősítik (12. táblázat). Az SDS esetében a Cronbach alfa ideális belső konzisztenciára utal, azonban a magas tételek közötti együttjárás (amely ideális esetben 0,15 és 0,5 között helyezkedik el) itt is redundáns téte-

leket jelezhet. A további elemzések során a reliabilitási mutatók javítása, valamint az általános populációs vizsgálatok rövidített mérőeszközök iránti igénye miatt is érdemes megvizsgálni egyes tételek elhagyásának lehetőségét.

A viselkedési addikciók vizsgálatára alkalmazott 11 standard mérőeszköz közül az ideálisnál alacsonyabb Cronbach-alfa értékeket egy skála esetében tapasztaltunk. A SCOFF belső konzisztencia mutatója az elvártnál kissé alacsonyabb, de alacsonyabb tétel száma, valamint a tételek közötti és a tétel-skála együttjárások értéke miatt nem találtuk szükségesnek a skála módosítását. Több esetben tapasztaltunk az ideálisnál magasabb értékeket mind a Cronbach-alfa, mind a tételek közötti együttjárás mértékében, melyek ezúttal is arra utalhatnak, hogy ezeket a skálákat további elemzéseket követően talán a későbbi kutatások során érdemes lehet rövidített formában alkalmazni (12. táblázat).

12. táblázat: Az OLAAP 2019 kutatás során alkalmazott skálák reliabilitás mutatói (súlyozatlan adatok)

Skálák	Valid esetek száma	Tételek száma	Belső konzisztencia mutató*	Inter-Item korrelációk átlaga
Problémás kannabisz-használat (CAST)	267 (19,3%)	6	0,957	0,804
Addikció Súlyossági Skála (SD5)	186 (13,4%)	5	0,713	0,637
Problémás szerencsejáték-használat (PGSI)	522 (37,7%)	9	0,946	0,680
Évészavar (SCOFF)	1274 (92,0%)	5	0,617	0,251
Testi Attitűdők (BAT)	1272 (91,8%)	4	0,828	0,555
Problémás internethasználat (PIUQ-9)	977 (70,5%)	9	0,943	0,659
obszesszió	980 (70,8%)	3	0,888	0,727
elhanyagolás	983 (71,0%)	3	0,849	0,662
kontrollzavar	984 (71,0%)	3	0,839	0,643
Tíz tételű internetes játék-használati zavar teszt (IGDT-10)	147 (10,6%)	10	0,939	0,608
Online játékhasználat Eszképizmus motivációja (MOGQ-Eszképizmus)	147 (10,6%)	4	0,920	0,745
Problémás online közösségioldal-használat (BSMAS)	873 (63,0%)	6	0,919	0,663
Problémás mobiltelefon-használat – Dependencia (PMPUQ-SV-Dependencia)	1223 (88,3%)	5	0,886	0,608
Testedzésfüggőség (EAI-HU)	226 (16,3%)	6	0,808	0,411
Munkafüggőség (BWAS)	1009 (72,9%)	7	0,833	0,418
Kényszeres vásárlás (RCBS)	191 (13,8%)	7	0,891	0,548
* Cronbach-alfa				

2.2.2.3. A pszichológiai háttér mérésére alkalmazott skálák belső konzisztenciája az OLAAP 2019 kutatásban

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

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

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

* Cronbach-alfa; * Spearman-Brown formula

3. A BLS 2019 KUTATÁS EGYÉB MÓDSZERTANI JELLEMZŐI

3.1. A BLS 2019 kutatás mintája

A mintavételi terv kialakítása a következő prioritások mentén történt:

1. A kutatás célpopulációja a budapesti 18–34 éves lakónépesség.
2. A mintába tartozó személyek kiválasztása véletlen módon történjen.
3. A kiválasztott személyek reprezentálják a fővárosi 18–34 éves lakónépességet.
4. A nettó mintanagyság minden hullámban 95%-os megbízhatósági szinten maximum 2,2%-os elméleti hibahatárral biztosítsa a célpopulációra vonatkozó adatok elemzését.

Mint már említettük, a BLS kutatás 2019–2022 között zajló 4 adatfelvételi hullámának adataiból jelen kötetben a 2019-es kiinduló adatfelvételének epidemiológiai alapadatait használjuk fel. A kiinduló minta adatfelvételének célcsoportját a 18-34 éves, a Belügyminisztérium Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkárságának (BM NYHÁT) 2019. január 1-i nyilvántartása szerint érvényes budapesti lakcímmel rendelkező fiatal felnőtt lakosság (321 974 fő) képezte (14. táblázat).

A BLS jelen kötetben elemzésre kerülő, 2019-es induló mintájának meghatározása a hazai longitudinális vizsgálatok lemorzsolódási aránya és a mintakopás korosztályos mintázódása (Bartus, 2015), valamint az OLAAP 2015-ös vizsgálatban a fővárosi fiatal felnőtt mintán pótminta alkalmazásával elért nettó/bruttó mintaarány (Paksi et al. 2017) figyelembevételével történt. A minta kiválasztása egylépcsős, korcsoportok (18–24, 25–34 évesek) és kerületek szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárással történt. A kiválasztott bruttó minta nagysága 4500 fő (14. táblázat), amit az RRM adatfelvételi technika alkalmazása miatt – az OLAAP kutatásnál alkalmazott eljárással megegyezően – az adatfelvétel során két egyenlő nagyságú véletlen mintára bontottunk (lásd részletesebben az 1.2. alfejezetben az adatfelvétel leírásánál).

14. táblázat: A BLS 2019 kutatás mintakeretének a BM NYHÁT 2019. január 1-i nyilvántartása szerinti eloszlása és a kiválasztott bruttó minta elemszáma: kerület és korcsoport szerint (% , N=321 974 fő)

Kerület	Mintakeret		Bruttó minta (fő)		
	18–24 éves	25–34 éves	18–24 éves	25–34 éves	összesen
1	0,36%	1,03%	17	46	63
2	1,48%	2,79%	67	125	192
3	2,24%	4,69%	101	211	312