

A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT NÉPESSÉG DROGHASZNÁLATA – AZ ORSZÁGOS LAKOSSÁGI ADATFELVÉTEL AZ ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁKRÓL 2015 (OLAAP 2015) REPREZENTATÍV LAKOSSÁGI FELMÉRÉS ALAPJÁN

PAKSI BORBÁLA¹ – DEMETROVICS ZSOLT² – MAGI ANNA^{2,3} –
FELVINCZI KATALIN²

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem, Neveléstudományi Intézet

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

³Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola

E-mail: demetrovics.zsolt@ppk.elte.hu

Beérkezett: 2018. augusztus 4. – *Elfogadva:* 2018. november 21.

Háttér és célok: Magyarországon 2001-ben (ADE 2001), 2003-ban (ADE 2003) és 2007-ben (OLAAP 2007) készült a felnőtt népesség körében célzott drogepidemiológiai adatfelvétel. A magyar népesség addiktológiai problémáinak feltérképezésére/nyomon követésére nyolc év kihagyás után 2015-ben készült újabb célzott vizsgálat. Tanulmányunkban az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás drogfogyasztással kapcsolatos eredményeit mutatjuk be.

Módszer: A vizsgálat a 18–64 éves népesség bruttó 2477, nettó 2274 fős, országos reprezentatív mintáján készült, a 18–34 éves fiatal felnőtt populáció felülreprezentálásával. A 18–64 éves súlyozott minta nagysága 1490 fő. Az adatfelvétel a kérdezettek személyes megkeresésével, ún. „kevert”, a személyes kérdéztét (face to face) és önkitöltős elemeket egyaránt alkalmazó módszerrel, 2015 tavaszán zajlott. A drogfogyasztással kapcsolatos kérdések kialakítása a hazai előzményekre (Paksi, Rózsa, Kun, Arnold és Demetrovics, 2009), az EMCDDA modellkérdőíveire (EMQ) (EMCDDA, 1999, 2002) és aktuális indikátorigényeire/ajánlásaira (EMCDDA, 2015b), továbbá az európai országok drogepidemiológiai vizsgálatainak metaanalízisére (Decorte, Mortelmans, Tieberghien és De Moor, 2009) támaszkodik. Az adatok feldolgozása az EMCDDA (2002) standardok szerint történt.

Eredmények/következtetések: A kutatás eredményei szerint a magyarországi 18–64 éves népességben minden tízedik válaszoló (9,9%) fogyasztott már valamilyen tiltott szert az élete során. A tiltott drogok éves prevalenciaértéke 2,3%, a havi prevalenciaértéke pedig 1,2%. A legtöbben marihuánát/hasist fogyasztottak eddig életük során, ezt követi az ecstasy, a szintetikus-kannabinoidok, az amfetamin és az új stimulánsok népszerűsége. A drogokkal való kapcsolatba kerülés társadalmi-demográfiai kockázati tényezőit vizsgálva a droghasználat korosztályos és urbanizációs mintázódása mellett a kulturális/gazdasági státus, valamint az impulzivitás szerepét kell kiemelnünk.

Kulcsszavak: drogfogyasztás, lakossági vizsgálat, reprezentatív felmérés, Magyarország

BEVEZETÉS

A nemzetközi ajánlások (EMCDDA, 2009a, 2009b; Hibell és mtsai, 2000; Decorte, Mortelmans, Tieberghien és De Moor, 2009) a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos általános populációs kutatások legalább négyévenkénti megismétlését javasolják, s felhívják a figyelmet arra is, hogy azokban a periódusokban, amikor a probléma intenzív változása feltételezhető, különösen fontos a vizsgálatok rendszeres – akár két-évenként történő – ismétlése. A jelen tanulmányban bemutatásra kerülő vizsgálatot megelőzően a magyarországi felnőtt népesség körében 2007-ben készült utoljára a különböző szerhasználó magatartások és viselkedési addikciók vizsgálatára irányuló célzott epidemiológiai adatfelvétel (OLAAP 2007) (Paksi, Rózsa, Kun, Arnold és Demetrovics, 2009). A 2007 és 2015 közötti időszakra vonatkozóan nem ismerjük az addiktológiai problémák tekintetében a felnőtt népesség körében lezajló magyarországi tendenciákat, holott az ezekre az évekre vonatkozó nemzetközi jelentések az európai droghelyzet változásáról, a drogfogyasztás epidémiájának jelentős átalakulásáról, a drogprobléma összetettségének növekedéséről, új pszichoaktív szerek, új populációk, új hozzáférési formák megjelenéséről számolnak be (pl. EMCDDA, 2015a, 2016). Magyarországon a 2007-es lakossági vizsgálat óta eltelt években az iskolás populációban készült kutatások (Elekes, 2012, 2016; Hibell és mtsai, 2012; European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD] Group, 2016; Németh és Költő, 2011, 2014) a drogfogyasztás elterjedtsége és/vagy struktúrája tekintetében szintén intenzív, de a nemzetközi tendenciáktól több tekintetben eltérő változásokat jeleztek, ami különösen is indokoltá teszi az általános populációban a pszichoaktív szerhasználat terén zajló folyamatok monitorozását.

Jelen tanulmányban az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) vizsgálat droghasználattal kapcsolatos eredményeit mutatjuk be. Először általában a tiltott droghasználat, illetve a különböző tiltott drogok elterjedtségét, valamint együttjárását, a polidroghasználat előfordulását vizsgáljuk, majd az első droghasználat életkori jellemzőivel, az egyes korévekben jelentkező lakossági kockázatokkal foglalkozunk. Ezt követően a tanulmány röviden kitér a különböző tiltott szerek fogyasztásával és hozzáférhetőségével kapcsolatos percepciókra, valamint a fogyasztásnak való kitettségére vonatkozó új indikátorok (EMCDDA, 2015b) mentén kapott eredményekre. A következő részben a droghasználat társadalmi-demográfiai, illetve pszichológiai jellemzők mentén mutatkozó mintázódásait elemezzük. A társadalmi mintázódások vizsgálata során elsősorban a strukturalista/funkcionalista elméletek, azon belül a társadalmi/kulturális struktúrában való elhelyezkedéssel és az anómiával kapcsolatos magyarázatok, valamint az integrációs megközelítések (családi integráció, vallás, egyéb társas kapcsolatok) – esetenként az elméletek kapcsolódása, illetve az indikátorok különböző értelmezései okán egymást átfedő indikátorai – mentén mutatjuk be a társadalmi rizikótényezők és megóvó faktorok érvényesülését (Paksi, 2007). A pszichológiai tényezők vonatkozásában elsődlegesen a pszichoaktív szer használatával gyakran összefüggésbe hozott impulzivitás és a különböző pszichés tünetek vizsgálatára helyeztük a hangsúlyt. Az eredmények bemutatását az elmúlt közel másfél évtized tendenciáinak felvázolásával zárjuk.

MÓDSZER

Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertani háttere részletesen bemutatásra került egy önálló, a kutatás módszertani jellemzőit és eredményeit tárgyaló cikkünkben (Paksi, Demetrovics, Magi és Felvinczi, 2017). Jelen tanulmány módszertani részében csak az itt közölt eredményekhez közvetlenül kapcsolódó legfontosabb módszertani jellemzőkre térünk ki.

Minta és eljárás

A kutatás célpopulációját a magyarországi 18–64 éves népesség, a mintavételi keretet az Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala (KEKKH) 2014. január 1-jei nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező állandó lakosság képezte (6 583 433 fő). Az adatfelvétel a keretpopuláció területi elhelyezkedés, urbanizációs fok és életkor szerint rétegzett (összesen 145 rétegbe sorolt), bruttó 2477 fő országos reprezentatív mintáján zajlott, a 18–34 éves populáció felülreprezentálásával.

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

Az adatfelvétel 2015 tavaszán történt. Az elért nettó minta nagysága 2274 fő. A mintakiesések, valamint a fiatal felnőtt (18–34 éves) populációban alkalmazott felülreprezentálás (oversampling) korrigálására nem elemszámtartó, rétegek kategóriák szerinti mátrixsúlyozást alkalmaztunk. A 18–64 éves népességre vonatkozó súlyozott minta nagysága 1490 fő, a minta elméleti hibahatára 95%-os megbízhatósági szinten $\pm 2,54\%$.

A droghasználat elterjedtségének becslése során alkalmazott kérdések

Az adatfelvételi battéria kialakításának kiindulópontját és módszertani megalapozását a 2007-ben készült OLAAP vizsgálat (Paksi és mtsai, 2009) képezte, ami a tiltott droghasználat vonatkozásában leképezte az EMCDDA modellkérdőívének (EMQ) (EMCDDA, 1999, 2002) ajánlásait, valamint harmonizált korábbi magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatokkal (Elekes, 2004; Elekes és Paksi, 2004; Paksi, 2003). Az OLAAP 2015 kutatásban a tiltott szerhasználattal kapcsolatos kérdések aktualizálása során a kétezres években Európában készült drogepidemiológiai vizsgálatok metaanalízisének (Decorte és mtsai, 2009) eredményeit, továbbá az EMCDDA – részben az említett metaanalízis tapasztalataival harmonizáló – indikátorigényének változásait (észlelt fogyasztás, észlelt hozzáférhetőség, fogyasztásnak való kitettség), illetve az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használatának nyomon követésére

az általános populációs vizsgálatok vonatkozásában megfogalmazott EMCDDA-ajánlásokat (EMCDDA, 2015b) vettük figyelembe.

Az tiltott drogokkal kapcsolatos adatok megbízhatóságát és érvényességét adatbázison belüli eszközökkel vizsgálva azt mondhatjuk, hogy némely szer esetében a prevalenciaértékek jelentős inkonzisztens információt tartalmaznak, s a hiányzó, illetve érvénytelen válaszok aránya a semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez képest relatíve magas. A korábbi lakossági drogepidemiológiai vizsgálatokhoz (Paksi és mtsai, 2009) viszonyítva a mintavételen kívüli hibák kedvezőtlen irányba mozdultak el (1. táblázat). Ugyanakkor a legelterjedtebb tiltott drogokkal kapcsolatos prevalencia-adatok főként konzisztens információkat hordoznak, így az inkonzisztenciák a tiltott szerek összesített életprevalencia-értékébe viszonylag kis torzítottságot visznek, továbbá a mintavételen kívüli hibák jellemzően nem mutatnak szignifikáns társadalmi-demográfiai mintázódást, azaz a kutatás a tiltott szerhasználat rizikófaktorainak megbízható becslését teszi lehetővé (részletesen lásd: Paksi és mtsai, 2017).

1. táblázat. A tiltott drogokkal kapcsolatos válaszok megbízhatóságára és érvényességére utaló mutatók a 2007-es és a 2015-ös OLAAP-vizsgálatban (súlyozatlan adatok)

	2007	2015
Az inkonzisztens válaszok aránya a különböző idejű prevalenciakérdésekben (válaszolók %-ában)		
Marihuána	0,5	0,5
Ecstasy	0,1	0,7
Amfetamin	0,2	0,4
Az életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó kérdések alapján inkonzisztens válaszok aránya a konzisztens fogyasztók százalékában		
Marihuána	4,2	5,8
Ecstasy	7,7	10,0
Amfetamin	5,3	31,6
Kokain	0,0	55,6
Heroin	0,0	250,0
Egyéb opiát	100,0	100,0
LSD	22,2	44,4
Mágikus gomba	40,0	83,3
Válaszhiányok és érvénytelen válaszok arányának alakulása (%)		
Tiltott drogokkal élés éves/havi prevalenciaértékei	5-6/≈9	≈10/≈13

Szociodemográfiai és pszichológiai háttérváltozók

A droghasználat szociodemográfiai mintázódásának vizsgálatakor a szokásos (életkor, nem, lakóhely, anyagi helyzet, háztartásméret stb.) jellemzők mellett az alábbi háttér-változók kerülnek felhasználásra:

- Várható legmagasabb iskolai végzettség: A befejezett iskolai végzettség és a jelenleg végzett tanulmányok alapján képzett, a korábbi OLAAP-vizsgálatok során is (Paksi és mtsai, 2009) alkalmazott változó.

- Végzettségi mobilitás: A kérdezett várható iskolai végzettségének elmozdulása nők esetében az anya, férfiak esetében az apa végzettségéhez képest (Róbert, 1990).
- Családi devianciák száma: A kérdezett szűkebb vagy tágabb családjában előforduló szenvedélymagatartások vagy egyéb problémás viselkedések (dohányzás, rendszeres alkoholfogyasztás, sok nyugtató/altató fogyasztása, kábítószer-használat, szerencsejáték, öngyilkossági kísérlet, befejezett öngyilkosság, pszichiátriai kezelés) számát kifejező, a korábbi OLAAP-vizsgálatok során is (Paksi és mtsai, 2009) alkalmazott változó.
- Anómia: Az anómia mértékét a – Srole és Seeman anómia-, illetve elidegenedésdefiníciójának egyes elemeit ötvöző (Robinson, Shaver, Wrightsman, 1991) – normaszegés, a hatalomnélküliség, az orientációhiány és az elidegenedés dimenziói mentén, 4 fokú skálán (1 – egyáltalán nem ért egyet; 4 – teljesen egyetért) mérő, 10 itemet tartalmazó szubjektív indikátor (Andorka, 1994). Az alkalmazott mutató nagyobb értéke az anómiás érzületek fokozott jelenlétét jelzi.
- Deprivációs index: A többdimenziós hátrányos helyzet (Townsend, 1979) komplex jelzőszáma. Az általunk alkalmazott index 16 életkörülmény-komponensen alapul,¹ az értéke az anyagi okokból hiányzó² életkörülmény-komponensek számát fejezi ki. A mutatót anyagi okokból származó életkörülmény-hiányok indexének is nevezik (Kapitány, Spéder, 2004).
- WHO általános Jólét skála: (Susánszky, Konoly, Stauder, Kopp, 2006) az egyének általános közérzetét vizsgálja 5 tétellel 4 fokú skálán (0 – nem volt jellemző; 3 – nagyon jellemző volt).

A drogfogyasztás pszichiátriai tünetek és az impulzivitás mentén mutatkozó mintázódásának vizsgálatára az alábbi mérőeszközök kerültek felhasználásra:

- Pszichiátriai tünetek: BSI – Rövid Tünetlista (Brief Symptom Inventory; Derogatis és Melisaratos, 1983; magyarul: Unoka, Rózsa, Kő, Kállai, Fábián és Simon, 2004) 27 tétele, melyekkel a BSI által vizsgált pszichés tünetek közül a depresszió, szorongás, ellenségesség, interperszonális érzékenység és a kényszer jelenlétét vizsgáltuk. A tételek együttesen az általános distressz szintjéről adnak információ-

¹ A kutatás az EU deprivációs indikátorai (Fusco, Guio, Marlier, 2010; Guio, Gordon, Marlier, 2012) és az Életünk fordulópontjai című hazai kutatási program különböző hullámaiban alkalmazott indikátorok (Kapitány, Spéder, 2004; <https://www.demografia.hu/hu/kutatoknak>) alapján a következő 16 életkörülmény-komponens meglétét vizsgáltuk: egy lakás, amiben mindenkinek van egy külön szobája (1); WC és fürdőszoba vagy zuhanyzó a lakásban (2); automata mosógép (3); mosogatógép (4); LCD, plazmatelevízió ('lapos tv') (5); otthoni/saját internet-hozzáférés (6); asztali számítógép vagy laptop (7); okostelefon, táblagép (8); évente egy hétre elutazni valahova pihenni (9); rendszeresen vásárolhasson új ruhákat (10); lecserélhesse elöregedett bútorait, háztartási eszközeit (11); megfelelően melegen tarthassa a lakását (12); havonta egyszer étteremben ebédelhessen (13); havonta egyszer meghívhatta barátait vacsorára (14); autó (a háztartásban valakinek személyes tulajdonában) (15); havonta valamennyit, legalább 10 ezer forintot félre tudjon tenni (16).

² A válaszadók az adott életkörülmény-komponens meglétével, illetve hiányával kapcsolatos válaszukat, az alábbi lehetőségek mentén fejezik ki: 1 – rendelkeznek ilyen lehetőséggel; 2 – anyagi okok miatt nem rendelkeznek ilyen lehetőséggel, illetve 3 – más okból nem rendelkeznek vele.

ót. A tüneteket a részt vevők 5 fokú skálán értékelték, hogy a kérdezés előtti egy hét során azok mennyire voltak jellemzőek rájuk (1 – egyáltalán nem; 5 – nagyon).

- Impulzivitás: BIS-11 – Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale) (Barratt, 1959; Patton, Stanford és Barratt, 1995; Kapitány-Fövény, Varga, Potenza, Griffiths, Székely, Paksi és mtsai, 2018) 21 tételes változata az impulzivitás 3 területét vizsgálja: a tervezés hiányát, a figyelmi, illetve a motoros impulzivitást 4 fokú skálán (1 – soha, alig; 4 – majdnem mindig, mindig).

Az adatfeldolgozás módja

Az elemzések a nemzetközi ajánlások és szakirodalmi előzmények alapján, IBM SPSS Statistics 25 programmal készültek. A szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos prevalenciaváltozók képzése az EMCDDA (2002) standardoknak megfelelően, az életprevalencia (lifetime prevalence, továbbiakban: LTP), az éves prevalencia (last year prevalence, továbbiakban: LYP), illetve a havi prevalencia (last month prevalence, továbbiakban: LMP) kiszámítása során ún. „konzisztencia korrekció” (i. m. 35.) alkalmazásával történt.

2. táblázat. Az OLAAP 2015 kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása

Az adatfelvétel ideje	2015. március–április
Területi lefedettség	Országos
Célpopuláció	18–64 éves magyarországi lakónépesség
Mintakeret	A KEKKH 2014. január 1-i nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező állandó lakosság (6 583 433 fő)
Mintaválasztás módja	Régió, településméret, életkor szerint rétegzett véletlen minta, a 18–34 éves korosztály felülreprezentálásával (oversampling)
Mintanagyság	Teljes minta: Br: 2477 fő / N: 2274 fő
Elméleti hibahatár	Az almintákban 95%-os megbízhatósági szinten $\pm 2,5\%$ ³
Adatgyűjtési eljárás	Kevert: személyes kérdezés (face to face) + önkitöltős technika
Adatfelvétel eszköze	EMQ + ÚPSZ + viselkedési addikciók + pszichiátriai tünetek + attitűdök + szociodemográfiai kérdések
Súlyozás	A felülreprezentáció és a mintakiesések miatti torzulások korrigálására rétegekategoróriák szerinti mátrixsúlyozás. 18–64 éves súlyozott minta nagysága: 1490 fő 18–34 éves súlyozott minta nagysága: 1534 fő

³ Az elméleti hibahatár számítása során ún. konzervatív megoldásként az 1490 fős súlyozott mintából indultunk ki. Tekintettel arra, hogy a 18–34 éves populációban alkalmazott felülreprezentálás (oversampling) miatt nem elemszámtartó súlyozást alkalmaztunk, a kutatás során ténylegesen elért személyek száma nagyobb, az ahhoz tartozó elméleti hibahatár pedig kisebb ($\pm 2,055$) a súlyozott mintára számított értéknél.

EREDMÉNYEK

Prevalenciaértékek

A kutatás eredményei szerint a magyarországi 18–64 éves népességben minden tizedik válaszoló fogyasztott már valamilyen a tiltott drogot⁴ az élete során (3. táblázat). Az éves prevalencia értéke 2,3%. A valaha használók közel egynegyede használt az elmúlt évben (is) valamilyen tiltott szert, s többségük (közel háromnegyedük) tényleges folyamatos használó. A tiltott drogok havi prevalenciaértéke alapján a valaha fogyasztókon belül kb. minden nyolcadik használó aktuálisan (is) használ valamilyen tiltott szert.

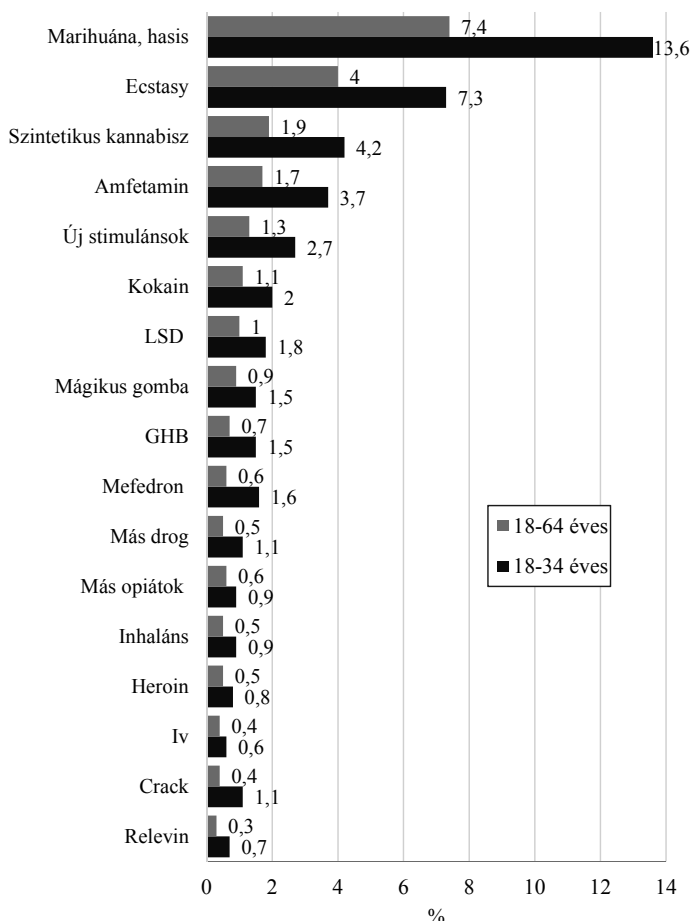
A 18–64 éves népességben kapott értékekhez képest a fiatal felnőtt (18–34 éves) népességben – a drogfogyasztás növekvő társadalmi trendje, illetve a drogok kipróbálásának és használatának korosztályos jellege következtében (lásd később drogfogyasztás kumulált prevalencia görbáját) – a drogfogyasztás különböző időszakokra számított prevalenciaértékei 95%-os megbízhatósággal rendre hibahatáron túl magasabbak: a tiltott drogok életprevalencia-értéke 17,7%, az éves prevalencia értéke 5,3%, a havi prevalencia pedig 2,8%. A valaha használó fiatal felnőttek megközelítőleg egyharmada az elmúlt évben (is) fogyasztott valamilyen tiltott szert, kb. egyhatodik pedig aktuálisan (is) használ (3. táblázat).

A felnőtt népességben a legtöbben marihuánát/hasist fogyasztottak eddig életük során (hibahatár: $\pm 1,4$), közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy (hibahatár: $\pm 1,0$) életprevalencia-értéke. E két legnépszerűbb szert – azoktól jelentősen elmaradva, hibahatáron belül megegyező életprevalencia-értékekkel – követik a szintetikus kannabinoidok (hibahatár: $\pm 0,7$), az amfetamin (hibahatár: $\pm 0,7$) és az új stimulánsok (hibahatár: $\pm 0,6$). A fiatal felnőtt népességben a szerenkénti életprevalencia-értékek alapján kirajzolódó szerpreferenciák – a legnépszerűbb szerek esetében – a felnőtt lakosságban tapasztalt sorrenddel megegyezők, csak az életprevalencia-értékek mintegy kétszer nagyobbak (1. ábra).

3. táblázat. A tiltott drogok elterjedtségének főbb mutatói (18–34 és 18–64 éves válaszolók százalékaiban, a 95%-os megbízhatósági szinten érvényes standard hiba (SE) feltüntetésével)

Főbb mutatók	18–64 évesek			18–34 évesek		
	N	%	SE	N	%	SE
Életprevalencia – LTP	1341	9,9	$\pm 1,6$	1397	17,7	$\pm 2,0$
Éves prevalencia – LYP	1338	2,3	$\pm 0,8$	1392	5,3	$\pm 1,2$
Havi prevalencia – LMP	1343	1,2	$\pm 0,6$	1394	2,8	$\pm 0,9$
Folyamatos fogyasztási ráta	129	24,0	$\pm 7,4$	239	30,7	$\pm 5,9$
Új belépők aránya	129	6,4	4,2	239	9,2	3,7
Kilépési arány	129	76,0	7,4	239	69,3	5,9
Folyamatos fogyasztási ráta incidenciánál	129	17,6	$\pm 6,6$	239	21,5	$\pm 5,2$

⁴ A kutatás az alábbi tiltott drogokat vizsgálta: marihuána/hasis, szintetikus kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, crack, új stimulánsok, heroin, egyéb opiátok, LSD, mágikus gomba, GHB, mefedron, intravénás drog, más drog.



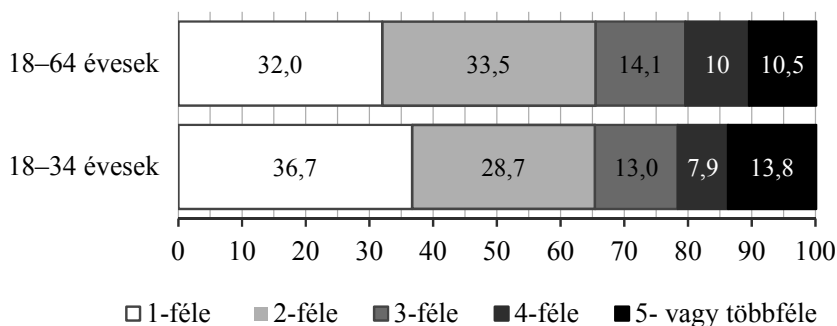
1. ábra. A szerenkénti életprevalencia-értékek (18–64 éves és 18–34 éves válaszolók százalékában)⁵

Polidroghasználat

A 18–64 éves népességben az elmúlt évben használók kétharmada a kutatás során vizsgált 14-féle drog közül mindössze egy- vagy kétféle drogot használt a kutatást megelőző év során.⁶ A másik egyharmad (34,6%) fogyasztási mintázata változatosabb: ők

⁵ A dummy drog esetében az életprevalencia a 18–64 éves válaszolók körében 0,3%, a 18–34 éves válaszolók körében pedig 0,7%.

⁶ Ha csak az EMQ standard 6-féle drogra (cannabis, XTC, amfetamin, kokain, heroin, LSD) (EMCDDA, 2002) vizsgáljuk a polidroghasználat előfordulását, akkor a kétharmad (65,2%) mindössze 1-féle drogot használt, 2-féle drogot használók aránya pedig 18,6% a 18–64 éves népességben.



2. ábra. Polidroghasználat (a vizsgált 14-féle drogra), az elmúlt évben használó 18–64 évesek (N = 31) és 18–34 évesek (N = 73) százalékában

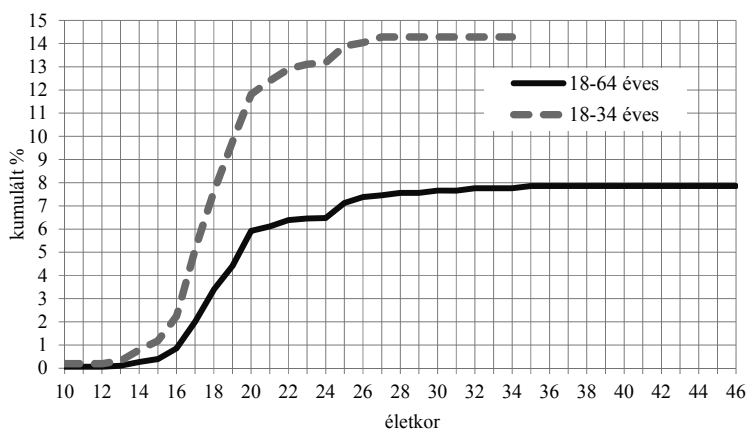
legalább háromféle, ezen belül 10,5% öt- vagy többféle drogot fogyasztott. A fiatal felnőtt népesség fogyasztási mintázatának változatossága – a mérés hibahatárát figyelembe véve – nem különbözik a felnőtt népességben általában tapasztalttól (2. ábra).

Első droghasználat

Az első droghasználat átlagos életkora a 18–64 éves populációban a 20 éves kor (módusz szintén 20, medián 19), s 17 évesen egynegyedük (25,5%), 16 éves korban pedig egytizedük (10,8%) volt túl volt az első használaton. Az első droghasználat életkorának csökkenő társadalmi tendenciáját jelzi, hogy a fiatal felnőtt válaszolók körében a tiltott droggal való első találkozás korábban, átlagosan 18–19 éves kor között (18,6 évesen), leggyakrabban (módusz) pedig 17 évesen történt. A valaha használó fiatal felnőttek fele 18 évesen (medián), több mint egyharmaduk (36%) 17 évesen, minden hatodik használó (15,7%) pedig 16 éves korban volt túl az első használaton.

A 18–64 éves és a 18–34 éves népességre – az első drogfogyasztás életkora alapján számított – kumulált prevalenciagörbék⁷ egymáshoz viszonyított helyzete pedig azt is jelzi (3. ábra), hogy a fiatal felnőtt populációban – az első használat életkorának alacsonyabb átlagértéke mellett – nem jelent meg korábban a drogokkal való ismerkedés, azonban az egyes korévekben jóval nagyobb volt a kockázata a drogokkal való kapcsolatba kerülésnek. A vizsgálat idején 18–34 éves korosztály tagjai a legnagyobb kockázatnak 16–18 éves koruk között voltak kitéve: ekkor évente a korosztály mintegy 3%-a próbált ki valamilyen tiltott drogot. Majd 18–20 éves kor között ez a kockázat 2%-ra, 20–27 éves kor között pedig átlagosan kevesebb mint fél százalékra csökkent, s aki 27 éves koráig nem került kapcsolatba a drogokkal, az később már nem próbálta ki.

⁷ Amennyiben valamely populációban az első droghasználat évére vonatkozó gyakorisági adatok kumulált értékeit ábrázoljuk, a görbék meredeksége a populáció drogokkal való kapcsolatba kerülésének, azaz az életprevalencia-érték növekedésének kockázatát mutatja a különböző életkorokban.



3. ábra. A tiltott drogfogyasztás kumulált prevalenciagörbéje a 18–64 éves (N = 1349) és a 18–34 éves (N = 1399) válaszolók körében

A 18–64 éves korosztályban is a 16–20 éves kor közötti periódus volt a legnagyobb kitettségű életszakasz, azonban egyik korévben sem haladta meg a kockázat az 1,5%-ot.

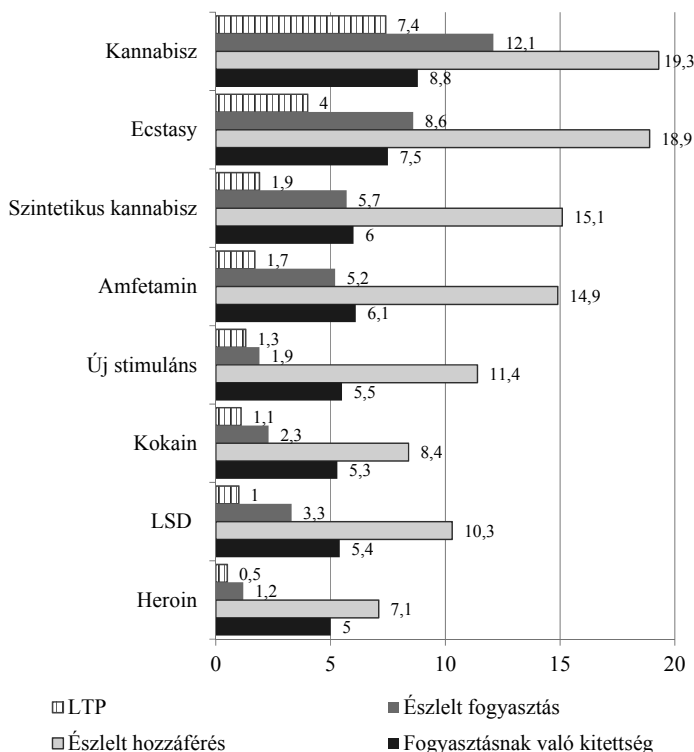
A kumulált prevalenciagörbe nemcsak a drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázatának korosztályos jellegét mutatja meg, hanem a különböző korosztályokra vonatkozó görbék egymáshoz viszonyított helyzete lehetőséget ad a keresztmetszeti adatok alapján a droghasználat társadalmi tendenciáinak becslésére is: a 18–64 éves népességhez képest a fiatal felnőttek kumulált görbéjének nagyobb meredeksége a drogfogyasztás hosszú távon növekvő tendenciáját is jelezi.

Észlelt fogyasztás, észlelt hozzáférhetőség, fogyasztásnak való kitettség percepciója

Egy társadalomban a különböző szerhasználó magatartások elterjedtségének, a társadalom szerhasználati prioritásainak megismeréséhez – különösen, ha a szerhasználat bevallása nagy vagy szerenként változó társadalmi és törvényi kockázatokat hordoz – fontos információkkal szolgálhatnak a fogyasztási adatoknál kevésbé érzékeny, a drogjelenség percepciójával kapcsolatos adatok. Ilyen a környezetben észlelt fogyasztás, a drogok beszerezhetőségével kapcsolatos vélekedések (észlelt hozzáférés), valamint a fogyasztásnak való kitettségre vonatkozó percepciók.

A fogyasztásnak való kitettség alapján a legnépszerűbb szerek vonatkozásában kirajzolódó szersorrend gyakorlatilag leképezi az életprevalencia-adatok alapján azonosítható szerpreferenciákat. Az észlelt hozzáférés alapján is csak egy esetben tapasztalunk eltérést: az LSD kétharmados biztonsággal megelőzi – az életprevalencia alapján a fogyasztásban azonos súllyal szereplő – a kokaint. Az észlelt fogyasztási adatok szintén döntően megerősítik a prevalenciaadatokban jelentkező szerhasználati prioritásokat: az egyetlen eltérés, hogy prevalenciaadatok alapján kirajzolódó szersorrendhez képest a környezetben jelenlévő fogyasztásra vonatkozó lakossági percepciók alapján az új stimulánsok relatíve kisebb jelentőséggel bírnak (4. ábra).

A drogjelenség percepciójával kapcsolatos információk tehát a saját fogyasztással kapcsolatos bevallások eredményeihez rendre hasonló tendenciákat jeleznek, megerősítve azt, hogy a magyar társadalomban a legelterjedtebb drog a marihuána, ezt követi az ecstasy, majd a szintetikus kannabisz, illetve az amfetamin. A legtöbb jelzés (saját fogyasztás bevallása, észlelt hozzáférés, fogyasztásnak való kitettség) alapján az amfetamint az új stimulánsok követik, de ezt a saját környezetében relatíve kevésbé érzékeli a lakosság.



4. ábra. A fogyasztásnak való kitettség,⁸ az észlelt fogyasztás,⁹ észlelt hozzáférés,¹⁰ valamint az életprevalencia (LTP) alakulása a 18–64 éves populációban (%)

⁸ Az „Előfordult-e az elmúlt 12 hónapban, hogy az alábbi drogok valamelyikével kínálták (ingyenesen vagy azért, hogy vásároljon)?” – kérdésre adott „legalább egyszer” válaszok aránya, a válaszolók %-ában.

⁹ A „Van-e az ön ismerősei között olyan személy, aki az alábbi szerek valamelyikét valaha fogyasztotta?” – kérdésre adott „igen” válaszok aránya, a válaszolók %-ában.

¹⁰ A „Mit gondol, mennyire nehezen tudná beszerezni a következő drogokat 24 órán belül” – kérdésre adott „elég könnyen” vagy „nagyon könnyen” válaszok aránya, a válaszolók %-ában.

A droghasználat szociodemográfiai és pszichológiai mintázódása

A tiltottdrog-használatban való érintettség társadalmi-demográfiai mintázódását leíró statisztikai eszközökkel elemezve, a vizsgált indikátorok mentén többnyire szignifikáns ($p < 0,05$) vagy tendencia jellegű ($p > 0,05$ és $p < 0,1$) eltérések figyelhetők meg (lásd 4–5. táblázat).

Leginkább markáns különbségek az életkor vonatkozásában tapasztalhatók: a legfiatalabb (18–24 éves) felnőtt népesség körében a tiltottdrog-használat életprevalencia-értéke több mint hétszerese a legidősebb (55–64 éves) korosztályban mért értéknek, s a valaha tiltott drogokkal kapcsolatba került népesség átlagosan mintegy 9 évvel fiatalabb azoknál, akik soha nem használtak semmilyen tiltott szert. A tiltottdrog-használat urbanizációs mintázata szintén markánsan megmutatkozik: az 50 ezer fős vagy nagyobb településen élők körében több mint kétszeres életprevalencia-értékeket mérünk, mint a kisebb településeken, s hasonló különbség jelentkezik főváros–vidék viszonylatban is. A leíró statisztikai adatok alapján a férfiak életprevalencia-értéke is szignifikánsan meghaladja a nőkét.

Jelentős különbségek azonosíthatók a családi minta tekintetében is: a szűk vagy tág családban előforduló deviáns magatartások száma esetében a hatásméret megközelíti az életkori hatás nagyságát.

A kulturális, illetve a gazdasági státus vizsgált indikátorainak többsége mentén szintén szignifikáns mintázódást tapasztaltunk. Az iskolai végzettség, a munkaerő-piaci aktivitás, a háztartás jövedelme, illetve relatív anyagi helyzete alapján a kedvezőbb státusúak mutatnak az átlagosnál nagyobb kitettséget, s tendencia jelleggel kisebb a droghasználók deprivációs indexe is. Más státusmutatók (szakképzettség, végzettségi mobilitás, szubjektív anyagi helyzet, anyagiakkal vagy munkával való elégedettség) ugyanakkor nem jeleztek szignifikáns mintázódásokat.

A társadalmi integrációval kapcsolatos magyarázatok közül leginkább a vallás megővő szerepe azonosítható: a nem vallásos válaszolók körében kapott életprevalencia-érték kétszer nagyobb, mint a – maga módján vallásos vagy az egyház tanításait követő – vallásos népességben. Tendencia jelleggel alacsonyabb a droghasználók társas (családi és egyéb társas) kapcsolatokkal való elégedettsége is, azonban a családi integráció objektív indikátorai (háztartásméret, együtt élő kapcsolat léte) mentén nem mutatkozott szignifikáns különbség. A leíró statisztikai eredmények hasonlóképpen nem jeleztek eltérést a droghasználati tapasztalattal rendelkező, illetve nem rendelkező válaszolók anómiás érzületeiben és általános jóllétében sem.

A droghasználat az Impulzivitás skála (BIS-11) összpontszámával és az alskálák többségével is szignifikáns összefüggést mutat: a fogyasztók körében – a tervezés hiánya alskála kivételével – mindegyik skála átlagértéke szignifikánsan magasabb. A pszichiátriai tünetek vizsgálatára alkalmazott Rövid Tünetlista (BSI) esetében azonban sem az összpontszám, sem az alskálák tekintetében nem jelentkezett szignifikáns mintázódás: mindössze az ellenségesség alskála mentén kaptunk szignifikánsan magasabb átlagértéket a fogyasztók esetében.

A 4. és 5. táblázatban szereplő, a leíró statisztikai elemzések során használt változók teljes körén bináris logisztikus regressziós elemzéssel megvizsgáltuk, hogy a többi változó kontroll alatt tartása mellett mely társadalmi-demográfiai, illetve pszichológiai

4. táblázat. A tiltott drog-használat életprevalencia-értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népességben (a válaszolók százalékában)

	Teljes N	Használó N	LTP (%)	χ^2 (df)	p
Nem					
Férfi	603	73	12,1	5,87(1)	0,015
Nő	738	60	8,1		
Korcsoport					
18–24 (170)	170	33	19,4	59,08(4)	< 0,001
25–34 (277)	277	46	16,6		
35–44 (340)	340	35	10,3		
45–54 (262)	262	10	3,8		
55–64 (291)	291	8	2,7		
Településméret					
< 50 000 lakos	855	64	7,5	15,52(1)	< 0,001
≥ 50 000 lakos	487	69	14,2		
Vidék–főváros					
vidék	1099	95	8,6	10,90(1)	0,001
főváros	243	38	15,6		
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	199	14	7	10,46(4)	0,033
szakmunkás	368	27	7,3		
érettségi	518	58	11,2		
főiskola/BA/BSC	192	23	12		
egyetem/MA/MSC	63	11	17,5		
Szakképzettség					
nincs	277	29	10,5	0,16(1)	0,690
van	932	90	9,7		
Végzettségi mobilitás					
felfelé mobil	725	61	8,4	3,84(2)	0,146
nem mobil	503	59	11,7		
lefelé mobil	109	12	11		
Munkaerő piaci aktivitás					
nincs kereső tevékenysége	470	33	7	6,66(1)	0,010
van kereső tevékenysége	866	99	11,4		
Háztartás nettó havi jövedelme					
< 100 000 Ft	154	12	7,8	12,96(3)	0,005
101 000–200 000 Ft	370	26	7		
200 001–400 000 Ft	444	53	11,9		
400 000 Ft felett	60	12	20		
A háztartás szubjektív anyagi helyzete					
kényelmesen megélnék	85	12	14,1	3,55(3)	0,315
kijönnek a jövedelmükből	692	74	10,7		
nehezen élnek	394	35	8,9		
nagyon nehezen élnek	147	11	7,5		

4. táblázat folyt.

	Teljes N	Használó N	LTP (%)	χ^2 (df)	p
A háztartás relatív anyagi helyzete a kérdezett percepciója alapján					
magasan a legjobbak között van	8	3	37,5	26,37(6)	<0,001
sokkal jobb az átlagnál	38	8	21,1		
valamivel jobb az átlagnál	191	30	15,7		
átlagos	760	67	8,8		
valamelyest rosszabb az átlagnál	193	11	5,7		
sokkal rosszabb az átlagnál	92	6	6,5		
legrosszabbak között van	41	6	14,6		
Vallásosság					
vallásos, az egyház tanításait követi	130	11	8,5	16,89(3)	0,001
vallásos a maga módján	638	43	6,7		
nem tudja, hogy vallásos-e	120	14	11,7		
nem vallásos	438	62	14,2		
Partnerkapcsolat					
egyedül él	321	37	11,5	1,26(1)	0,261
kapcsolatban él	1013	95	9,4		

Megjegyzés: N = elemszám; LTP = életprevalencia; df = szabadságfok; p = szignifikancia

5. táblázat. Különböző szociodemográfiai változók, valamint az impulzivitásskála (BIS) és a Rövid tünetlista (BSI) összpontszámának és alsóskálájának átlagértéke a valamilyen tiltott drogot életük során használók és nem használók körében a 18–64 éves népességben

Változó	Nem fogyasztott			Fogyasztott			t érték	df	p	d
	N	Átlag*	Szórás	N	Átlag*	Szórás				
Életkor	1209	42,32	13,12	133	33,20	10,61	9,15	179,02	< 0,001	0,71
Háztartásméret	1202	3,07	1,41	132	3,05	1,46	0,14	1333	0,884	
Családi devianciák száma	1158	1,69	1,42	131	2,63	1,90	-5,46	146,82	< 0,001	0,64
Anómia összpontszám	1075	13,05	6,56	123	13,36	6,49	-0,50	1196	0,619	
Deprivációs index	1209	4,95	4,60	133	4,22	4,34	1,76	1339	0,080	
Munkavégzéssel töltött órák száma/hét	1184	25,65	20,80	131	30,11	19,20	-2,51	166,32	0,013	0,22
Elégedettség: a munkájával	1138	3,47	1,26	128	3,35	1,28	1,09	1265	0,276	
Elégedettség: anyagi körülményeivel	1193	2,90	1,21	131	2,90	1,25	-0,05	1322	0,960	

5. táblázat folyt.

Változó	Nem fogyasztott			Fogyasztott			t érték	df	p	d
	N	Átlag*	Szórás	N	Átlag*	Szórás				
Elégedettség: családi kapcsolataival	1193	4,10	1,03	131	3,92	1,09	1,83	1323	0,068	
Elégedettség: párkapcsolatával	1167	3,86	1,36	129	3,75	1,38	0,93	1294	0,352	
Elégedettség: egyéb társas kapcsolataival	1185	3,92	0,94	131	3,77	1,01	1,76	1313	0,078	
Elégedettség: egészségi állapotával	1192	3,75	1,07	131	3,94	0,99	-1,90	1322	0,058	
WHO általános Jólét skála	1157	8,80	3,10	129	8,34	2,90	1,59	1284	0,111	
Barratt Impulzivitás Skála (BIS-11) Összpontszám	1068	34,13	7,47	120	36,28	8,23	-2,96	1186	0,003	0,29
BIS Tervezés hiánya	1090	14,16	4,12	122	14,60	4,55	-1,09	1211	0,275	
BIS Figyelmi impulzivitás	1103	9,52	2,82	124	10,37	2,89	-3,18	1225	0,002	0,30
BIS Motoros impulzivitás	1098	10,46	3,44	122	11,38	3,58	-2,80	1218	0,005	0,27
Rövid Tünetlista (BSI) Összpontszám	1062	42,59	17,30	120	44,32	17,99	-1,04	1180	0,300	
BSI Szorongás	1085	9,51	4,03	121	9,93	4,26	-1,09	1204	0,278	
BSI Depresszió	1081	9,87	4,77	121	9,99	4,93	-0,26	1201	0,796	
BSI Ellenségesség	1082	7,51	3,21	121	8,16	3,69	-2,08	1201	0,038	0,20
BSI Interperszonális Érzékenység	1086	6,26	2,80	121	6,56	2,93	-1,13	1206	0,259	
BSI Kényszer	1088	9,80	4,41	121	9,70	4,13	0,25	1207	0,806	

N = elemszám; df = szabadságfok; p = szignifikancia; d = Cohen d hatásméret mutató

Megjegyzés: A különböző életdimenziókkal való elégedettség mérése ötfokozatú skálán történt, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem elégedett” az 5-ös pedig hogy „teljes mértékben elégedett”.

jellemzők gyakorolnak szignifikáns hatást a tiltottdrog-használat előfordulására. Forward Stepwise (LR) módszerrel két szignifikáns ($p < 0,001$), de a besorolás pontosságát a véletlenhez képest csak kismértékben javító modellt építettünk.¹¹ Az első modellünk csak a társadalmi-demográfiai változókat tartalmazta, a második modellünk magyarázó változói közé pedig bevontuk a vizsgált pszichológiai háttérváltozókat is.

6. táblázat. A valamilyen tiltott drogot életük során használók becslésére a különböző szociodemográfiai változókból épített bináris logisztikus regressziós modell

Modellben maradt változók	Modell 1			Modell 2		
	p	EH	95% CI	p	EH	95% CI
Konstans	0,035	0,06		0,009	0,013	
Életkor	< 0,001	0,93	[0,90-0,96]	< 0,001	0,093	[0,91-0,96]
Településméret						
≥ 50 000	0,007	2,22	[1,25–3,98]	0,002	2,54	[1,40–4,62]
< 50 000	ref					
Munkaerő piaci aktivitás						
végez kereső tevékenységet	0,001	4,54	[1,924–10,73]	0,001	4,56	[1,83–11,36]
nem végez kereső tevékenységet	ref					
A háztartás relatív anyagi helyzete a kérdezett percepciója alapján	<0,001			<0,001		
magasan a legjobbak között van	0,009	54,43	[2,71–1095,42]	0,009	71,37	[2,92–1745,63]
sokkal jobb az átlagnál	0,006	23,67	[2,48–226,15]	0,008	37,03	[2,61–526,35]
valamivel jobb az átlagnál	0,036	8,12	[1,15–57,45]	0,083	8,18	[0,76–88,05]
átlagos	0,643	1,53	[0,25–9,23]	0,608	1,83	[0,18–18,13]
valamelyest rosszabb az átlagnál	0,077	0,76	[0,12–4,69]	0,863	1,23	[0,11–13,41]
sokkal rosszabb az átlagnál	0,765	0,75	[0,11–4,94]	0,741	1,51	[0,13–17,25]
legrosszabbak között van	ref					
Vallásosság	0,017					
vallásos, az egyház tanításait követi	0,884	0,93	[0,33–2,59]			
vallásos a maga módján	0,002	0,35	[0,18–0,67]			
nem tudja, hogy vallásos-e	0,421	0,70	[0,29–1,69]			
nem vallásos	ref					
Családi devianciák száma	< 0,001	1,57	[1,34–1,86]	< 0,001	1,49	[1,25–1,76]
Anómia összpontszám	0,025	1,07	[1,01–1,14]			
Elégedettség: a munkájával	0,014	0,71	[0,54–0,93]	0,006	0,66	[0,50–0,89]
BIS összpontszám				0,017	1,05	[1,01–1,10]

p = szignifikancia; EH = esélyhányados; CI = 95%-os konfidencia-intervallum; ref = referencia kategória

¹¹ A véletlen besorolás pontossága 89,4%, ezen belül a droghasználók esetében 0%. Az 1. modellben ezek az arányok 90/20%, a 2. modellben pedig 89,8/17%.

A 8 lépésben felépített első modellben – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – meghatározó szerepet kap a kérdezetteknek a háztartás relatív anyagi helyzetére vonatkozó percepciója. A másokhoz képest a saját háztartásuk anyagi helyzetét a legrosszabbak közé tartozónak érzőkhöz képest – ugyan magas konfidencia-intervallum mellett – a „magasan a legjobb körülmények között élők” körében a drogokkal való kapcsolatba kerülés esélye több mint ötvenszeres, az átalagnál „sokkal jobban élőké” pedig közel 24-szeres, de még az átlagosnál valamivel jobb körülmények esetén is 8-szoros kockázatot jelez a modellünk. Az inaktívokhoz képest a munkaerőpiac aktív szereplői körében négy és félszeres, az 50 ezer főnél nagyobb lélekszámú településeken pedig több mint kétszeres a drogfogyasztás kockázata. A családban előforduló devianciák számának növekedésével másfélszeresére, a kérdezett anómiás érzületeinek intenzívebb jelenlétével pedig mérsékelten, de szignifikánsan emelkedik drogfogyasztás kipróbálásának az esélye. Ugyanakkor a többi változó hatásának kiszűrése mellett a nem vallásos válaszolókhöz képest közel egyharmada a drogfogyasztás előfordulásának az esélye a „maguk módján vallásosak” körében.¹² Szintén megóvó tényezőként jelentkezik a munkával való nagyobb elégedettség, és az életkor növekedésével is szolidan, de szignifikánsan csökken annak az esélye, hogy valaki a droghasználati tapasztalattal rendelkezők közé tartozzon.

Amennyiben az 1. modellben szereplő társadalmi-demográfiai magyarázó változókat kiegészítjük a vizsgált pszichológiai változókkal (10 db változó), akkor a 7 lépésben kapott modellben mindössze a BIS összpontszám kap szignifikáns szerepet: a BIS összpontszám növekedésével mérsékelten emelkedik a droghasználati tapasztalattal rendelkezők csoportjába kerülés esélye. Sem a BIS alszkálái, sem a BSI összpontszáma és alszkálái a többi változó kontroll alatt tartása mellett nem jelenik meg. Ugyanakkor a BIS összpontszám modellbe kerülésével – az első modellben szignifikáns szerepet kapó – a vallás és az anómiás érzületek intenzitása változó elveszti a szerepét.

A tiltott drogfogyasztás változása

Magyarországon a 2015-ös vizsgálatot megelőzően 2001-ben, 2003-ban és 2007-ben készültek országos reprezentatív mintán drogepidemiológiai vizsgálatok az általános populációban. A négy vizsgálat összehasonlítható populációját a 19–53 éves népesség jelenti, így a vizsgálatok által lefedett 14 év adatait ebben az életkori csoportban tudjuk vizsgálni. A korábbi – az ezeknél a vizsgálatoknál elvárt megbízhatósági és érvényességi mutatókkal rendelkező – vizsgálatok adatai alapján azt mondhatjuk, hogy 2001 és 2003 között 95%-os megbízhatósággal szignifikánsan növekedett a tiltott drogok életprevalencia-értéke, a 2003 és 2007 közötti időszakban pedig – a fiatal populációkban tapasztalt változásokhoz hasonlóan (Elekes, 2009; Hibell és mtsai, 2009) – a prevalenciaértékekben stagnálás volt tapasztalható.

Amennyiben a 2001 és 2015 közötti tendenciákat vizsgáljuk, akkor – az egyes mérések konfidencia-intervallumát figyelembe véve – azt mondhatjuk, hogy a mért érté-

¹² Itt jegyezzük meg, hogy a leíró elemzésekhez képest, a többi változó kontroll alatt tartása mellett az egyház tanításait követő vallásosság a modellben nem kapott szignifikáns szerepet.

7. táblázat. A tiltott drogok kohorszselemezéssel korrigált életprevalencia-értéke 2015-ben (%)

	2007	2015
Vizsgált kohorsz	18–56	26–64
N	2132	1150
Mért életprevalencia (SE)	10,9% ($\pm 1,3$) ¹³	8,3% ($\pm 1,6$)
Új belépők aránya az elmúlt 8 évben (LTP %-ában)	–	18,3%
Új belépők nélküli életprevalencia (SE)	–	$8,3 \times 81,7 = 6,8\%$ ¹⁴ ($\pm 1,5$)
Alulbecslés mértéke: [1-(új belépők nélküli LTP 2015-ben/LTP 2007-ben)]	–	$1-(6,8/10,9) = 0,38$ ¹⁵
18–53 éves korcsoportra mért LTP	11,2%	12,1%
18–53 éves korcsoportra az alulbecslési arány nyal korrigált LTP	–	$12,1/0,62 = 19,5\%$ ¹⁶

A korábbi adatok forrása: Paksi, 2009

kek alapján a magyarországi 18–53 éves felnőtt népességben a drogfogyasztás 2001 és 2003 között történt szignifikáns növekedését követően 2003 óta a stagnálás jellemző (5. ábra, világos szürke oszlopok).

Tekintettel arra, hogy – mint ahogy arra a módszertani eredmények bemutatásánál utaltunk – a 2015-ös OLAAP-kutatás módszertani jellemzői – a 2007-es vizsgálathoz képest – a mintavételen kívüli hibák fokozott jelenlétét jelezték, az adatok korábbi vizsgálatok kontextusában való értelmezése az átlagosnál nagyobb körültekintést igényel.

Amennyiben a 2015-ös és a 2007-es OLAAP-vizsgálat azonos időszakban (1950 és 1989 között) születettekre vonatkozó adatait egy kohorszvizsgálat egymást követő hullámaiként kezeljük, becslést fogalmazhatunk meg arra vonatkozóan, hogy a hibák szinten tartása mellett mekkora a tiltott drogok összesített életprevalencia-értékének minimálisan elvárható értéke 2015-ben (7. táblázat).¹⁷

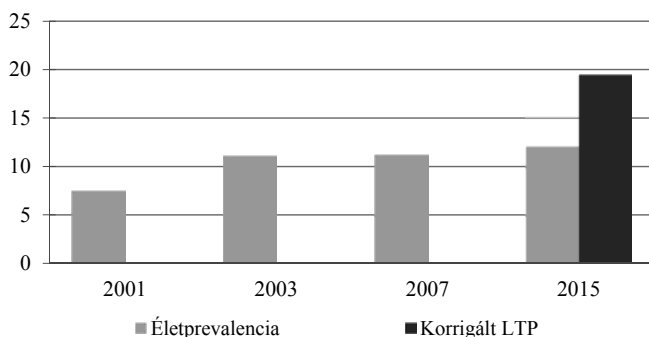
¹³ A 18–56 éves korcsoportban 2007-ben 10,9% volt a tiltott droghasználat életprevalencia-értéke, ami – a mintavételen kívüli hibáknak a korábbi kutatásokkal azonos szinten tartása mellett, s azt feltételezve, hogy a korcsoportban nem történt új kipróbálás a két vizsgálat között eltelt 8 évben – egyben a drogfogyasztás 2015-ben minimálisan várható életprevalencia-értékét jelenti 2015-ben a 26–64 éves életkori csoportban.

¹⁴ A 2015-ös vizsgálatban a 26–64 éves korosztályban azonban a mért életprevalencia érték 8,3%, s a valaha fogyasztók 18,3%-a az elmúlt 8 évben használt először tiltott drogot. Ennek alapján a 2015-ös vizsgálatban mindössze 6,8% ($8,3 \times 81,7$) azok mért aránya, akik már 8 évvel korábban is fogyasztottak.

¹⁵ Az 1951 és 1989 között születettek kohorszát követve tehát a 2007-es 10,9%-os életprevalencia értékkel szemben 2015-ben 6,8%-os mért értéket állíthatunk, ami 38%-os alulbecslést jelent.

¹⁶ A 38%-os alulbecslés alapján a 2015-ben mért érték a 2007-es értékből kiindulva kalkulálható fogyasztók arányának mindössze 62%-át jelenti. Ezzel az aránnyal korrigálva a 2015-ben a 18–53 éves összehasonlító populációban mért 12,1%-os LTP-t, kaptuk meg a táblázatban szereplő 19,5%-os korrigált LTP értéket.

¹⁷ A becslés során abból indultunk ki, hogy egy születési kohorszot követve, az idő előrehaladtával az kohorszban nem csökkenhet azok aránya, akik már kipróbáltak valamilyen magatartást. Ez a megállapítás nemcsak az egyéni szintű követéses vizsgálatokra érvényes, hanem különböző időpontokban a lakosság reprezentatív mintáján készült keresztmetszeti vizsgálatok adataira is. Következésképpen a 2007-es OLAAP-vizsgálat 18–56 éves, valamint a 2015-ös kutatás 26–64 éves korcsoportjaira vonatkozó adatokat egy kohorszvizsgálat egymást követő hullámaiként kezelhetjük.



5. ábra. A tiltott drogfogyasztás főbb mutatóinak alakulása 2001 és 2015 között a 18–53 éves népességben (%)

Korábbi adatok forrásai: Elekes és Paksi, 2004; Paksi, 2009¹⁵

A mért értékek alapján mutatkozó stagnálástól eltérően a korrigált értékek az utóbbi 8 évben a tiltott drogfogyasztás elterjedtségének hibahatáron túli növekedésére engednek következtetni (5. ábra).

ÖSSZEGZÉS, KÖVETKEZTETÉSEK

Tanulmányunkban a magyarországi felnőtt népesség addiktológiai problémáinak feltérképezésére/nyomon követésére nyolc év kihagyás után elkészült 2015-ös Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című vizsgálat drogfogyasztással kapcsolatos eredményeit mutattuk be.

A kutatás eredményei szerint a magyarországi 18–64 éves népességben minden tízedik válaszoló fogyasztott már valamilyen a tiltott drogot az élete során. A tiltott drogok éves prevalenciaértéke 2,3%, a havi prevalenciaértéke pedig 1,2%. Amennyiben a 2007 és 2015 közötti változásokat vizsgáljuk, akkor a mért értékek alapján azt mondhatjuk, hogy a felnőtt népességben a drogfogyasztási tapasztalattal rendelkező populáció stagnálása volt jellemző. Mivel azonban a 2015-ös OLAAP-kutatás módszertani jellemzői a mintavételen kívüli hibák fokozott jelenlét jelezték, a változások értelmezéséhez – egy korábbi tanulmányunkban (Paksi és mtsai, 2018) – egy kohorszselemezésen

A tiltott drogok kohorszselemezéssel korrigált életprevalencia-értékére vonatkozó eljárást és a számítások részletes leírását bemutatjuk egy, az önbevallásos addiktológiai vizsgálatok változó módszertani jellemzőinek utólagos kezelésével foglalkozó írásunkban (Paksi, Demetrovics, Griffiths, Magi és Felvinczi, 2018).

¹⁵ Itt jegyezzük meg, hogy a 2001 és 2003 között mért adatok az összehasonlítható kohorszokban is növekedést jeleztek, meghaladva az előző vizsgálati hullám alapján becsülhető értéket. A 2003-as és a 2007-es kutatásokban pedig az összehasonlítható kohorszokra (18–53 vs. 22–57 évesekre) mért életprevalencia-értékek hibahatáron belül megegyeztek (2003-ban 11,1%, 2007-ben 9%; standard hiba $\pm 1,3$, ill. $\pm 1,2$), így a korábbi hullámok korrekciós eljárást nem tettek indokolttá.

alapuló korrekciós eljárást dolgoztunk ki. A mért értékek alapján mutatkozó stagnálástól eltérően, a korrigált értékek a tiltott drogfogyasztás elterjedtségének hibahatáron túli növekedésére engednek következtetni.

A szerhasználat struktúráját vizsgálva azt mondhatjuk, hogy 2015-ben a felnőtt népességben a legtöbben marihuánát/hasist fogyasztottak eddig életük során, közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy életprevalencia-értéke. A két legnépszerűbb szert a szintetikus-kannabinoidok, az amfetamin és az új stimulánsok – jóval alacsonyabb prevalenciaértékekkel – követik. A 2007-es vizsgálattal (Paksi, 2009) összehasonlítva az ecstasy elterjedtségének szignifikáns növekedése (OLAAP 2007: életprevalencia: 2,4% hibahatár: $\pm 0,6$; OLAAP 2015: életprevalencia: 4,0%; hibahatár: $\pm 1,0$) és az új pszichoaktív szerek megjelenése, illetve meghatározóvá válása emelhető ki.

Az elmúlt évben a használók kétharmada a vizsgált 14-féle drog közül egy-két félért, a 6-féle EMQ standard drog közül pedig egyfélért használt. Ez utóbbi populáció aránya OLAAP 2007-es vizsgálathoz képest (Paksi, 2009) kétharmados biztonsággal csökkent, azaz tendencia jelleggel növekedett a polidroghasználat.

Az első droghasználat átlagos életkora a jelenlegi felnőtt népességben 20 éves életkor, ami a 2007-ben mért 20,3-hoz (Paksi, 2009) képest nem változott szignifikánsan.

A drogokkal való kapcsolatba kerülés társadalmi demográfiai kockázati tényezőit vizsgálva azt mondhatjuk, hogy a droghasználat nemi, korosztályos és urbanizációs mintázata a leíró statisztikai adatokban – a korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan (Paksi, 2007, 2009) – ma is megjelenik, bár – a többi társadalmi-demográfiai változó kontroll alatt tartása mellett – a nemi hovatartozás önálló hatással ma már nem bír. Jelen kutatásban a kulturális/gazdasági státusz vizsgált indikátorainak többsége mentén szintén szignifikáns, a kedvezőbb státusúak átlagosnál nagyobb kitétséget jelző mintázódást tapasztaltunk. E tekintetben folytatódni látszik az a már 2007-ben megfigyelt tendencia (Elekes, Nádas, Paksi, 2008), amikor a korábbi, a droghasználók relatíve kedvezőtlen, a szülők társadalmi státusát megőrizni nem tudó (Paksi, 2007) helyzetéhez képest változásokat tapasztaltunk.

A vizsgált pszichológia tényezők pedig azt jelzik, hogy a drogok kipróbálásának hátterében a pszichiátriai tünetek nem jelennek meg, ugyanakkor az impulzivitás – a társadalmi-demográfiai változók kontroll alatt tartása mellett is – jelentős szerepet kap, a fogyasztók körében a skála átlagértéke szignifikánsan magasabb.

A KUTATÁS KORLÁTAI

A normál népességre irányuló vizsgálatokkal – azok természetéből adódóan – a társadalom átlag felé húzó szegmenséről kapunk információkat. A kutatások során elért populációból kimaradhatnak vagy alulreprezentálttá válhatnak bizonyos csoportok, sok esetben éppen azok, amelyek az adott magatartás tekintetében különösen érintettek tekinthetők (mint például az otthonuktól távol tanulmányokat folytatók, börtönben élők, hajléktalanok vagy szélső társadalmi helyzetű csoportok). Így van ez az OLAAP 2015 vizsgálat esetében is. Ezért a társadalom droghasználatának megismeréséhez az

OLAAP 2015 vizsgálat mellett szükség van speciális csoportokra (pl. börtönben élők) irányuló vizsgálatokra is.

Az önbevallásos drogepidemiológia vizsgálatok során további korlátot jelent az, hogy a nyert adatok a megkérdezettek bevallásán alapulnak. Az önbevallásos adatok minőségét számos, a mintavételi, illetve adatfelvételi eszközök és eljárások standardizálásával nem kiküszöbölhető, a kutatók által nem befolyásolható tényező alakíthatja (Stoop, 2004; Johnson, O'Rourke, Burris és Owens, 2002), amelyek egyike a probléma társadalmi megítélése. Az elmúlt másfél évtized attitűdállapotokra vonatkozó kutatási adatai alapján (Paksi, 2001, 2003, 2009; Elekes és Paksi, 2004; Felvinczi, Paksi, Magi és Demetrovics, 2015) a 2015-ös OLAAP-vizsgálat a marginalizált társadalmi csoportokat fokozottan elutasító társadalmi/morális térben zajlott, ami megnövelte a vizsgálat során a mintavételen kívüli hibák kockázatát. Az OLAAP 2015 kutatási adatok reprezentativitásának, valamint a mintavételen kívüli hibák nagyságának adatbázison belüli eszközökkel történő vizsgálata alapján nem látunk olyan tényezőt, ami problémát okozna a keresztmetszeti elemzések során (Paksi és mtsai, 2017). A módszertani eredmények arra utalnak, hogy droghasználat aktuális jellemzői és mintázódása tekintetében a kutatás adatai alapján érvényes és megbízható megállapítások fogalmazhatók meg. Ugyanakkor a mintavételen kívüli hibák tendenciái azt jelzik, hogy a változások elemzése, értelmezése fokozott odafigyelést, esetleg korrekciós eljárások alkalmazását teszi szükségessé. Tanulmányunkban egy ilyen, a mért adatokban mutatkozó tendenciákat jelentősen módosító korrekciós kísérletünk eredményét is bemutattuk. Hasonló odafigyeléssel kell eljárunk azonban a nemzetközi összehasonlítások során is, ami további korlátját jelenti az adatok értelmezésének. Ahhoz, hogy az OLAAP 2015 adatait nemzetközi kontextusban elhelyezzük, ismernünk és elemeznünk kell az összehasonlítás során felhasznált adatok megbízhatósági és érvényességi jellemzőit is. Ez az elemzés meghaladta jelen tanulmány kereteit.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A tanulmány a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (K109375; K111938; KKP126835) és az EMMI támogatásával készült.

A kutatáshoz tartozó etikai engedély ügyiratszám: 2015/76

A kutatást az ELTE Felsőoktatási Intézményi Kiválósági Program (1783-3/2018/FEKUTSRAT) támogatta.

IRODALOM

- Andorka R. (1994). Deviáns viselkedések Magyarországon – általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmak segítségével. In Münnich I., Moksony F. (szerk.), *Devianciák Magyarországon* (pp. 32–77). Budapest: Közélet Kiadó.
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9, 191–198.
- Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J., & De Moor, S. (2009). *Drug use: an overview of general population surveys in Europe*. Thematic paper. Luxembourg: EMCDDA.

- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605.
- Elekes Zs. (2004). *Alkohol és társadalom*. Budapest: Országos Addiktológiai Intézet.
- Elekes Zs. (2009). *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007*. Budapest: L'Harmattan.
- Elekes Zs. (2012). Fiatalok legális és illegális szerhasználata az ESPAD 2011 kutatás alapján. *Addiktológiai kutatások Magyarországon 2012. „A függőségek kialakulása és kezelése.” Az ELTE Pszichológiai Intézet Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszéke V. Tudományos Konferenciája*. Budapest, 2012. február 24.
- Elekes Zs. (szerk.) (2016). *Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények*. Budapest: BCE.
- Elekes Zs., & Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, NKFP. http://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- Elekes Zs., Nádas E., & Paksi B. (2008). Drogfogyasztás a populációban. In Felvinczi K., Varga O. (szerk.), *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről* (pp. 33–53). Budapest: SzMM.
- EMCDDA (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), EMCDDA, Lisbon, Portugal. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_1385_EN_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. http://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. Letöltve: 2009.09.11. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>
- EMCDDA (2009b). *An overview of the general populations survey (GPS) key indicator*. Thematic papers. Lisbon. Letöltve: 2009.09.11. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/967/EMCDDA-TP-gps.pdf>
- EMCDDA (2015a). *European Drug Report. Trends and Developments, 2015*. Luxemburg, Letöltve: 2018.05.10. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_EN_TDAT15001ENN.pdf
- EMCDDA (2015b). *Voluntary EMQ Module for monitoring use of New (and not so new) Psychoactive Substances (NPS) in General Adult Population Surveys and School Surveys*. Lisbon, EMCDDA (kézirat). Letöltve: 2015.01.10. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_249891_EN_EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20\(NPS\).pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_249891_EN_EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20(NPS).pdf)
- EMCDDA (2016). *European Drug Report. Trends and Developments, 2016*. Luxemburg, EMCDDA, Lisbon, Letöltve: 2018.05.10. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ENN.pdf>
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Group (2016). *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg, Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retrieved from: Letöltve: 2018.05.10. <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>
- Felvinczi K., Paksi B., Magi A., & Demetrovics Zs. (2015): *Pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi attitűdök a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” (OLAAP 2015) című vizsgálat első eredményei tükrében*. MAT X. Országos Kongresszusa 2015.

- november 26–28., Siófok, Supplementum kötet, 20. http://www.mat.org.hu/doksi/2015/Absztraktfuzet_MAT_X_2015.pdf
- Fusco, A., Guio A. C., & Marlier E. (2010). *Income poverty and material deprivation in European countries*. Eurostat Methodologies and working papers, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Guio, A. C., Gordon D., & Marlier E. (2012). *Measuring material deprivation in the EU. Indicators for the whole population and child-specific indicators*. Paper presented during the working group meeting 'Statistics on Living Conditions', Eurostat, 29–31 May, Luxembourg.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., et al. (2000). *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden. Letöltve: 2018.05.10. http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_1999_ESPAD_report.pdf
- Hibell, B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. et al. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. EMCDDA, Stockholm. Sweden. Letöltve: 2018.05.10. http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf
- Hibell, B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. et al. (2012). *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. Stockholm. Sweden. Letöltve: 2018.05.10. http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_2011_ESPAD_Report-FULL_2012_10_29.pdf
- Johnson, T. P., O'Rourke, D., Burris, J., & Owens, L. (2002). Culture and Survey Nonresponse. In R. M. Groves, Don A. Dillman, J. L. Eltinge, & R. J. A. Little (Eds), *Survey Nonresponse* (pp. 55–69). New York: John Wiley & Sons.
- Kapitány-Fővény, M., Varga, G., Potenza M. N., Griffiths M. D., Székely A., Paksi, B. és mtsai (2018). The 21-item Barratt Impulsiveness Scale Revised (BIS-R): An alternative three-factor model. Megjelenés alatt
- Kapitány B., & Spéder Zs. (2004). *Szegénység és depriváció: társadalomszerkezeti összefüggések nyomában*. Életünk fordulópontjai. Műhelytanulmányok 4. Budapest, KSH-NKI, Letöltve: 2018.05.10. <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/muhelytanulmanyok/article/view/871/452>
- Németh Á., & Költő A. (szerk.) (2011). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Budapest OGYEI. Letöltve: 2018.05.10. http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf
- Németh Á., & Költő A. (szerk.) (2014). *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban – 2014*. Budapest NEFI. Letöltve: 2018.05.10. http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf
- Paksi B. (2001). A magyar társadalom droggal kapcsolatos gondolkodásának alakulása az évezred utolsó éveiben. In Dr. Dienes E., & Takáts Á. (szerk.), *Tanulmányok és műhelybeszámolók. A XV. Munka- és szervezetpszichológiai szakmai napok előadásai* (pp. 161–171). Budapest: Országos Munkaügyi Kutató és Módszertani Központ, Foglalkoztatási Hivatal.
- Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B. (2007). A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata. In Demetrovics Zs. (szerk.), *Az addiktológia alapjai. I.* (pp. 379–413). Budapest: Eötvös Kiadó.
- Paksi B. (2009). Populációs adatok alakulása. In Felvinczi K., & Nyírády A. (szerk.), *Drogpolitika számokban* (pp. 81–141). 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), 55–85.
- Paksi B., Demetrovics, Zs., Griffiths, M. D., Magi A., & Felvinczi K. (2018). Estimating and managing the changing methodological parameters of self-report surveys of addictive behavior: – based on the waves of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH) in 2007 and 2015. (megjelenés alatt)
- Patton, J. M., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768–774.
- Róbert P. (1990). Társadalmi mobilitás. In Andorka R., Kolosi T., & Vukovich Gy. (szerk.), *Társadalmi Riport* (pp. 356–372). Budapest: TÁRKI.
- Robinson, P. J., Shaver, R. P., & Wrightsman, S. L. (1991). *Measures of Personality and Social Attitudes*. San Diego: Academic Press.
- Susánszky É., Konoly T. B., Stauder A., & Kopp M. (2006). A WHO Jólét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255.
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standards of living*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Stoop, I. A. L. (2004) Surveying nonrespondents. *Field Methods*, 16(1), 23–54.
- Unoka Zs., Rózsa S., Kő N., Kállai J., Fábíán Á., & Simon L. (2004). A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, 19, 235–243.
- WHO (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Department of mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Disease and mental Health Cluster. Letöltve: 2018.05.10. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66529>

DRUG USE OF THE HUNGARIAN ADULT POPULATION BASED ON THE NATIONAL (REPRESENTATIVE) SURVEY ON ADDICTION PROBLEMS IN HUNGARY (NSAPH 2015)

PAKSI, BORBÁLA – DEMETROVICS, ZSOLT – MAGI, ANNA – FELVINCZI, KATALIN

Background and objectives: *Targeted drug epidemiology surveys among the adult population of Hungary were carried out in 2001 (ADE 2001), 2003 (ADE 2003) and in 2007 (NSAPH 2007). To assess and monitor the addictive problems of the Hungarian the latest targeted drug epidemiology research took place in 2015, after an eight years gap. The current study presents the drugs related results of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH 2015).*

Method: *The research was carried out on a nationally representative sample of the Hungarian adult population aged 16-64 yrs (br. sample 2477, net sample 2274 persons) with the age group of 18-34 being overrepresenting. The size of the weighted sample of the 18-64 years old adult population is 1490 persons. The weighted sample of the 18-64 years old population covered 1490 individuals. During the data collection in the spring of 2015 a mixed method arrangement of face-to-face and self-administered questionnaire was used. Questions related to drug use relied on our own previous research experiences (Paksi et al., 2009),*

the Epidemiological Model Questionnaire (EMQ) of the EMCDDA (EMCDDA, 1999, 2002) and its actual indicators related recommendations (EMCDDA, 2015b), It also reflected on the meta-analysis of drug epidemiology researches of other European countries (Decorte et al., 2009). Data analysis was implemented in accordance with EMCDDA (2002) standards.

Results/Conclusions: According to our results every tenth respondent (9,9%) in the Hungarian adult population (18-64 yrs) has already consumed illicit substances at least once. The last year prevalence rate of illicit substances is 2,3 % whilst the last month prevalence rate is 1,2. Most of them consumed marijuana/hashish, which is followed by xtc, synthetic cannabinoids, amphetamines and new stimulants. Whilst studying the social-demographical risk factors of drug use we should highlight the age specific and urbanisation patterns together with the role of cultural and economic status as well as impulsivity.

Keywords: *drug use; general population survey; representative data collection; Hungary*