

## EREDETI KÖZLEMÉNY



# Az Italozásra vonatkozó Visszautasítási Énhatékonyság Kérdőív Módosított változatának (DRSEQ-R) pszichometriai vizsgálata magyar mintán

NAGY Natasa<sup>1,2</sup>  – MAGYAR Csilla<sup>1</sup> – HORVÁTH Zsolt<sup>1\*</sup> 

<sup>1</sup> ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest, Magyarország

<sup>2</sup> ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest, Magyarország

Beérkezett: 2022. április 24.; elfogadva: 2023. január 4.

## ABSZTRAKT

**Elméleti háttér:** Az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság az egyén saját magára vonatkozó vélekedése azzal kapcsolatban, hogy bizonyos helyzetekben mennyire lesz képes ellenállni az alkoholfogyasztásnak. A konstruktum egyik leggyakrabban használt mérőeszköze az Italozásra vonatkozó Visszautasítási Énhatékonyság Kérdőív Módosított változata (*Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire – Revised*, DRSEQ-R). **Cél:** A tanulmány célja volt (1) a DRSEQ-R elméleti faktorstruktúrájának tesztelése magyar mintán, (2) az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság együttjárásának a vizsgálata az alkohollal kapcsolatos elvárásokkal és a káros alkoholhasználattal, valamint (3) az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság közvetítő hatásának a vizsgálata az alkoholelvárások és a káros alkoholfogyasztás között. **Módszerek:** A keresztmetszeti kutatás során a résztvevőknek egy önbeszámolón alapuló, online kérdőívcsomagot kellett kitölteniük. A kényelmi mintavétel révén nyert végső mintát 579, az elmúlt év folyamán alkoholt fogyasztó felnőtt személy alkotta (a férfiak aránya 50,6% [ $n = 293$ ], átlagéletkor: 25 év [ $SD = 7,99$  év, terjedelem: 18–69 év]). **Mérőeszközök:** Italozásra vonatkozó Visszautasítási Énhatékonyság Kérdőív Módosított változata, Alkoholkövetkezmények Elvárása Kérdőív, Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje. **Eredmények:** A megerősítő faktorelemzés eredményei szerint kiváló illeszkedés volt látható a DRSEQ-R kérdőív háromfaktoros modellje (szociális nyomás, érzelmi megkönnyebbülés, italozásra való lehetőség faktorok), illetve az azzal statisztikailag ekvivalens alternatív, másodrendű faktort is tartalmazó modell esetében is ( $\chi^2 = 138,539$ ,  $df = 149$ ,  $p = 0,720$ ; RMSEA = 0,00; CFI = 1,00; TLI = 1,00). A DRSEQ-R teljes skálája és alszkálái egyaránt szignifikáns, negatív irányú és gyenge–közepes együttjárást mutatnak a káros alkoholhasználattal ( $r_s = -0,231$  –  $-0,440$ ;  $p < 0,001$ ), illetve a pozitív és negatív alkoholelvárásokkal ( $r_s = -0,303$  –  $-0,474$ ;  $p < 0,001$ ). A mediációs elemzés eredményeképpen kimutatható volt az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság közvetítő hatása a pozitív alkoholelvárások és a káros alkoholfogyasztás között (indirekt hatásméret:  $b$  [95% CI] = 0,051 [0,033–0,071]). **Következtetések:** A DRSEQ-R magyar változata megbízható és érvényes mérőeszköznek bizonyult, így javasolt lehet a kérdőív felhasználása a hazai klinikai és kutatási gyakorlatban. Az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságnak fontos szerepe lehet – az alkoholelvárások mellett – az alkoholfogyasztás és az abból eredő problémák magyarázatában.

## KULCSSZAVAK

alkoholelvárások, káros alkoholfogyasztás, Italozásra vonatkozó Visszautasítási Énhatékonyság Kérdőív Módosított változata, DRSEQ-R, megerősítő faktorelemzés

## A psychometric analysis of the Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Revised (DRSEQ-R) in a Hungarian sample

### ABSTRACT

**Background:** Drinking refusal self-efficacy can be defined as one's belief on the perceived ability to resist drinking in different situations. One of the most frequently used questionnaire that measures this construct is the Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire – Revised (DRSEQ-R). **Aims:** The study aimed (1) to examine the factor structure of the DRSEQ-R in a Hungarian sample, (2) to exam-

\* Levelező szerző:  
Horváth Zsolt, ELTE  
Eötvös Loránd Tudományegyetem,  
Pedagógiai és Pszichológiai Kar,  
Pszichológiai Intézet,  
1064 Budapest, Izabella utca 46.  
E-mail: horvath.zsolt@ppk.elte.hu

ine the correlation of drinking refusal self-efficacy with alcohol outcome expectancies and harmful alcohol use, (3) to examine the mediating effect of drinking refusal self-efficacy on the relationship between alcohol outcome expectancies and harmful alcohol use. *Methods:* In a cross-sectional study, the participants were asked to complete self-report, online questionnaires. By using convenience sampling, the final sample was consisted of 579 adult participants who consumed alcohol in the past year (males: 50.6% [ $n = 293$ ], mean age: 25 years [ $SD = 7.99$  years, range: 18–69 years]). *Measures:* Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire – Revised, Alcohol Outcome Expectancies Questionnaire, Alcohol Use Disorders Identification Test. *Results:* Confirmatory factor analysis suggested excellent model fit for the three-factor model (with social pressure, emotional relief, and opportunities factors), and for its alternative, statistically equivalent higher-order factor model ( $\chi^2 = 138.539$ ,  $df = 149$ ,  $p = 0.720$ ; RMSEA = 0.00; CFI = 1.00; TLI = 1.00). Total scale score and subscale scores of the DRSEQ-R presented significant, negative and weak-moderate correlations with harmful alcohol use ( $r_s = -0.231 - -0.440$ ;  $p < 0.001$ ) and positive and negative alcohol outcome expectancies ( $r_s = -0.303 - -0.474$ ;  $p < 0.001$ ). In a mediation analysis, drinking refusal self-efficacy had a mediating effect on the relationship between alcohol outcome expectancies and harmful alcohol use (indirect effect:  $b$  [95% CI] = 0.051 [0.033–0.071]). *Conclusions:* The Hungarian version of the DRSEQ-R can be considered as a reliable and valid measurement; therefore, its use can be recommended in the Hungarian research practice. Drinking refusal self-efficacy – in addition to alcohol outcome expectancies – might have an important exploratory role regarding alcohol use and alcohol-related problems.

## KEYWORDS

alcohol outcome expectancies, harmful alcohol use, Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire – Revised, DRSEQ-R, confirmatory factor analysis

## 1. BEVEZETÉS

A világon 2016-ban a 15 évnél idősebb emberek 43%-a fogyasztott alkoholt, olvasható az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization; WHO) 2018-as jelentésében. E jelentés szerint 3 régió (Európai Régió: 59,9%, Amerikai Régió: 54,1%, Nyugat-Csendes-óceáni Régió: 53,8%) tette ki az alkoholhasználó népesség több mint felét az elmúlt 12 hónapra vonatkoztatva. Ahogy láthatjuk, az Európai Régió – amelybe Magyarország is beletartozik –, vezeti ezt a listát, miszerint a 15 év feletti lakosság mintegy 60%-a fogyasztott 2016-ban alkoholt. A régióon belül Magyarországot tekintve 2016-ban fejenként átlagosan 11,4 liter tiszta alkoholt fogyasztottak, ami az Európai Régió átlaga (9,8 liter) felett helyezkedik el. Emellett az elmúlt 12 hónapban Magyarországon a teljes populáció 33,5%-ára, míg a rendszeresen ivók 50,3%-ára volt jellemző a súlyos epizodikus alkoholfogyasztás, azaz az alkoholfogyasztás olyan módja, amikor 30 napon belül legalább 1 alkalommal minimum 60 gramm tiszta alkoholt fogyaszt el az egyén (WHO, 2018).

Ezek az eredmények már csak azért is aggasztóak, mert az alkoholhasználat számos negatív következménye ismert, többek között hozzájárulhat a daganatos (pl. máj-, végbél- vagy nyelőcsőrák), kardiovaszkuláris (pl. magas vérnyomás vagy agyvérzés) megbetegedések kialakulásához, és nem utolsósorban súlyosan rontja az emésztőrendszert, akár májcirrózist vagy hasnyálmirigy-gyulladást okozva (Rehm és mtsai, 2017; WHO, 2018). Magyarországon 2016-ban 100 000 főre vetítve 2257 fő halt meg alkoholfogyasztás miatt kialakuló májcirrózis, 314 fő alkoholhoz köthető balesetek, illetve 2651 fő alkoholhasználathoz köthető rák miatt (WHO, 2018). Azt is fontos megemlíteni, hogy az al-

kohol rendkívül addiktív pszichoaktív szernek számít, így rendszeres fogyasztása alkoholhasználati zavarhoz is vezethet (Rehm és mtsai, 2017). Magyarországon 2016-ban az alkoholhasználati zavar egyéves prevalenciája 21,2% volt, ami ugyancsak jóval az Európai Régió átlaga (8,8%) felett helyezkedik el (WHO, 2018). Az említett adatok ismeretében látható, hogy érdemes megvizsgálni és feltárni a káros alkoholhasználat hátterében álló lehetséges tényezőket annak érdekében, hogy megfelelő prevenció és intervenció stratégiákat dolgozhassunk ki a jövőben.

### 1.1. Szociális kognitív elmélet

A szociális kognitív elmélet (Bandura, 1977) szerint a problémás alkoholhasználat kialakulásában két fontos tényező kapcsolata játszik szerepet: az alkohollal kapcsolatos elvárások és az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság (Young és mtsai, 2005). Az alkoholelvárások az egyén azon, már meglévő kognitív reprezentációi, amelyek az alkoholfogyasztással járó következményekre vonatkoznak (Oei & Morawska, 2004; Young, Connor, Ricciardelli, & Saunders, 2005). Megkülönböztethetünk pozitív (pl. elvárás arra vonatkozóan, hogy az alkoholhasználat hatására szociális elfogadottság vagy ellazulás tapasztalható meg) és negatív (pl. arra vonatkozó elvárások, hogy az alkoholhasználat nyomán agresszív viselkedés vagy negatív érzelmek lesznek tapasztalhatóak) alkoholelvárásokat (Leigh & Stacy, 2004). Ezeknek a kialakulása már egészen korán, gyerekkorban, szociális tanulás útján (pl. szülői modellezés, média) kezdődik és tárolódik a hosszú távú memóriában a szemantikus emlékezet részeként (Oei & Morawska, 2004). Később,



ahogy ezek megszilárdulnak, alkohol jelenlétében aktiválódnak, és olyan irányba vezérlik a viselkedést, amivel elérhetik az elvárásokat. Tehát az egyén azért fog vagy nem fog alkoholt fogyasztani, hogy elérje vagy elkerülje a várt hatást, majd amikor ez megtörténik, ezen elvárások megerősödnek (Oei & Morawska, 2004). Korábbi kutatások eredményei arra utalnak, hogy a pozitív elvárások konzisztensen pozitív irányú együttjárást mutatnak az alkoholhasználat mértékével és az ennek nyomán megjelenő problémákkal, ugyanakkor a negatív elvárásokra vonatkozóan nem mutatható ki a konstruktumok közötti konzisztens, egyértelmű kapcsolat (Bot, Engels, & Knibbe, 2005; Patrick, Wray-Lake, Finlay, & Maggs, 2009).

## 1.2. Italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság és annak mérése

Az alkoholelvárások mellett az alkoholfogyasztás megkezdésében kiemelkedő jelentősége van az egyén italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságának is. Az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság az egyén saját magára vonatkozó vélekedése azzal kapcsolatban, hogy bizonyos helyzetekben mennyire lesz képes ellenállni az alkoholhasználatnak (Oei & Morawska, 2004; Young és mtsai, 2005). Míg az alkoholelvárásoknak a magasabb rizikójú helyzetekben inkább abban lesz szerepe, hogy az ember mérlegeljen az alkohollal járó pozitív és negatív kimenetek között, a kulcsfontosságú mégis az egyén énhatékonysága lesz, ugyanis a végső döntéshozatalban (azaz igyon vagy ne igyon) ennek lesz nagyobb szerepe (Hasking, Boyes, & Mullan, 2015; Young és mtsai, 2005). Érdemes azt is kiemelni, hogy a visszautasítási énhatékonyság az alkoholhasználat gyakoriságával, míg ezzel szemben az alkoholelvárások inkább az adott alkalommal fogyasztott alkohol mennyiségével állnak kapcsolatban (Gullo, Dawe, Kambouropoulos, Staiger, & Jackson, 2010; Monk & Heim, 2013; Oei & Jardim, 2007; Oei & Morawska, 2004). Továbbá az eredmények szerint az alkoholhasználati zavarral élők klinikai mintáján az alkoholhasználat mértékére vonatkozóan nagyobb szerepe van az alkoholelvárásoknak, míg nem-klinikai mintán az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság a meghatározóbb az elfogyasztott alkohol mennyiségét illetően (Monk & Heim, 2013). Így ezek alapján látható, hogy az alkoholelvárások és az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság együttes felmérése alkalmas lehet arra, hogy a különböző típusú alkoholhasználók között differenciálni lehessen, és ez alapján csoportba rendezhetők legyenek (pl. szociális ivók, rendszeres fogyasztók, rohamszerű italozók, problémás fogyasztók; Oei & Morawska, 2004).

Az italozásra való visszautasítási énhatékonyság egyik leggyakrabban használt mérőeszköze az Italozásra vonatkozó Visszautasítási Énhatékonyság Kérdőív (*Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire*, DRSEQ), amit Young és munkatársai (1991) dolgoztak ki, s amely alapján később Oei, Hasking és Young (2005) létrehozták a kérdőív módosított verzióját (*Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire – Revised*, DRSEQ-R). Mindkét mérőeszköz helyzetfüggő

konstruktnak tekinti az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságot, így a kidolgozás során olyan tételket fogalmaztak meg, ahol az alkoholfogyasztás bizonyos helyzetekre vonatkoztatva jelenik meg. Ennek eredményeképpen dolgozták ki a 3 faktoros modellt, amelyhez a 19 tételből álló önbevalláson alapuló kérdőív, az Italozásra vonatkozó Visszautasítási Énhatékonyság Kérdőív Módosított változata (a DRSEQ-R) tartozik (Oei és mtsai, 2005). Ez az egyénnek a visszautasítási énhatékonyságát vizsgálja olyan helyzetekben, amikor (1) szociális nyomás nehezedik rá, hogy alkoholt fogyasszon (*social pressure*; pl. *Amikor a barátaim alkoholt fogyasztanak*), (2) érzelmi megkönnyebbülést keres az alkoholfogyasztás által (*emotional relief*; pl. *Amikor zaklatottnak érzem magam*), vagy (3) éppen lehetősége van alkoholt fogyasztani (*opportunity*; pl. *Amikor egyedül vagyok*). Az eredeti kérdőívet ausztrál egyetemista mintán validálták, ám azóta már történtek vizsgálatok serdülő (Patton és mtsai, 2018; Young, Hasking, Oei, & Loveday, 2007), arab és ázsiai (AlMarri, Oei, & AbRahman, 2009; Tak, An, & Woo, 2008) és egyesült államokbeli egyetemista (Scully, Mohn, & Madson, 2018) mintán is, amelyek eredményei megerősítették a fent említett 3 faktoros modellt. Emellett azonban található a szakirodalomban egy olyan alternatív megközelítés is, amely a 3 faktoros modell kiegészítéseként értelmezhető. Ebben bevezetésre kerül egy negyedik, a 3 faktor felett álló és a közöttük lévő korrelációt magyarázó, magasabb rendű faktor. Azaz, ebben a másodrendű faktort tartalmazó modellben, erre a másodrendű faktorra tölt a már említett, 3 elsőrendű faktor. Ez a másodrendű faktor az italozási visszautasítási énhatékonyság általános, nem helyzetre specifikus mértékét ragadhatja meg, amely akár a kérdőíven elért összpontszámmal is kifejezhető. Serdülőknél végzett vizsgálatok eredményei alapján ez a másodrendű faktormodell jobb illeszkedést mutat, mint az eredeti 3 faktoros modell (Young és mtsai, 2007). Mindazonáltal a szerzők tudomása szerint magyar mintán még nem történt olyan vizsgálat, amely ennek a mérőeszköznek a faktorstruktúráját vizsgálná.

Az eddigi szakirodalmi eredmények alátámasztották a DRSEQ-R kritériumvaliditását. Korábbi kutatásokban pedig azt találták, hogy azok, akik alacsonyabb pontszámokat érnek el a DRSEQ-R alskálán és a teljes skálán is – azaz azok, akik alacsonyabb italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonysággal rendelkeznek –, gyakrabban és nagyobb mennyiségben fogyasztanak alkoholt, illetve az alacsony pontszám problémás alkoholhasználattal is együttjár (AlMarri és mtsai, 2009; Oei & Morawska, 2004; Scully és mtsai, 2018). Azt is fontos kiemelni, hogy mind az alkoholelvárások, mind pedig az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság külön-külön is szignifikáns prediktorai a problémás alkoholhasználatnak (Gullo és mtsai, 2010; Oei & Morawska, 2004; Young és mtsai, 2005). Azonban úgy tűnik, hogy az alkoholelvárások inkább indirekt módon hatnak az alkoholhasználat mértékére, így például az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság közvetítheti a meglévő alkoholelvárások hatását az alkoholhasználat mértékére (Gullo és mtsai, 2010; Hasking és mtsai, 2015; Oei & Morawska, 2004). Mindez arra utalhat, hogy a ked-



vezőbb alkoholelvárások hozzájárulhatnak az alacsonyabb visszautasítási énhatékonysághoz, ami később együttjárhat az alkoholhasználat gyakoribb és problémásabb szintjével.

## 2. CÉLOK, HIPOTÉZISEK

Jelen kutatásban az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságot mérő kérdőív, a DRSEQ-R faktorstruktúráját kívánjuk vizsgálni magyar mintán, illetve a kérdőív kritériumvaliditásának tesztelése során vizsgáljuk annak kapcsolatát az alkoholelvárásokkal és a káros alkoholhasználattal.

1. cél: A DRSEQ-R faktorstruktúrájának vizsgálata magyar mintán. 1. *hipotézis*: A megerősítő faktoranalízis elvégzése során azt várjuk, hogy a DRSEQ-R 3 faktoros modellje, valamint a kapcsolódó másodrendű modell megfelelő illeszkedést fog mutatni magyar mintán.

2. cél: Az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság együttjárásának vizsgálata az alkoholelvárásokkal és a káros alkoholhasználattal. 2. *hipotézis*: A DRSEQ-R alsókálái és a teljes skála, illetve a káros alkoholhasználat mértéke között negatív irányú együttjárást feltételezünk (2.1. *hipotézis*). A DRSEQ-R alsókálái és a teljes skála, illetve a pozitív alkoholelvárások között negatív irányú korreláció lesz kimutatható (2.2. *hipotézis*).

3. cél: Az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság közvetítő hatásának felmérése az alkoholelvárások és a káros alkoholfogyasztás között. 3. *hipotézis*: A pozitív alkoholelvárások és az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság, illetve az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság és a káros alkoholhasználat között negatív irányú kapcsolat lesz kimutatható (3.1. *hipotézis*). A pozitív alkoholelvárások és a káros alkoholhasználat mértéke között az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságnak közvetítő hatása lesz azonosítható (3.2. *hipotézis*).

## 3. MÓDSZEREK

### 3.1. Résztevők

A kutatásban összesen 1077 fő vett részt. A vizsgált személyek beválasztási kritériuma volt, hogy a részttevők az elmúlt 12 hónapban fogyasztottak alkoholt és a kérdőívet hiánytalanul kitöltötték, illetve, mivel a kutatás célpopulációja az etikai kérelemnek megfelelően felnőtt populáció volt, ezért a 18 év alatti részttevők kizárásra kerültek a végső mintából. Így végül 579 18 évnél idősebb egyén adatai kerültek elemzésre.

A részttevők nemi eloszlását tekintve 293 férfi (50,6%), 285 nő (49,2%) és 1 egyéb nemű (0,2%) személy töltötte ki a kérdőívcsomagot. A legfiatalabb kitöltő 18, a legidősebb 69 éves volt, az átlagéletkor pedig 25 év ( $SD = 7,99$  év) volt. Az adatfelvétel ideje alatt 303 fő lakott a fővárosban (52,3%), 75 fő 50–200 ezer fő közötti lakosságú városban (13%), 123 fő 50 ezer főnél kevesebb lakosságú városban (21,2%), 41 fő községben (7,1%), 30 fő falun (5,2%) és 7 fő pedig valamilyen

külföldi településen (1,2%). Legmagasabb iskolai végzettségüket vizsgálva 62 fő alapkülső végzettséggel (10,7%, amiből 42 fő 8 általánossal, 20 fő pedig szakmunkás szakképesítéssel), 316 fő középfokú végzettséggel (54,6%, amiből 15 fő szakközépiskolai szakképesítéssel, 263 fő gimnáziumi és szakközépiskolai érettségivel, 38 fő középfokú technikum szakképesítéssel), 201 fő pedig felsőfokú végzettséggel (34,7%, amiből 28 fő felsőfokú szakképesítéssel, 164 fő főiskolai vagy egyetemi diplomával, 9 fő egyetem utáni/doktori képesítéssel) rendelkezett. Az adatfelvétel időpontjában a részttevők közül 208 fő dolgozott teljes állásban (35,9%), 80 fő részmunkaidőben (13,8%), 114 fő alkalmanként (19,7%), 177 fő pedig nem dolgozott (30,6%). Végül a részttevők családi állapotát tekintve 278 fő egyedülálló (48%), 245 fő párkapcsolatban/élettársi kapcsolatban lévő (42,3%), 46 fő házasságban (7,9%), 9 fő elvált (1,6%) egyén adatai kerültek elemzésre a kutatás során.

### 3.2. Eljárás

Jelen kutatást az Eötvös Loránd Tudományegyetem (ELTE) Pedagógiai és Pszichológiai Karának Kutatásetikai Bizottsága 2021. január 6-án jóváhagyta (az etikai engedély száma: 2020/462).

Az adatfelvétel során keresztmetszeti kutatási elrendezést alkalmaztunk. Ez online, a Qualtrics elnevezésű kérdőívszerkesztő felületen keresztül történt, ahol a részttevőknek egy önbeszámoló alapuló kérdőívcsomagot kellett kitölteniük. Kényelmi mintavétel alkalmazása történt, a toborzás online, közösségi média felületeken (Facebookon nagy létszámú, nyilvános csoportokban, pl. egyetemi évfolyamcsoportok, kérdőívmegosztó csoportok, városokhoz köthető csoportok, házibulik gyűjtő csoportok) valósult meg. Az adatgyűjtés 2021. január 27. és 2021. június 16. között zajlott. A kitöltés során a részttevőknek először a vizsgálatról szóló tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot kellett elolvasniuk majd elfogadniuk. Ebben tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról, annak anonimitásáról és önkéntességéről, illetve arról, hogy a vizsgálatot bármikor megszakíthatják következmények nélkül. Miután ez megtörtént, az alkalmazott mérőeszközök előtt demográfiai adatokra vonatkozó kérdéseket (pl. életkor, nem, lakóhely, legmagasabb iskolai végzettség, párkapcsolati státusz) kellett megválaszolniuk. Ezeket követték az alkoholhasználati szokásokra vonatkozó kérdések, amelyek többek között az alkoholhasználat gyakoriságával, mintázatával, az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonysággal, a problémás alkoholhasználat, az alkoholfogyasztásra vonatkozó motivációkkal és az alkoholelvárásokkal voltak kapcsolatosak.

A vizsgálat nem járt semmilyen emberre ártalmas következménnyel. Ugyanakkor abban az esetben, ha a vizsgálat során a résztvevőben felmerült a gyanú, hogy problémái vannak az alkoholhasználat, illetve esetében a kérdőívcsomagban található *Alkoholhasználati Zavarok Szűrő-tesztje* (AUDIT, ld. később) alapján problémás alkoholhasználat rizikója volt megállapítható (azaz legalább 8 pontot ért el), akkor a kérdőívcsomag végén információkat talált azzal





kapcsolatban, hogy hová tud fordulni segítségért (pl. területileg elérhető pszichiátriai és addiktológiai ellátóhelyek, Anonim Alkoholisták csoportja, illetve az ELTE hallgatói számára az ELTE Kortárs Segítő Csoport).

### 3.3. Mérészközök

A káros alkoholhasználat mértékére vonatkozó szokásokat az *Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztjével* (*Alcohol Use Disorder Identification Test*, AUDIT) mértük. Az AUDIT Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente és Grant (1993) által kifejlesztett kérdőív, amit magyar nyelvre Gerevich, Bácskai és Rózsa (2006) adaptáltak. 10 tételből áll. Ezek közül az 1–3. tételek az alkoholhasználat mértékével kapcsolatos kérdéseket foglalnak magukba (pl. *Hányszor fordult elő az elmúlt 12 hónapban, hogy egy alkalommal hat vagy több italt megivott egyszerre?*), míg a 4–10. tételek annak a negatív következményeire (pl. *Az ivás miatt nem volt képes elvégezni azt, amit szokásosan elvárnak Öntől.*) vonatkoznak. A vizsgálati személyeknek az elmúlt 12 hónapra vonatkozóan kellett beszámolniuk az alkoholfogyasztási szokásaikról az 1–8. tétel esetén ötfokú, míg a 9–10. tétel esetén háromfokú, Likert-típusú skálán, ahol a pontozás 0–4 között történt (pl.: 3–8. tételek esetén: 0 = Soha, 1 = Ritkábban, mint havonta, 2 = Havonta, 3 = Hetente, 4 = Naponta, vagy majdnem naponta). A magasabb összpontszám károsabb és problémásabb alkoholfogyasztást jelez. Kritikus pontértékei a következők: (1) 1–7 pont között: alacsony kockázatú alkoholfogyasztás, (2) 8–15 pont között: kockázatos alkoholfogyasztás rizikója, (3) 16–19 pont között: ártalmas alkoholfogyasztás rizikója, (4) 20 pont vagy afölött: alkoholdependencia rizikója. A káros alkoholhasználat mértékét az AUDIT kérdőíven elért összpontszám fejezte ki az elemzéseink során. A kérdőív a jelenlegi kutatásban megfelelő belső konzisztenciát mutatott (Cronbach- $\alpha$  = 0,81).

Az alkoholhasználattal kapcsolatos elvárások mérésére az *Alkoholkövetkezmények Elvárása Kérdőívet* (*Alcohol Outcome Expectancies Questionnaire*, AOEQ) alkalmaztuk. Az AOEQ Leigh és Stacy (1993) által kifejlesztett mérőeszköz, amit magyar nyelvre Urbán, Czeglédi, Kovács és Kelemen (2008) adaptáltak. A kérdőív kitöltőjének arra kell válaszolnia, hogy amikor alkoholt fogyaszt, a felsorolt események milyen valószínűséggel fognak bekövetkezni. Ezt egy hatfokú Likert-típusú skálán kell jeleznie (válaszlehetőségek: 0 = Soha, 1 = Nagyon valószínűtlen, 2 = Nem valószínű, 3 = Valószínű, 4 = Nagyon valószínű, 5 = Teljesen biztos). A 34 tételből álló kérdőív két fő alskálára, a *Pozitív elvárásokra* és a *Negatív elvárásokra* oszlik. A *Pozitív elvárások* alskála 4 további alskálára bontható, ezek a *Társas serkentés* (6 tétel, pl. *Jobban elfogadnak*), *Szórakozás* (6 tétel, pl. *Élvezem a pezsgést*), *Szexuális serkentés* (4 tétel, pl. *Szexuálisan aktívabb leszek*), és *Feszültségcsökkentés* (3 tétel, pl. *Kevésbé érzem magam feszültnek*) alskálák. Emellett a *Negatív elvárások* alskálát szintén 4 további alskálára, név szerint *Társas következmény* (3 tétel, pl. *Verekezésbe bocsátkozom*), *Érzelmi következmény* (3 tétel, pl. *Bűntudatot érzek*), *Testi következmény* (4 tétel, pl. *Fejfájásom lesz*), illetve *Kognitív követke-*

*mény* (5 tétel, pl. *Nem tudok koncentrálni*) alskálákra osztották. Jelen kutatáson belül az elemzések során a *Pozitív elvárások* és *Negatív elvárások* alskálakon elért összpontszámokat vettük figyelembe. A magasabb pontszám az elvárások fokozott jelenlétére utal. A két fő alskála (*Pozitív elvárások*: Cronbach- $\alpha$  = 0,83, *Negatív elvárások*: Cronbach- $\alpha$  = 0,70) a jelen kutatásban megfelelő belső konzisztenciát mutattak.

Az alkoholhasználatra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságot az *Italozásra vonatkozó Visszautasítási Énhatékonyság Kérdőív Módosított változatával* (*Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire – Revised*, DRSEQ-R) mértük. Ezt Oei és munkatársai (2005) fejlesztették ki, és amelynek a magyar adaptációja (l. Függelék) Magyar Csilla és Horváth Zsolt vezetésével készült el Beaton, Bombardier, Guillemin és Ferraz (2000) protokollját követve, úgymint: (1) engedélykérés a kérdőívet kidolgozó szerzőktől, (2) az angol változat lefordítása magyar nyelvre, (3) ezt követően az így kialakított magyar változat visszafordítása angolra, (4) majd az eredeti és a visszafordított angol változat összevetése és az egyes nyelvi nem megfelelések alapján további változtatások elvégzése a magyar változaton, (5) végül pedig néhány fővel pilot tesztelés elvégzése az instrukció és a kérdőív érthetőségének vizsgálata szempontjából. A fordítási munkálatokat egy pszichológus és egy pszichológushallgató, a visszafordítást pedig egy több mint 20 éve az Egyesült Államokban élő, ottani egyetemen oktató, magyar anyanyelvű informatikus végezte. A 19 tételből álló DRSEQ-R az alábbi 3 alskálára (helyzetre) bontható: *Szociális nyomás* (5 tétel, pl. *Amikor valaki itallal kínál*), *Italozásra való lehetőség* (7 tétel, pl. *Amikor tv-t nézek*), illetve *Érzelmi megkönnyebbülés* (7 tétel, pl. *Amikor aggódom valami miatt*). A kitöltőknek azt kell értékelniük, hogy a saját megítélésük szerint mennyire lennének képesek ellenállni az alkoholnak a fent említett helyzetekben. Ez az értékelés egy hatfokú, Likert-típusú skálán történik (válaszlehetőségek: 1 = Teljesen biztos vagyok benne, hogy nem tudnék ellenállni az alkoholfogyasztásnak, 2 = Nagy valószínűséggel nem tudnék ellenállni az alkoholfogyasztásnak, 3 = Valószínűleg nem tudnék ellenállni az alkoholfogyasztásnak, 4 = Valószínűleg ellen tudnék állni az alkoholfogyasztásnak, 5 = Nagy valószínűséggel ellen tudnék állni az alkoholfogyasztásnak, 6 = Teljesen biztos vagyok benne, hogy ellen tudnék állni az alkoholfogyasztásnak). A skálakon elért magasabb pontszám az énhatékonyság nagyobb mértékét jelzi.

### 3.4. Statisztikai elemzési terv

A statisztikai elemzések elvégzésére az IBM SPSS Statistics 25 (IBM Corp., 2017), illetve a JASP 16 programokat alkalmaztuk (JASP Team, 2022). Először is, az első hipotézisünkben a DRSEQ-R faktorstruktúráját kívántuk vizsgálni magyar mintán. Ennek keretében konfirmatív (megegyező) faktorelemzéssel teszteltünk (1) egy egyfaktoros modellt (amelyben a tételek egy globális visszautasítási énhatékonyság faktorra töltene), (2) egy háromfaktoros modellt (amelyben a tételek három, egymással korreláló helyzetfüggő visszautasítási énhatékonyság faktorra töltene): *Szociális nyomás*, *Érzelmi*



megkönnyebbülés, Italozásra való lehetőség) és (3) egy három-faktoros modellt egy magasabb rendű faktorról, ahol az utóbbi faktor magyarázza a három elsőrendű faktor közötti korrelációkat. Fontos megjegyezni, hogy a háromfaktoros modell és a másodrendű faktort tartalmazó modell statisztikailag ekvivalensnek tekinthető, mivel ugyanannyi paraméter kerül becslésre mindkét modellben. Éppen ezért a két modell nem hasonlítható össze a különböző illeszkedési mutatók mentén, ugyanis ugyanazok az értékei. Ugyanakkor, az alternatív, másodrendű faktort is tartalmazó modell tesztelése is releváns információkat nyújthat. A kérdőív faktorstruktúráját tesztelő korábbi tanulmányokban is tesztelték ezt a modellt (Young és mtsai, 2007), így lehetőség nyílt a jelen tanulmány eredményeinek összehasonlítására a meglévő szakirodalmi adatokkal. Emellett, abban az esetben, ha az elsőrendű faktorok között magas korreláció figyelhető meg és azok megkülönböztethetősége kérdéses, akkor a közöttük lévő korrelációkat magyarázó magasabb rendű faktor bevezetése ajánlott lehet. A kérdőív tételeit ordinális változóként kezeltük, és becslési eljárásként az átlósan súlyozott legkisebb négyzetek módszerét (diagonally weighted least squares; DWLS) alkalmaztuk. A különböző modellek illeszkedésének vizsgálatára a khi-négyzet-mutatót, a Comparative Fit Indexet (CFI), a Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA) és a Tucker–Lewis Indexet (TLI) alkalmaztuk. A khi-négyzet statisztika esetén nem szignifikáns ( $p < 0,05$ ) próbastatisztika érték utal a modell megfelelő illeszkedésére. Ugyanakkor a khi-négyzet-próba különösen érzékeny mutató nagyobb minták esetén, amely esetekben még jó illeszkedésű modellek esetében is könnyen szignifikáns eredményt mutat. Ezért jellemzően nem ez alapján értékeljük a modell illeszkedésének megfelelőségét, hanem inkább a liberális illeszkedési mutatók, nevezetesen – jelen esetben – a CFI, a TLI és az RMSEA alapján. A CFI és a TLI esetén 0,950 feletti értékek utalhatnak a modell kiváló illeszkedésére, míg az RMSEA esetében 0,050 alatti értékeket tekintünk kiváló illeszkedésre utalónak (Hu & Bentler, 1999).

1. táblázat. A vizsgálat változóinak főbb leíró statisztikái

Változók	M(SD)	Minimum – Maximum	Ferdesség z-érték	Csúcsosság z-érték
Káros alkoholfogyasztás (AUDIT összpontszám)	7,58 (5,75)	1–36	13,75	13,52
Italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság (DRSEQ-R összpontszám)	98,21 (15,45)	19–114	–16,64	21,19
Szociális nyomás alskála (DRSEQ-R)	21,60 (6,44)	5–30	–4,71	–3,31
Érzelmi megkönnyebbülés alskála (DRSEQ-R)	36,64 (7,30)	7–42	–16,44	14,16
Italozásra való lehetőség alskála (DRSEQ-R)	39,97 (4,51)	7–42	–42,00	114,23
Pozitív alkoholelvárások (AOEQ)	74,01 (17,82)	19–114	–7,11	2,50
Negatív alkoholelvárások (AOEQ)	37,63 (10,89)	57–72	–0,48	–1,66

Megjegyzés: AUDIT = Alkoholfogyasztás Zavarainak Szűrőtesztje; AOEQ = Alkoholkövetkezmények Elvárása Kérdőív; DRSEQ-R = Italozásra vonatkozó Visszautasítási Énhatékonyság Kérdőív Módosított változata.

A második hipotézisünkben az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságot mérő DRSEQ-R teljes skálájának és alskálájának együttjárása került tesztelésre a káros alkoholfogyasztás mértékét mérő AUDIT skálával és a pozitív alkoholelvárásokat mérő AOEQ skála Pozitív alkoholelvárások alskálájával, ahol mindkét esetben negatív irányú együttjárást feltételeztünk. Emellett kiegészítésként megvizsgáltuk még a DRSEQ-R teljes skálájának és az alskálájának kapcsolatát az AOEQ Negatív alkoholelvárások alskálájával is. Ennek érdekében Spearman-féle rangkorrelációs elemzéseket alkalmaztunk.

Utolsó két hipotézisünkben az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság közvetítő hatását kívántuk vizsgálni a pozitív alkoholelvárások és a káros alkoholfogyasztás mértéke között. Ennek érdekében az Andrew Hayes (2013) által az SPSS számára kifejlesztett Process kiegészítő modult alkalmaztuk a mediációs hatás tesztelésére. Ez egy többszörös lineáris regresszió alapuló modell, amelyben a regressziós modellek esetében robusztus eljárásnak számító Bootstrap (5000 random módon generált minta felhasználása) módszert alkalmaztuk.

## 4. EREDMÉNYEK

### 4.1. Leíró statisztikák

A leíró statisztikákat az 1. táblázat foglalja össze. A káros alkoholfogyasztás mértékét operacionalizáló AUDIT kérdőív cut-off értékei alapján a résztvevők 58,2%-a (337 fő) alacsony kockázatú fogyasztással volt jellemezhető (1–7 pont), 31,3%-uk (181 fő) volt jellemezhető a kockázatos alkoholfogyasztás rizikójával (8–15 pont), 6,6%-uk (38 fő) esetében volt azonosítható az ártalmas használatra vonatkozó rizikó (16–19 pont), míg 4,0%-uknál (23 fő) volt valószínűsíthető az alkoholdependencia rizikója (legalább 20 pont).

#### 4.2. Az 1. hipotézis tesztelése: megerősítő faktoranalízis és a belső megbízhatóság tesztelése

Az első hipotézisünkben az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságot mérő mérőeszköz (DRSEQ-R) faktorstruktúráját kívántuk vizsgálni magyar mintán. Ennek érdekében megerősítő faktorelemzést végeztünk, amelyben a fent már említett három modell (egyfaktoros modell, háromfaktoros modell, háromfaktoros modell egy magasabb rendű faktorrall) illeszkedését vizsgáltuk.

A különböző modellek illeszkedési mutatói a 2. táblázatban láthatók. Az egyfaktoros modell megfelelő, míg a háromfaktoros modell, illetve annak kiegészítése egy magasabb rendű faktorrall, kiváló illeszkedést mutatott. E két utóbbi modell illeszkedésében releváns különbséget nem találtunk (a két modell szabadságfoka azonos, ugyanannyi paraméter kerül becslésre), hiszen a két modell ekvivalensnek tekinthető, illeszkedésük nem összehasonlítható. Ugyanakkor, mivel a háromfaktoros modell esetében a három faktor között magas együttjárás volt kimutatható ( $r = 0,483\text{--}0,713$ ;  $p < 0,001$ ), indokoltnak láttuk a másodrendű faktort tartalmazó modell megtartását.

#### 2. táblázat. A vizsgált modellek illeszkedési mutatói

Modell	$\chi^2$ (df)	$p$	RMSEA [90% CI]	CFI	TLI
Egyfaktoros modell	692,130 (152)	<0,001	0,078 [0,073; 0,084]	0,942	0,934
Háromfaktoros modell	138,539 (149)	0,720	0,000 [0,000; 0,015]	1,000	1,001
Háromfaktoros modell egy magasabb rendű faktorrall	138,539 (149)	0,720	0,000 [0,000; 0,015]	1,000	1,001

Megjegyzés:  $\chi^2$ : khi-négyszet-teszt statisztika; RMSEA [90% CI]: Root Mean Squared Error of Approximation [90%-os megbízhatósági intervallum]; CFI: Comparative Fit Index; TLI: Tucker–Lewis Index.

A mérőeszközben szereplő tételek faktortöltései a háromfaktoros modellben a másodrendű faktorrall a 3. táblázatban találhatók. Mindegyik tétel esetében szignifikáns ( $p <$

0,001), pozitív és erős faktortöltések voltak láthatóak, illetve a magasabb rendű faktoron szintén szignifikáns ( $p < 0,001$ ), pozitív és erős faktortöltések voltak kimutathatóak.

#### 3. táblázat. A három faktort és a magasabb rendű faktort tartalmazó modell standardizált faktortöltései

Tételek	Szociális nyomás	Érzelmi megkönnyebbülés	Italozásra való lehetőség
1. Amikor elmegyek vacsorázni	0,782		
2. Amikor valaki itallal kínál	0,857		
3. Amikor a párom vagy a partnerem alkoholt fogyaszt	0,886		
4. Amikor a barátaim alkohol fogyasztanak	0,817		
5. Amikor egy kocsmában vagy szórakozóhelyen vagyok	0,732		
6. Amikor dühös vagyok		0,844	
7. Amikor frusztráltnak érzem magam		0,907	
8. Amikor aggódom valami miatt		0,851	
9. Amikor zaklatottnak érzem magam		0,905	
10. Amikor lehangoltnak érzem magam		0,866	
11. Amikor idegesnek érzem magam		0,886	
12. Amikor szomorúnak érzem magam		0,849	
13. Amikor tv-t nézek			0,750
14. Amikor egy ebédem vagyok			0,771
15. Amikor hazafelé tartok a munkából			0,752
16. Zenehallgatás vagy olvasás közben			0,732
17. Amikor egyedül vagyok			0,878
18. Sportolás után egyből			0,643
19. Hazaérkezve rögtön			0,819
Faktortöltések a másodrendű visszautasítási énhatékonyság faktoron	0,639	0,944	0,756

Megjegyzés: A táblázatban szereplő valamennyi faktortöltés szignifikáns ( $p < 0,001$ ) volt.



A belső megbízhatóság becslésére kiszámított Cronbach- $\alpha$ -mutatók mind a DRSEQ-R teljes skálája (Cronbach- $\alpha$  = 0,94), mind pedig alszállái (Szociális nyomás: Cronbach- $\alpha$  = 0,90, Érzelmileg megkönnyebbülés: Cronbach- $\alpha$  = 0,96, Italozásra való lehetőség: Cronbach- $\alpha$  = 0,91) esetében kiváló belső konzisztenciát jeleztek.

#### 4.3. A 2. hipotézis tesztelése: korrelációs elemzés

A ferdeség és csúcsosság z-értékei alapján sérül a normalitás előfeltétele (1. táblázat). Ezért a következőkben nemparaméteres próbát, Spearman-féle rangkorrelációs elemzést alkalmaztunk.

A 2.1. hipotézisünk során az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság és a káros alkoholhasználat mértéke közötti együttjárást vizsgáltuk. Azt feltételeztük, hogy az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságot mérő kérdőív (DRSEQ-R) teljes skálája és alszállái és a káros alkoholhasználat mértékét mérő kérdőív (AUDIT) teljes skálája között negatív irányú együttjárás lesz megfigyelhető. Az elemzés elvégzése során a DRSEQ-R teljes skálája és az

AUDIT teljes skálája között szignifikáns, közepes erősségű, negatív kapcsolatot találtunk. Emellett a DRSEQ-R különböző alszállait tekintve minden esetben szignifikáns, közepes erősségű, negatív irányú együttjárás mutatkozott (4. táblázat).

A 2.2. hipotézisünk során az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság és a pozitív alkoholelvárások közötti kapcsolatot kívántuk megvizsgálni. Arra számítottunk, hogy a két konstrukció között negatív irányú együttjárás lesz kimutatható. A Spearman-féle rangkorrelációs eljárás során a DRSEQ-R teljes skála és az AOEQ Pozitív alkoholelvárások alszállája között szignifikáns, közepes erősségű, negatív irányú kapcsolatot találtunk, míg az alszállakat tekintve, a Szociális nyomás és az Érzelmileg megkönnyebbülés alszállai szignifikáns, közepes erősségű, negatív kapcsolatot, míg az Italozásra való lehetőség alszállai szignifikáns, gyenge, negatív kapcsolatot mutatott a pozitív alkoholelvárásokkal. Emellett kiegészítésképpen megvizsgáltuk a DRSEQ-R teljes skálájának és alszállainak a kapcsolatát a Negatív alkoholelvárásokkal is, amelynek során szintén szignifikáns, negatív irányú, közepes, illetve gyenge együttjárásokat sikerült azonosítanunk (4. táblázat).

**4. táblázat.** A káros alkoholhasználat és a pozitív és negatív alkoholelvárások együttjárása az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonysággal

Változók	Káros alkoholhasználat (AUDIT)	Pozitív alkoholelvárások (AOEQ)	Negatív alkoholelvárások (AOEQ)
Italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság (DRSEQ-R összpontszám)	-0,47***	-0,44***	-0,31***
Szociális nyomás alszállai (DRSEQ-R)	-0,47***	-0,44***	-0,29***
Érzelmileg megkönnyebbülés alszállai (DRSEQ-R)	-0,38***	-0,36***	-0,28***
Italozásra való lehetőség alszállai (DRSEQ-R)	-0,30***	-0,24***	-0,23***

Megjegyzés: \*\*\*  $p < 0,001$ ; a táblázatban szereplő értékek Spearman-rho-k.

#### 4.4. A 3. hipotézis tesztelése: mediációs elemzés

A 3.1. hipotézisünkben a pozitív alkoholelvárások és az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság, illetve az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság és a káros alkoholhasználat között lehetséges negatív irányú kapcsolatot kívántuk megvizsgálni. Ezeket felül a 3.2. hipotézisünkben feltételeztük, hogy a pozitív alkoholelvárások és a káros alkoholhasználat mértéke között az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság közvetítő hatása detektálható lesz. Ennek érdekében mediációs elemzést végeztünk, ahol a prediktor (független) változónk a pozitív alkoholelvárások, a kimeneti (függő) változónk a káros alkoholhasználat mértéke, míg a mediátor (közvetítő) változónk az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság volt. Mivel korábbi kutatásokban kapcsolatot mutattak ki az életkor és az alkoholelvárások között (Pinquart & Borgolte, 2022), a mediációs modellben az életkor és a nem hatása kontrollálásra került.

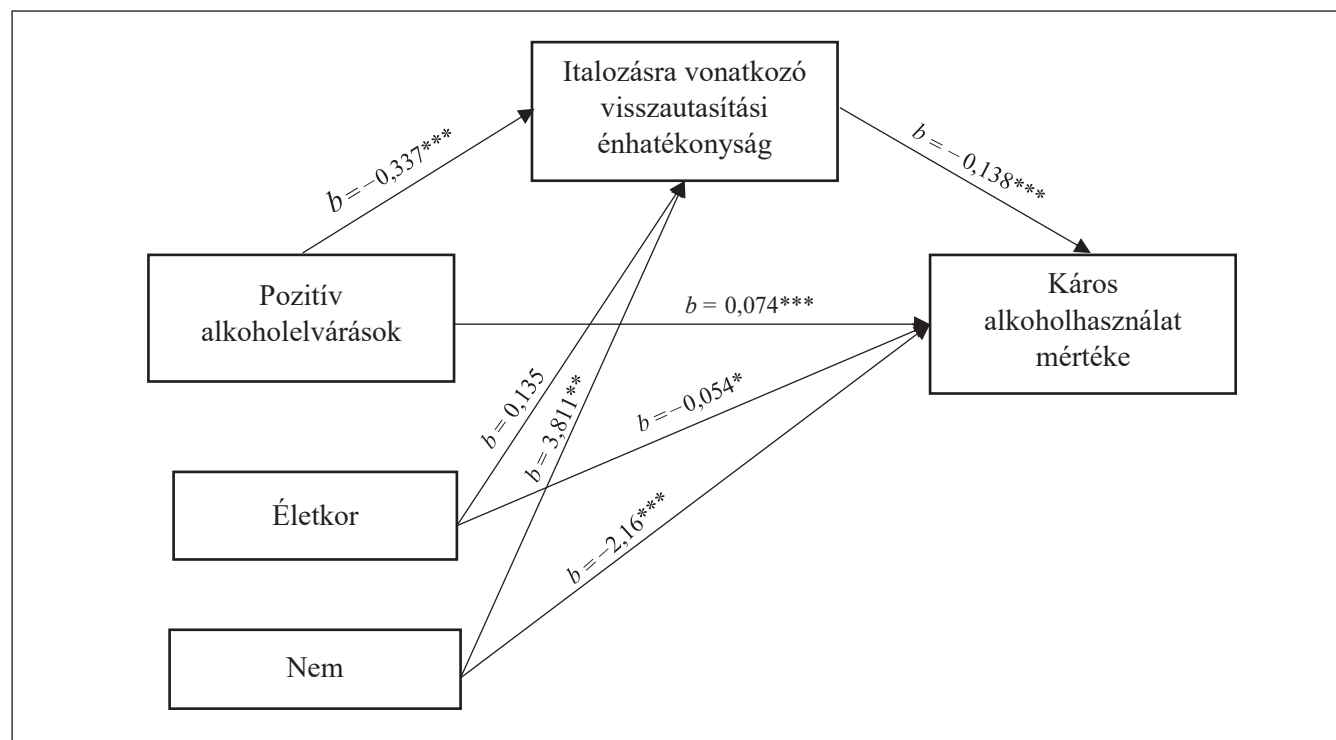
Az elemzés eredményeképpen azt találtuk, hogy a pozitív alkoholelvárások az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság figyelembevétele nélkül szignifikánsan előrejelezték a káros alkoholhasználatot ( $b = 0,121$ ,  $p < 0,001$ ), így pozitív és szignifikáns teljes határról beszélhetünk (az életkor és a nem potenciális hatásának kontrollálása mellett). Ugyanakkor a pozitív alkoholelvárások előrejelző ereje akkor is szignifikáns maradt, amikor az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságot is figyelembe vettük (közvetlen hatás,  $b = 0,074$ ,  $p < 0,001$ ). Emellett, a pozitív alkoholelvárások és az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság, és az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság és a káros alkoholhasználat között negatív és szignifikáns kapcsolatot sikerült azonosítanunk, így elmondható, hogy az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság szignifikáns, részleges közvetítő (mediátor) hatása ( $b$  [95% CI] = 0,047 [0,029–0,066]) érvényesül a pozitív alkoholelvárások illetve a káros alkoholhasználat között (közvetett hatás), ami 38,8%-ot magyaráz a teljes határból. Továbbá az is látható, hogy az





életkor a káros alkoholhasználattal szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutat, míg az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonysággal nem mutatható ki ilyen kapcsolat. Ugyanakkor a nem mind a káros alkoholhasználattal,

mind pedig az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonysággal szignifikáns kapcsolatot mutat: a nők magasabb mértékű visszautasítási énhatékonysággal és alacsonyabb káros alkoholhasználattal jellemezhetőek (1. ábra).



1. ábra. A közvetett és közvetlen hatás modell

Megjegyzés:  $b$ : nem-standardizált regressziós együttható; \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$ . A nem kódolása: 1 = férfi, 2 = nő.

## 5. MEGBESZÉLÉS

A jelenlegi tanulmány elsődleges célja az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságot mérő kérdőív, a *Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Revised* (DRSEQ-R; Oei és mtsai, 2005) faktorstruktúrájának vizsgálata volt magyar mintán. Emellett további hipotéziseket fogalmaztunk meg a szóban forgó konstruktm és az alkoholelvárások, illetve a káros alkoholhasználat kapcsolatára vonatkozóan – ennek során korrelációs és mediációs elemzéseket végeztünk.

1. hipotézisünk a DRSEQ-R (*Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Revised; Italozásra Vonatkozó Visszautasítási Énhatékonyság Kérdőív Módosított változata*) elméleti faktorstruktúrájának megerősítő faktorelemzéssel történő tesztelésére vonatkozott. Bár az eredeti kérdőív ausztrál egyetemista mintán került validálásra (Oei és mtsai, 2005), azóta már számos más mintán is sikerült tesztelni a kérdőív faktorstruktúráját, melyek megerősítették a 3 faktoros (*Szociális nyomás, Ézelmi megkönnyebbülés, Italozásra való lehetőség*) modellt. Ilyenek voltak például a serdülő (Patton és mtsai, 2018; Young és mtsai, 2007), arab és ázsiai (AlMarri és mtsai, 2009; Tak és mtsai, 2008) és egyesült államokbeli egyetemista (Scully és mtsai, 2018) mintán végzett vizsgálatok is. A jelen kutatásban elvégzett megerősítő faktorelem-

zés során sikerült megerősítenünk a fent említett korábbi kutatásokból származó eredményeket, azaz a kérdőív 3 faktoros modellje, illetve az alternatív másodrendű modell is kiváló illeszkedést mutattak a vizsgált magyar mintán. Fontos megjegyezni, hogy a háromfaktoros modell és az alternatív, másodrendű faktort is tartalmazó modell ekvivalensnek tekinthető, az illeszkedési mutatók megegyeznek a két modellben, így azok nem összehasonlíthatóak egymással. Ugyanakkor előfordulhat, hogy az alkalmazott DWLS becslési eljárás felülbecsülte a modell illeszkedését, így indokolt lehetne akár más illeszkedési kritériumok vizsgálata is. Fontos megemlíteni azt is, hogy a 3 faktoros modellben magas együttjárás volt jellemző a faktorok között, ezért indokoltak tartottuk a magasabbrendű visszautasítási énhatékonyság faktor definiálását, ami akár a DRSEQ-R összpontszám, és így az italozási visszautasítási énhatékonyság általános, nem helyzetspecifikus mértékének feleltethető meg. Mindkét modellben szereplő tételek erős faktortöltéssel rendelkeztek az adott faktorokon. A mérőeszköz reliabilitását tekintve, a teljes skála és az alskálák jelen kutatásban kiváló belső konzisztenciát mutattak. Ennek a tanulmánynak és a kapott eredményeknek azért van nagy jelentősége, mert a tudomásunk szerint ez az első, amely magyar (vagy akár kelet-európai) mintán vizsgálja a DRSEQ-R faktor-

struktúráját. Így ennek adaptálásával egy újabb mérőeszköz áll rendelkezésünkre magyar nyelven, ami egy, a problémás alkoholhasználattal kapcsolatba hozható konstruktumot képes megbízhatóan mérni.

A 2.1. *hipotézisünkben* az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság és a káros alkoholhasználat kapcsolatát kívántuk megvizsgálni. Korrelációs elemzéseink eredményei (közepes hatásméretetek mellett) megerősítik a szakirodalomban találhatóakat, miszerint az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság alacsonyabb szintjével nő a problémás alkoholfogyasztás rizikója (Gullo és mtsai, 2010; Hasking és mtsai, 2015; Monk & Heim, 2013; Oei & Jardim, 2007; Oei & Morawska, 2004). Mindez alátámasztja Hasking és munkatársai (2015) érvelését, amely szerint az egyén italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságának mértéke kulcsfontosságú lehet a végső döntéshozatalban arra vonatkozóan, hogy igyon vagy ne igyon egy adott helyzetben.

Emellett a 2.2. *hipotézisünkben* az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság és a pozitív alkoholelvárások közötti összefüggések kapcsán azt feltételeztük, hogy a *DRSEQ-R* alszála (Szociális nyomás, Érzelmi megkönnyebbülés, Italozásra való lehetőség) és a teljes skála, illetve a pozitív alkoholelvárások között negatív irányú korreláció lesz kimutatható. Ezt a hipotézisünket is sikerült megerősítenünk. Eredmények megegyeznek a szakirodalomban olvasottakkal, ahol a pozitív alkoholelvárások magas szintje az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság alacsony szintjével járt együtt (Gilles, Turk, & Fresco, 2006; Hasking & Oei, 2002; Oei & Morawska, 2004). Bár a negatív alkoholelvárásokra vonatkozóan nem foglaltunk meg hipotéziseket, érdemes megemlíteni, hogy a kiegészítő elemzésként elvégzett korrelációs elemzések a negatív alkoholelvárásokra is negatív irányú, szignifikáns és gyenge-közepes kapcsolatokat jeleztek, vagyis növekedett negatív alkoholelvárások esetén alacsonyabb italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság lesz jellemző. Ez a kapcsolat akár azzal is magyarázható, hogy az alacsony italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonysággal jellemezhető problémás alkoholhasználó egyének a szerhasználattal járó negatív következmények megtapasztalásából adódóan már rendelkeznek az alkoholhasználatra vonatkozó negatív alkoholelvárásokkal. Ezzel összefüggésben, kiegészítő korrelációs elemzésként az AUDIT által mért alkoholhasználat nyomán megtapasztalt negatív következmények és a negatív alkoholelvárások között pozitív, közepes és szignifikáns kapcsolatot fedeztünk fel ( $r_s = 0,362, p < 0,001$ ). Így a problémás alkoholhasználók esetén az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság alacsony szintje, illetve a negatív alkoholelvárások növekedett szintje közötti negatív irányú együttjárás lehetséges.

Az alkoholelvárások és az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság kapcsolatának magyarázatára már több elmélet is született. Például a korábban már említett szociális kognitív elmélet (Bandura, 1977), amelyben az alkoholfogyasztást a már egészen korán, gyermekkorban szociális tanulás révén kialakuló alkoholelvárások jelenléte,

és az adott helyzetben észlelt visszautasítási énhatékonyság minősége fogja meghatározni. Emellett fontos még megemlíteni Oei és Morawska (2004) rohamszerű italozásra vonatkozó kognitív modelljét is, amelyben az alkoholelvárásoknak az alkoholhasználattal járó következmények mérlegelésében tulajdonítanak szerepet, azonban a konkrét viselkedéses válasz megjelenése előtt az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság hatása fog érvényesülni. Tehát, mind az alkoholelvárásoknak, mind a visszautasítási énhatékonyságnak fontos szerepe lesz az alkoholfogyasztás kezdeményezésében, ugyanakkor az elvárások hatása inkább indirekt módon fog érvényesülni az énhatékonyságon keresztül (Oei & Morawska, 2004).

3.1. *hipotézisünkben* a pozitív alkoholelvárások és az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság, illetve az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság és a káros alkoholhasználat negatív irányú kapcsolatára foglaltunk meg hipotéziseket. Emellett a 3.2. *hipotézisünkben* már azt is feltételeztük, hogy a pozitív alkoholelvárások és a káros alkoholhasználat mértéke között az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságnak közvetítő hatása lesz azonosítható. A hipotézisünk a meglévő szakirodalomban találhatóakra épül, ugyanis több kutatás is beszámolt már arról, hogy az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság közvetítheti a meglévő alkoholelvárások hatását az alkoholhasználat mértékére (Gullo és mtsai, 2010; Hasking és mtsai, 2015; Oei & Morawska, 2004). A kapott eredményeink megerősítik ezeket a korábbi eredményeket, ugyanis a mediációs elemzés lefuttatása során az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság közvetítő hatása volt kimutatható a pozitív alkoholelvárások és a káros alkoholhasználat mértéke között. Tehát, a kialakult pozitív alkoholelvárások megléte indirekt módon, a visszautasítási énhatékonyság csökkent mértékén keresztül fogja érvényesíteni a serkentő hatását a károsabb alkoholhasználatra vonatkozóan – például, ha az egyénnek az alkoholfogyasztással kapcsolatban olyan elvárásai vannak, hogy fogyasztás során az alkohol feszültségoldó hatását fogja megtapasztalni, akkor olyan helyzetekben, amikor feszültnek érzi magát, kevésbé tud majd ellenállni az alkoholfogyasztásnak, azaz alacsonyabb lesz a visszautasítási énhatékonysága is, amely így hozzájárulhat később a kockázatosabb fogyasztási mintázatokhoz (Hasking és mtsai, 2015). Ugyanakkor jelen kutatásban a korábbi nemzetközi kutatásokkal összhangban (Bot és mtsai, 2005) az alkoholelvárásokat csak a két fő alszála (*Pozitív alkoholelvárások, Negatív alkoholelvárások*) lebontva mértük, a specifikus elvárásokat (pl.: *Feszültségcsökkenés*) nem vizsgáltuk.

Jelen kutatással kapcsolatban érdemes megvitatni a felerőlt limitációkat. Először is, a kutatás során kényelmi mintavételt alkalmaztunk, így a mintánk nem reprezentatív. Ráadásul bizonyos csoportok (pl. fiatal felnőttek, fővárosban élők) felülreprezentálva szerepeltek a mintánkban, ezért a kapott eredmények nem általánosíthatóak a hazai alkoholfogyasztó populációra. Másodszor, az adatfelvétel során keresztmetszeti kutatási elrendezést alkalmaztunk, így nem tudunk ok-okozati kapcsolatokra következtetni a

vizsgált konstruktumok között. Például nem tudjuk, hogy az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság milyen mértékben képes előrejelezni a kockázatos alkoholfogyasztást, illetve az általunk tesztelt mediációs modell a szakirodalomban talált eredmények és elméleti megfontolások alapján került összeállításra. Ugyanakkor nem kizárt, hogy lehetséges más, akár ellentétes irányú kapcsolat is a konstruktumok között (pl. nem az alacsony visszautasítási énhatékonyság miatt alakul ki a problémás alkoholhasználat, hanem a problémás alkoholhasználat eredményeként lesz alacsonyabb az egyén visszautasítási énhatékonysága). Harmadszor pedig, az is feltételezhető, hogy a kapott eredményekre más, ebben a kutatásban nem vizsgált és mért konstruktumok is hatást gyakoroltak. Továbbá, az alkohollal kapcsolatos elvárások tekintetében pontosabb eredmények is születhettek volna, ha a specifikus alsókálakra (pl.: *Társas serkentés*, *Érzelmi következmény*) lebontva is végzünk elemzéseket. Így a jövőben fontos lenne további kutatásokat végezni reprezentatív mintával, longitudinális elrendezésben, illetve más konstruktumokat (pl. impulzivitás, érzelemszabályozás) is érdemes lehet bevonni.

## 6. KÖVETKEZTETÉSEK

Jelen kutatás középpontjában az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság konstruktumának vizsgálata állt. Egyrészt szerettük volna megvizsgálni a konstruktumot mérő egyik kérdőív, a DRSEQ-R faktorstruktúráját magyar mintán is, másrészt a szakirodalomban találták alapján vizsgáltuk a kapcsolatát külön az alkoholelvárásokkal, illetve külön a káros alkoholhasználattal is, végül pedig teszteltük a közvetítő hatását a pozitív alkoholelvárások és a káros alkoholhasználat között. A kutatás több fontos és hasznos eredménnyel zárult: először is, a megerősítő faktorelemzés elvégzése során kimutattuk a mérőeszköz kiváló illeszkedését a háromfaktoros, illetve az alternatív másodrendű faktorrall kiegészített háromfaktoros modellen magyar mintán is. Másodszor, a korrelációs elemzések eredményeképpen sikerült kimutatnunk az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság szignifikáns, negatív irányú kapcsolatát a pozitív alkoholelvárásokkal, illetve a káros alkoholhasználattal, azaz az alacsony italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonysággal rendelkező egyének több pozitív alkoholelvárással rendelkeznek, illetve akár nagyobb valószínűséggel alakulhat ki náluk a problémás alkoholhasználat. Végezetül pedig kimutattuk azt is, hogy az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság közvetítő hatással bír a pozitív alkoholelvárások és a káros alkoholhasználat között, azaz az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyság csökkent mértéke közvetítheti a pozitív alkoholelvárások pozitív hatását a káros alkoholhasználat mértékére.

Eredmények egyfelől megerősítik, másfelől kiegészítik a meglévő szakirodalomban találhatóakat. A *Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Revised* (DRSEQ-R) magyar mintán történő adaptációja gazdagítja a szakirodalomban talál-

ható különböző mintákon végzett adaptációs tanulmányok sorát. Erőssége, hogy a problémás alkoholhasználat kialakulásában jelentős, ám keveset kutatott konstruktum mérése most már magyar nyelven is elérhető megbízható és érvényes mérőeszközt biztosít, illetve azonosítja a kapcsolatot az alkoholelvárások és a káros alkoholhasználat között. Továbbá, a jelen kutatási eredmények további kutatások alapjaiként is szolgálhatnak a jövőben.

A fentiek mellett a jelen kutatásnak gyakorlati implikáció is lehetnek, ugyanis a korábbi szakirodalomban található eredményekből láthatjuk, hogy a problémás alkoholhasználat kialakulásában, vagy akár az alkoholhasználati zavarral küzdők absztinenciájának fenntartásában az egyénnek az italozásra vonatkozó visszautasítási énhatékonyságának nagy szerepe lehet (Gullo és mtsai, 2010; Hasking és mtsai, 2015; Young és mtsai, 2005). Így a kérdőív alkalmazása javasolt lehet a klinikai gyakorlatban. Emellett érdemes lehet olyan prevenció és/vagy intervenció programokat alkalmazni az érintett magasabb rizikójú csoportok (pl. egyetemisták, alkoholhasználati zavarral küzdők) esetén, ahol az egyén énhatékonysága és annak megerősítése, fejlesztése kerül középpontba. Például, Witkievitz és munkatársai (2012) egy kombinált viselkedéses intervenció (*Combined Behavioral Intervention; CBI*) részeként az italozásra vonatkozó visszautasítási tréning hatékonyságát és annak kapcsolatát vizsgálták az alkoholhasználat gyakoriságával és a visszautasítási énhatékonysággal. Ennek kapcsán azt az eredményt kapták, hogy a CBI során a visszautasítási képesség fejlesztése a kezelésben lévő problémás alkoholhasználók körében jelentősen és pozitív irányban befolyásolta a kezelés hatásszerűségét (azaz nagyobb mértékben volt jellemző az absztinencia és annak fenntartása) és ezáltal az egyén visszautasítási énhatékonyságát is, tehát a kezelésben való részvétel a visszautasítási énhatékonyságon keresztül járult hozzá a pozitív alkoholhasználati kimenetekhez.

**Szerzői munkamegosztás:** Nagy Natasa: a kézirat megszövegezése, a hipotézisek kidolgozása, a statisztikai elemzések lefolytatása, az eredmények értelmezése. Magyar Csilla: a kutatás koncepciójának kidolgozása, a kérdőív fordítása, az adatgyűjtés lefolytatása. Horváth Zsolt: a kutatás koncepciójának kidolgozása és a vizsgálat koordinálása, a kézirat szövegének áttekintése, ellenőrzése és kiegészítése, az eredmények értelmezése. A kézirat végső változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

**Nyilatkozat érdekütközésekről:** A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

**Anyagi támogatás:** Horváth Zsolt az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-21-4 kódszámú, valamint a Kulturális és Innovációs Minisztérium ÚNKP-22-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásaiban részesült.



## IRODALOM

- AlMarri, T. S., Oei, T. P., & AbRahman, R. M. (2009). Validation of the drinking refusal self-efficacy questionnaire in Arab and Asian samples. *Addictive Behaviors*, 34, 776–778. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.05.009>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process Of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Bot, S. M., Engels, R. C. M. E., & Knibbe, R. A. (2005). The effects of alcohol expectancies on drinking behaviour in peer groups: observations in a naturalistic setting. *Addiction*, 100(9), 1270–1279. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01152.x>
- Gerevich, J., Bácskai, E., & Rózsa, S. (2006). A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21(1), 45–56.
- Gilles, D. M., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2006). Social anxiety, alcohol expectancies, and self-efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addictive Behaviors*, 31, 388–398. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.020>
- Gullo, M. J., Dawe, S., Kambouropoulos, N., Staiger, P. K., & Jackson, C. J. (2010). Alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy mediate the association of impulsivity with alcohol misuse. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1386–1399. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01222.x>
- Hasking, P., & Oei, T. P. S. (2002). The differential role of alcohol expectancies, drinking refusal self-efficacy and coping resources in predicting alcohol consumption in community and clinical samples. *Addiction Research and Theory*, 10(5), 465–494. <https://doi.org/10.1080/1606635021000034049>
- Hasking, P., Boyes, M., & Mullan, B. (2015). Reward and cognition: Integrating reinforcement sensitivity theory and social cognitive theory to predict drinking behavior. *Substance Use and Misuse*, 50(10), 1316–1324. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1005315>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519.909540118>
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. IBM Corp.
- JASP Team (2022). *JASP (Version 0.16.3)*
- Monk, R. L., & Heim, D. (2013). A critical systematic review of alcohol-related outcome expectancies. *Substance Use and Misuse*, 48, 539–557. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787097>
- Oei, T. P. S. & Morawska, A. (2004). A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 29, 159–179. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(03\)00076-5](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(03)00076-5)
- Oei, T. P. S., Hasking, P. A., & Young, R. McD. (2005). Drinking refusal self-efficacy questionnaire-revised (DRSEQ-R): a new factor structure with confirmatory factor analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 297–307. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.11.010>
- Oei, T. P. S., & Jardim, C. L. (2007). Alcohol expectancies, drinking refusal self-efficacy and drinking behaviour in Asian and Australian students. *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 281–287. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.08.019>
- Leigh, B. C., & Stacy, A. W. (1993). Alcohol outcome expectancies: Scale construction and predictive utility in higher order confirmatory models. *Psychological Assessment*, 5(2), 216–229. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.216>
- Leigh, B. C., & Stacy, A. W. (2004). Alcohol expectancies and drinking in different age groups. *Addiction* 99, 215–227. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00641.x>
- Patrick, M. E., Wray-Lake, L., Finlay, A. K., & Maggs, J. L. (2009). The long arm of expectancies: Adolescent alcohol expectancies predict adult alcohol use. *Alcohol and Alcoholism*, 45(1), 17–24. <https://doi.org/10.1093/alcac/agp066>
- Patton, K. A., Connor, J. P., Rundle-Thiele, S., Dietrich, T., Young, R. McD., & Gullo, M. J. (2018). Validation of the Adolescent Drinking Expectancy Questionnaire and development of a short form. *Drug and Alcohol Review*, 37(3), 396–405. <https://doi.org/10.1111/dar.12567>
- Pinquart, M. & Borgolte, K. (2022). Change in alcohol outcome expectancies from childhood to emerging adulthood: A meta-analysis of longitudinal studies. *Drug and Alcohol Review*, 41, 1216–1225. <https://doi.org/10.1111/dar.13454>
- Rehm, J., Gmel Sr, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., et al. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction*, 112(6), 968–1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction*, 88, 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Scully, K. A., Mohn, R. S., & Madson, M. B. (2018). Psychometric evaluation of the drinking refusal self-efficacy scale – revised with college students in the United States. *Addictive Behaviors*, 85, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.05.032>
- Tak, Y. R., An, J. Y., & Woo, H. Y. (2008). The reliability and validity of a drinking refusal self-efficacy questionnaire-revised (DRSEQ-R) in Korean college students. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38, 344–352. <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.2.344>
- Urbán, R., Czeglédi, E., Kovács, K., & Kelemen, A. (2008). A szenzoros élménykeresés összefüggése az alkoholfogyasztással és az alkohollal kapcsolatos elvárásokkal középiskolások körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63(3), 499–518. <https://doi.org/10.1556/mpszle.63.2008.3.3>





- Witkievitz, K., Donovan, D. M., & Hartzler, B. (2012). Drink refusal training as part of combined behavioral intervention: Effectiveness and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(3), 440–449. <https://doi.org/10.1037/a0026996>
- World Health Organization (WHO) (2018). *Global status report on alcohol and health*. Letöltve: 2021. 10. 27-én: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- Young, R. McD., Oei, T. P., & Crook, G. M. (1991). Development of a drinking self-efficacy questionnaire. *Journal of Psycho-*

*pathology and Behavioral Assessment, 13*, 1–15. <https://doi.org/10.1007/BF00960735>

- Young, R. McD., Connor, J. P., Ricciardelli, L. A., & Saunders, J. B. (2005). The role of alcohol expectancy and drinking refusal self-efficacy beliefs in university student drinking. *Alcohol and Alcoholism, 41*(1), 70–75. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh237>
- Young, R. McD., Hasking, P. A., Oei, T. P., & Loveday, W. (2007). Validation of the drinking refusal self-efficacy questionnaire – Revised in an adolescent sample (DRSEQ-RA). *Addictive Behaviors, 32*, 862–868. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.07.001>

## FÜGGELÉK

### Az Italozásra vonatkozó Visszautasítási Énhatékonyság Kérdőív Módosított változata (Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire – Revised, DRSEQ-R)

A következő állításoknál arra kérjük, hogy jellemezze az alkoholfogyasztás kezelésére való képességét. Válaszai teljesen anonimek, így kérjük, amennyire csak lehetséges, őszintén válaszoljon.

A következőkben olyan szituációkat fog olvasni, mely helyzetekben alkoholfogyasztásra kerülhet sor. Némelyek könnyebben tudnak ellenállni az alkoholfogyasztásnak ezekben a szituációkban, mint mások. Kérjük, jelölje azt a válaszlehetőséget minden állítás mellett, amelyik a legpontosabban leírja, hogy Ön az adott helyzetben mennyire biztosan tudna ellenállni az alkoholfogyasztásnak.

- 1 = Teljesen biztos vagyok benne, hogy nem tudnék ellenállni az alkoholfogyasztásnak
- 2 = Nagy valószínűséggel nem tudnék ellenállni az alkoholfogyasztásnak
- 3 = Valószínűleg nem tudnék ellenállni az alkoholfogyasztásnak
- 4 = Valószínűleg ellen tudnék állni az alkoholfogyasztásnak
- 5 = Nagy valószínűséggel ellen tudnék állni az alkoholfogyasztásnak
- 6 = Teljesen biztos vagyok benne, hogy ellen tudnék állni az alkoholfogyasztásnak

1. Amikor elmegyek vacsorázni.	1	2	3	4	5	6
2. Amikor valaki itallal kínál.	1	2	3	4	5	6
3. Amikor a párom vagy partnerem alkoholt fogyaszt.	1	2	3	4	5	6

4. Amikor a barátaim alkoholt fogyasztanak.	1	2	3	4	5	6
5. Amikor egy kocsmában vagy szórakozóhelyen vagyok.	1	2	3	4	5	6
6. Amikor dühös vagyok.	1	2	3	4	5	6
7. Amikor frusztráltnak érzem magam.	1	2	3	4	5	6
8. Amikor aggódok valami miatt.	1	2	3	4	5	6
9. Amikor zaklatottnak érzem magam.	1	2	3	4	5	6
10. Amikor lehangoltnak érzem magam.	1	2	3	4	5	6
11. Amikor idegesnek érzem magam.	1	2	3	4	5	6
12. Amikor szomorúnak érzem magam.	1	2	3	4	5	6
13. Amikor tv-t nézek.	1	2	3	4	5	6
14. Amikor egy ebéden vagyok.	1	2	3	4	5	6
15. Amikor hazafelé tartok a munkából.	1	2	3	4	5	6
16. Zenehallgatás vagy olvasás közben.	1	2	3	4	5	6
17. Amikor egyedül vagyok.	1	2	3	4	5	6
18. Sportolás után egyből.	1	2	3	4	5	6
19. Hazaérkezve rögtön.	1	2	3	4	5	6

Skálaképzési útmutató:

A kérdőív nem tartalmaz fordított tételt.

A skálaképzés a hozzájuk tartozó tételek összeadásával történik.

Szociális nyomás alskála: 1., 2., 3., 4., 5. tétel

Érzelmi megkönnyebbülés alskála: 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12. tétel

Italozásra való lehetőség alskála: 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19. tétel

Összpontszám: 1–19. tétel

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License ( ) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID\_1)

