



elte | ppk

RendSzerTan

Addiktológiai
Elméletek és
Kutatások 21.

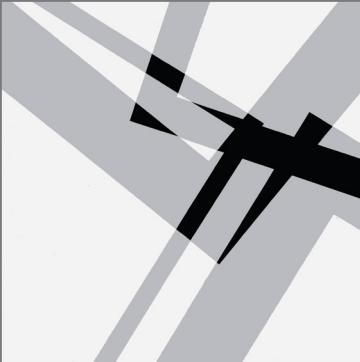
ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK MAGYARORSZÁGON

Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében

I. Szerhasználó magatartások

Szerkesztők:

Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt



L'Harmattan

Ez a mű a Creative Commons Nevezd meg! - Ne add el! - Így add tovább! 4.0 Nemzetközi Licenc feltételeinek megfelelően felhasználható.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Addiktológiai problémák Magyarországon. Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében I. Szerhasználó magatartások

Addiction Problems in Hungary. Population-based surveys, vol. I. Psychoactive substance use

Szerkesztette Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt

<https://orcid.org/0000-0001-5604-7551>

Addikciótudományok / Addiction sciences (12754), Klinikai pszichológia / Clinical psychology (12749), Viselkedéstudomány / Behavioural sciences (12755)
epidemiológia, addiktológia, szociológia, rizikótényezők, pszichoaktív-szer-használat, droghasználat, viselkedési addikciók

Epidemiology, addictions, addictive behaviours, sociology, risk factors, psychoactive substance use, drug use

ISBN 978-963-646-254-3 (pdf)

DOI: <https://doi.org/10.56037/978-963-414-870-8>

Open Access

<https://openaccess.hu/>

**ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK
MAGYARORSZÁGON**

ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar

RendSzerTan –
Addiktológiai Elméletek és Kutatások

Sorozatszerkesztő:

Demetrovics Zsolt, Felvinczi Katalin és Rácz József

ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK MAGYARORSZÁGON

HELYZETKÉP A LAKOSSÁGI KUTATÁSOK TÜKRÉBEN

SZERKESZTETTE:

PAKSI BORBÁLA – DEMETROVICS ZSOLT

I. kötet

SZERHASZNÁLÓ MAGATARTÁSOK

ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó
Budapest, 2021

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

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

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

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

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

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

A tanulmányokat lektorálta: Péterfi Anna

A kiadásért felel a L'Harmattan kiadó igazgatója.

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

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

TARTALOM

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

BEVEZETÉS

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ További támogatók:

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

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

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

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

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

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

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

FELHASZNÁLT IRODALOM

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

- Elekes Zs. (2007). *Alkohol és társadalom*. Budapest: Országos Addiktológiai Intézet.
- Elekes Zs. & Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási Beszámoló*. Budapest: NKFP. Letöltve: 2020.10.10. https://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- EMCDDA. (1996). *1995 Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/85/AR95HighlightsEN_69803.pdf
- EMCDDA. (1997). *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/downloads/emcdda_gps_comparability_surveys_report.pdf
- EMCDDA. (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09). Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/downloads/emcdda_gps_expert_group_comp_report.pdf
- EMCDDA. (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf
- EMCDDA. (2009a). *An overview of the general populations survey (GPS) key indicator*. Technical reports. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview_en
- EMCDDA. (2009b). *An overview of the general populations survey (GPS) key indicator*. Thematic papers. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/967/EMCDDA-TP-gps.pdf>
- EMCDDA. (2013). *Towards a new EMQ Module – Questions on Availability of Illicit Drugs*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10592/EMQ-availability-module.pdf>
- EMCDDA. (2015). *Voluntary EMQ Module for monitoring use of New (and not so new) Psychoactive Substances (NPS) in General Adult Population Surveys and School Surveys*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10582/EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20%28NPS%29.pdf>
- EMCDDA. (2021). *Statistical Bulletin 2021*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/gps_en

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

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

MÓDSZERTANI HÁTTÉR

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

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

1.1. Az adatfelvétel battéria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ Csak a BLS 2019 kutatásban került felvételre.

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

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

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

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

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

1.2. Az adatfelvétel eljárás

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

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

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

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

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

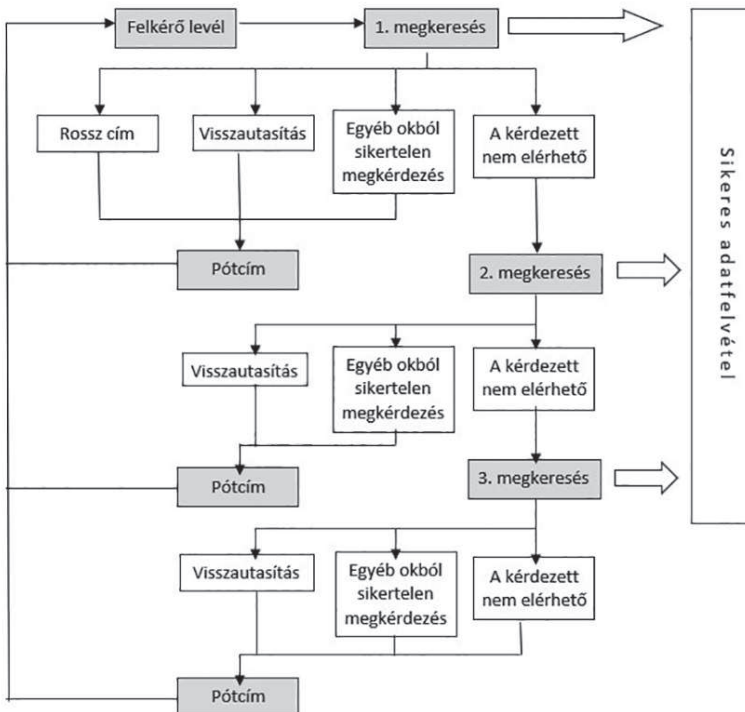
- A szociodemográfiai háttérváltozókra vonatkozó kérdések, néhány attitűdkérdés (társadalmi távolság skála, pszichoaktív szer-használat társadalmi kezelésével kapcsolatos attitűdök) valamint a vizsgált viselkedési addikciók szűrőkérdéseinek („A” kérdőív) felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face-to-face” módszerrel történt.
- A pszichoaktív szer-használattal kapcsolatos („B” kérdőív), valamint a vizsgált viselkedési addikciók és a pszichológiai háttérváltozók mérésére alkalmazott – fent részletezett – tesztbatteria felvétele pedig a kérdezőbiztos jelenlétében, önkitöltős módszerrel történt. Az önkitöltős kérdéseket tartalmazó adatfelvételi batteria válaszait a kérdezők nem ismerhették meg, azokat lezárt borítékban adták vissza a megkerdezett személyek a kérdezés során mindvégig jelen lévő, így a kérdezési körülmények standardítását (pl. hogy a kérdezett ne családtagjaival együtt töltsse ki a kérdőívet) biztosító kérdezőbiztosnak.

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

⁹ A felkeresések időpontjait szintén regisztrálták a címkártyán.

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

1. ábra: A címlistán szereplő személyek felkeresésének menete



2. AZ OLAAP 2019 KUTATÁS EGYÉB MÓDSZERTANI JELLEMZŐI

2.1. Az OLAAP 2019 kutatás mintája

A mintavételi terv kialakítása során a következő szempontokat vettük figyelembe:

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

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

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

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

¹⁰ A korábbi kutatásokkal összhangban a területi rétegek kialakítása a TÁRKI régiók szerint történt.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. AZ OLAAP 2019 KUTATÁS MÓDSZERTANI EREDMÉNYEI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²³ Ez esetben is 6 kategóriás jövedelemmutatót használtunk.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Addiktív magatartások	Életprevalencia	Éves prevalencia ²⁷
Nagyívás (5 vagy több / 10 vagy több ital)	–	12,3/13,3
Lerészegedés	–	9,1
Altató/nyugtató orvosi rendelvény nélkül*		6,1
Alkohol–gyógyszer együtt*		7,4
Hagyományos dohányzás**		0,1
E-cigaretta-használat**		1,2
Internethasználat ⁺		0,9/1,0
Közösségioldal-használat ⁺		10,9/11,1
Videojáték-használat*		9,9
Mobiltelefon-használat**		0,6
Szerencsejáték-használat*		1,9
Sport*		1,3
Kedvtelésből való vásárlás*		1,4
<p>* A különböző időszakra vonatkozó prevalencia-értékeket egy kérdésben kérdeztük ** Aktuális használatra vonatkozó kérdés alapján ⁺ A különböző idejű prevalenciák egy kérdésben szerepeltek, azonban külön kérdést vonatkozott a hétköznapi /hétvégi használatra, ezt fejezi ki a két szám egy cellában</p>		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁺ Cronbach-alfa; ^{*} Spearman-Brown formula

3. A BLS 2019 KUTATÁS EGYÉB MÓDSZERTANI JELLEMZŐI

3.1. A BLS 2019 kutatás mintája

A mintavételi terv kialakítása a következő prioritások mentén történt:

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

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

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

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

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

Kerület	Mintakeret		Bruttó minta (fő)		
	18–24 éves	25–34 éves	18–24 éves	25–34 éves	összesen
4	1,83%	4,03%	83	181	264
5	0,43%	1,24%	19	56	75
6	0,71%	2,22%	32	100	132
7	1,07%	3,11%	48	140	188
8	1,52%	3,90%	69	176	245
9	1,02%	2,92%	46	131	177
10	1,42%	3,12%	64	141	205
11	2,07%	5,28%	93	238	331
12	0,91%	1,90%	41	85	126
13	1,67%	5,30%	75	238	313
14	1,87%	4,46%	84	201	285
15	1,57%	3,11%	70	140	210
16	1,42%	2,46%	64	110	174
17	1,85%	3,26%	83	147	230
18	2,05%	3,68%	92	166	258
19	1,14%	2,16%	51	97	148
20	1,29%	2,49%	58	112	170
21	1,51%	2,89%	68	130	198
22	1,10%	1,98%	49	89	138
23	0,51%	0,95%	23	43	66
Bp. összesen	31,04%	68,96%	1397	3103	4500

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

3.2. A BLS 2019 KUTATÁS MÓDSZERTANI EREDMÉNYEI

3.2.3. Részvételi arány, nettó minta nagysága, súlyozás a BLS 2019 kutatásban

Az adatfelvétel során a főmintába került személyek 92,7%-ával történt sikeres kapcsolatfelvétel, 1,8% esetében az adatnyilvántartó hivatal által rendelkezésre bocsátott címadat nem volt megfelelő (rossz keretinformáció), 5,7% esetében pedig a megkérdezett személy háromszori megkeresés alkalmával sem volt elérhető. A mintakiesések oka legnagyobb arányban a visszautasítás volt: a mintaszemélyek 55,8%-a utasította el a válaszadást. A főminta 11,2%-a esetében egyéb ok (pl. tartós távollét, alkalmatlanság) miatt nem volt sikeres a megkérdezés, s a felkeresett címek 0,6%-a esetében ismeretlen okból nem történt adat-

felvétel (15. táblázat). A 25 év alatti, illetve a 25-34 éves korcsoportba tartozó mintaszemélyek között nem mutatkozott szignifikáns eltérés sem a sikeres megkérdezések, sem a mintakiesések tekintetében.

A kutatás során – a mintakiesések pótlására nem és rétegzési szempontok szerint illesztett pótminta alkalmazásával – elért teljes nettó minta nagysága 3890 fő, ezen belül az RRM eljárás alkalmazása miatt kialakított alminták elemszáma az 'A' almintá esetében 1918 fő, a 'B' almintá esetében 1966 fő.²⁸ A teljes nettó minta rétegenkénti elemszámait a 16. táblázatban láthatók. A 3890 fős mintában 95%-os megbízhatósági szinten érvényes elméleti hibahatár mérteke $\pm 1,57\%$ (az almintákban: A: $\pm 2,24$; B: $\pm 2,21$).

15. táblázat: A BLS 2019 kutatás főminta elérése, illetve a kiesések okaira vonatkozó riportok előfordulási aránya korcsoportonként és összesen (%)

	Főminta összes	18-24 éves	25-34 éves
Sikeres megkérdezés	25,0	24,8	25,1
Pearson Khi négyzet		0,058 (1)	
szig.		$p > 0,1$	
Rossz keretinformáció	1,8	2,3	1,5
Megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély nem elérhető	5,7	5,4	5,8
A mintaszemély visszautasította a kérdést	55,8	54,6	56,3
Egyéb ok miatti mintakiesés	11,2	12,0	10,8
Ismeretlen ok miatti mintakiesés	0,6	0,9	0,5
Összesen	100,0	100,0	100,0
Pearson Khi négyzet		7,849 (5)	
szig.		$p > 0,1$	

A mintakiesések korrigálására a teljes minta, illetve az egyes alminták esetében egyaránt elemszámtartó, rétegek kategóriák szerint mátrixsúlyozást alkalmaztunk. A teljes mintában alkalmazott súlyok szintén megtalálhatók az 16. táblázatban, a súlyok eloszlásának statisztikai mutatói pedig a 17. táblázatban.

16. táblázat: A BLS 2019 kutatás nettó mintájának elemszáma az egyes rétegekben (fő), valamint az egyes rétegekben alkalmazott súlyok

Kerület	Nettó minta (fő)			Súlyok	
	18-24 éves	25-34 éves	Összesen	18-24 éves	25-34 éves
1	16	42	58	0,8759	0,9556
2	60	120	180	0,9623	0,9028
3	95	192	287	0,9176	0,9497
4	73	160	233	0,9776	0,9791

²⁸ 6 válaszoló a megfelelő RRM kérdéssor hiánya miatt nem része egyik almintának sem.

Kerület	Nettó minta (fő)			Súlyok	
	18–24 éves	25–34 éves	összesen	18–24 éves	25–34 éves
5	4	1	5	1,1649*	1,3607*
6	34	98	132		
7	36	113	149	1,1535	1,0695
8	54	153	207	1,0979	0,9925
9	45	132	177	0,8785	0,8597
10	58	137	195	0,9547	0,8870
11	73	187	260	1,1014	1,0981
12	38	87	125	0,9357	0,8493
13	50	177	227	1,2993	1,1637
14	78	202	280	0,9312	0,8590
15	65	125	190	0,9366	0,9665
16	48	86	134	1,1510	1,1107
17	76	147	223	0,9454	0,8639
18	81	161	242	0,9858	0,8885
19	31	72	103	1,4303	1,1677
20	39	76	115	1,2900	1,2751
21	59	110	169	0,9987	1,0232
22	50	86	136	0,8535	0,8942
23	23	40	63	0,8583	0,9224
Bp. összesen	1186	2704	3890	–	–

* A súly kialakítása az alacsony esetszám miatt (lásd a 15. táblázatban) a szomszédos rétegek összevonásával történt.

17. táblázat: A BLS 2019 kutatás során alkalmazott súlyok eloszlásának statisztikai mutatói

	Teljes minta súlya	,A' alminta súlya	,B' alminta súlya
N	3890	1918	1966
Átlag	1,000	1,000	1,000
Szórás	0,133	0,171	0,121
Medián	0,962	0,938	0,978
Módusz	0,859	0,839	1,018
Legkisebb súly	0,849	0,828	0,831
Legnagyobb súly	1,430	1,654	1,601
Tartomány	0,581	0,826	0,769
Ferdesség (SE)	1,116 (0,039)	1,587 (0,056)	1,594 (0,055)
Csúcosság (SE)	0,669 (0,078)	2,607 (0,112)	3,933 (0,110)

SE: standard hiba; N: elemszám

3.2.2. A mérőeszközök megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos eredmények a BLS 2019 kutatásban

3.2.2.1. A prevalencia-adatok megbízhatósága és érvényessége a BLS 2019 kutatásban

A vizsgált addiktív magatartások esetében az életprevalenciára és első használatra vonatkozó válaszok közötti megfelelés alapján a BLS 2019 kutatás során is kiszámítottuk a konzisztens használók²⁹ (A oszlop), a konzisztens nem használók³⁰ (B oszlop), valamint az inkonzisztens³¹ (D oszlop) választ adók arányát (18. táblázat).

Az első használatra és az életprevalenciára vonatkozó kérdésre a tiltott szerek, az inhalánsok, valamint alkohol és gyógyszer együttes fogyasztása esetében a válaszolók rendre 99% feletti arányban konzisztensen válaszoltak, azaz a válaszolók kevesebb mint 1%-a esetében tapasztaltunk inkonzisztens válaszokat. A rendelvény nélküli nyugtató-/altatófogyasztásra, a rendszeres hagyományos dohányzásra, az e-cigaretta, valamint a mobiltelefon és az okostelefon használatára vonatkozó válaszok ennél valamelyest nagyobb arányban (1,4%–3,2%) tartalmaznak inkonzisztens válaszokat. A hagyományos dohányzás életprevalencia-értékével kapcsolatos adatok esetében azonban közel 15%-os, a szerencsejáték-használatra vonatkozó válaszok esetében pedig 19,5%-os inkonzisztencia-arány mutatkozott (18. táblázat A, ill. D oszlop).

A konzisztens használóknak az életprevalencia-értékhez (LTP) viszonyított aránya alapján (18. táblázat F oszlop) azonban azt láthatjuk, hogy a dohányzás, illetve az 1%-nál magasabb életprevalencia-értékkel rendelkező hagyományos tiltott szerek, valamint a viselkedési addikciók esetében a prevalencia-értékek nagyobb részben konzisztens adatokat tartalmaznak. Az alacsony (1% alatti) elterjedtségű hagyományos tiltott szerek, valamint az inhalánsok és a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás (nyugtató/altató orvosi rendelvény nélküli használatának s különösképpen az alkohol–gyógyszer kombinációk fogyasztásának) életprevalencia-értékei azonban jelentős inkonzisztens információt tartalmaznak.

²⁹ A konzisztens használóknak ezúttal is azokat a válaszolókat tekintettük, akik az életprevalencia kérdésre igen választ adtak, és az első használat évére vonatkozóan megadták, hogy hány éves korukban végezték először az adott tevékenységet, vagy „nem tudom” választ jelöltek.

³⁰ A konzisztensen nem használók közé azokat soroltuk, akik mindkét kérdésnél egyértelműen azt jelölték, hogy soha nem végezték az adott tevékenységet.

³¹ Az inkonzisztens válaszolók az egyik kérdésnél egyértelműen a tevékenység végzésére, a másik kérdésnél pedig egyértelműen annak nem végzésére vonatkozó választ adtak.

Ezen utóbbi magatartásokra vonatkozó adatok – ahol az életprevalencia-értékek zömében nem konzisztens válaszokon alapulnak – fenntartással kezelendők.

A vizsgált addiktív magatartások esetében az életprevalenciára és első fogyasztásra vonatkozó válaszok közötti megfelelés alapján a budapesti fiatal felnőtt populációban kapott adatok megbízhatósága tekintetében hasonló tendenciák mutatkoztak, mint a felnőtt népesség országos adatai esetében. Mindkét kutatásról elmondhatjuk, hogy a dohányzás, illetve a magasabb életprevalencia-értékkel rendelkező hagyományos tiltott szerek, valamint a viselkedési addikciók esetében a prevalencia-értékek nagyobb részben konzisztens adatokat tartalmaznak. Ugyanakkor eltérések is mutatkoznak. Egyrészt a fővárosi fiatal felnőttek körében – a magasabb életprevalencia-értékekkel összhangban – ez több tiltott szer esetében mondható el: míg országosan a felnőtt népesség esetében az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos fogyasztásbevallások mindössze kb. egyharmadának a háttérben állnak konzisztens válaszok, a budapesti fiatal felnőttek esetében az ÚPSZ-használat életprevalencia-értékei háromnegyed részben konzisztens válaszokat tartalmaznak. Másrészt a szerhasználó magatartások többsége esetében a fővárosi fiatal felnőttek életprevalencia-adatainak háttérben valamelyest nagyobb arányban találkozunk konzisztens válaszokkal (ez alól az alkohol és gyógyszer együttes használatával, illetve a hagyományos dohányzással kapcsolatos adatok képeznek kivételt). A viselkedési addikciókkal kapcsolatos válaszok megbízhatósága tekintetében pedig a szerencsejáték-használattal kapcsolatos adatoknak a fővárosi fiatal felnőttek körében tapasztalt alacsonyabb megbízhatóságát kell megemlítenünk.

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

Addiktív magatartások	Konzisztens válaszok aránya (A=B+C)	Konzisztens nem használók aránya (B)	Konzisztens használók aránya (C)	Inkonzisztens válaszok aránya (D)	Életprevalencia (E)	Konzisztens használók / életprevalencia (F=C/E)
Marihuánahasználat	99,4	87,2	12,2	0,6	12,6	96,8
Ecstasyhasználat	99,7	95,1	4,6	0,3	4,9	93,9
Amfetaminhasználat	99,6	97,7	1,9	0,4	2,3	82,6
Új stimulánsok használata	99,6	98,2	1,3	0,4	1,8	72,2
Szintetikus kannabinoidok használata	99,7	98,5	1,2	0,3	1,6	75,0
Kokainhasználat	99,7	98,6	1,1	0,3	1,4	78,6
LSD-használat	99,8	99,4	0,4	0,2	0,8	50,0

Addiktív magatartások	Konzisztens válaszok aránya (A=B+C)	Konzisztens nem használók aránya (B)	Konzisztens használók aránya (C)	Inkonzisztens válaszok aránya (D)	Életprevalencia (E)	Konzisztens használók / életprevalencia (F=C/E)
Mágikusgomba-használat	99,8	99,4	0,4	0,2	0,7	57,1
Egyéb opiáthasználat	99,8	99,6	0,2	0,2	0,5	40,0
Heroinhasználat	99,8	99,8	0,1	0,2	0,3	33,3
Inhaláns-használat	99,8	99,7	0,1	0,2	0,3	33,3
Alkohol–gyógyszer együttes használata	99,1	98,9	0,2	0,9	5,1	3,9
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélküli használata	98,6	98,0	0,6	1,4	2,1	28,6
Hagyományos dohányzás	85,3	42,2	43,2	14,7	48,3	89,4
Rendszeres hagyományos dohányzás	96,8	64,7	32,1	3,2	33,6	95,5
Rendszeres e-cigaretta-használat	98,1	97,3	0,9	1,9	1,0	90,0
Mobiltelefon-használat	97,9	0,0	97,8	2,1	99,7	98,1
Okostelefon-használat	98,1	1,6	96,5	1,9	97,5	99,0
Szerencsejáték-használat	80,5	42,8	37,7	19,5	58,3	64,7

A szerhasználó magatartások esetében az adatok megbízhatóságának másik mutatójaként a BLS 2019 kutatás során is megvizsgáltuk a különböző idejű prevalencia kérdésekre adott válaszok közötti koherenciát³² (9. táblázat). Az első fogyasztásra és az életprevalenciára vonatkozó kérdések közötti inkonzisztencia-arányokhoz hasonlóan ez a mutató is azt jelzi, hogy a válaszolók kevesebb mint 1%-a adott inkonzisztens válaszokat. Az inkonzisztens fogyasztóknak az életprevalencia-értékhez (LTP) viszonyított aránya alapján a legelterjedtebb tiltott drog, a marihuána életprevalencia-értéke, valamint az alkoholfogyasztás és a lerészegedés éves prevalencia adatai döntően konzisztens információkat tartalmaznak. Általában elmondható, hogy a felnőtt népesség körében országosan tapasztaltakhoz hasonlóan a 0,5% feletti elterjedtséggel rendelkező szerek prevalencia-értékeinek háttérében – az orvosi rendelvény nélküli nyugtató-/altatóhasználat kivételével – legalább 80%-ban a különböző időszakokra vonatkozó fogyasztásbevallások tekintetében konzisztens adatok állnak.

³² Az OLAAP 2019 vizsgálattal megegyezően ebben az esetben is azt tekintettük inkonzisztens válasznak, ha a különböző időszakokra (életre, évre és hónapra) vonatkozó absztinencia-adatok tekintetében inkonzisztencia mutatkozott, továbbá ha a rövidebb időszakra (általában előző hónapra) vonatkozó fogyasztás gyakorisága meghaladta a hosszabb időszakra (általában az életre) vonatkozóan jelzett fogyasztási alkalmak számát.

19. táblázat: A szerhasználó magatartásokra vonatkozó különböző idejű prevalencia kérdésekben jelentkező inkonzisztens válaszok aránya a BLS 2019 kutatásban (súlyozatlan adatok, %)

Szerek / szerhasználó magatartások	Inkonzisztens válaszok aránya	LTP	inkonzisztens válaszok / LTP
Alkohol*	0,1	66,9	0,1
Lerészegedés*	0,5	21,8	2,3
Marihuána	0,6	12,6	4,8
Ecstasy	0,5	4,9	10,2
Amfetamin	0,3	2,3	13,0
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélkül*	0,8	1,9	42,1
Új stimulánsok	0,2	1,8	11,1
Szintetikus kannabisz	0,3	1,6	18,8
Kokain	0,1	1,4	7,1
LSD	0,1	0,8	12,5
Mágikus gomba	0,1	0,7	14,3
Egyéb opiát	0,1	0,5	20,0
GHB	0,1	0,4	25,0
Crack	0,1	0,3	33,3
Heroin	0,1	0,3	33,3
Inhalánsok	0,1	0,3	33,3
Szteroidok	0,1	0,3	33,3
Metadon rendelvény nélkül	0,1	0,2	50,0
Intravénás használat	0,1	0,2	50,0
Más drog	0,1	0,2	50,0

* LYP, LMP és gyakorisági adatok alapján számított inkonzisztencia, a viszonyítás alapja LTP helyett LYP

A különböző addiktív magatartásokkal kapcsolatos adatok érvényességét a BLS 2019 kutatás esetében is a hiányzó és érvénytelen válaszok arányával, a felülbecslés mértékének becslésével, valamint az alkalmazott standard skálák belső konzisztenciájának vizsgálatával paramétereztük.

A felnőtt népességben országosan tapasztaltakhoz hasonlóan, a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya a tiltott drogokkal és inhalánsokkal kapcsolatos kérdésekben a budapesti fiatal felnőttek körében is jellemzően a kérdésblokk elutasítását fejezi ki, azonban annál jóval alacsonyabb értékek mellett: az életprevalenciára vonatkozó kérdések esetében 2,6–2,8%, az éves prevalencia kérdések esetében pedig 5,6–5,8% közötti. A legális szerek esetében általában ennél is alacsonyabb, egyedül az alkohol–gyógyszer együttes fogyasztására vonatkozó kérdések válaszhiányainak aránya közelíti meg a tiltott szerek esetében kapott értéket, a dohányzás esetében viszont mindössze fél százalék körüli. A viselkedéses addikciókkal kapcsolatos kérdések esetén szintén alacsony (0,5–2,1%) volt az érvénytelen vagy hiányzó válaszok aránya (11. táblázat). A fővárosi fiatal felnőttek körében – a hagyományos dohányzás és a vá-

sárlás kivételével – a válaszok érvényessége rendre magasabb a felnőtt népességre országosan jellemzőnél.

A vizsgált addiktív magatartásokkal kapcsolatos kérdések esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya a semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez képest sem tűnik kiemelkedőnek (pl. a kérdezett iskolai végzettségére vonatkozó kérdés esetében 0,3%; a háztartásméret esetében 1,3%; apa/anya iskolai végzettség esetében 1,7/2,2%), s kifejezetten alacsony a szintén érzékenynek tekinthető jövedelemmel kapcsolatos kérdés esetében tapasztalt 17,7%-os válaszhiányhoz képest. A felülbecslési kockázatának bejósolására az alkalmazott dummy-drog szintén megerősíti a BLS 2019 kutatás adatainak érvényességét: az életprevalencia kérdésre 5 fő (0,1%), a rövidebb idejű prevalenciáknál pedig 2 fő esetben fordult elő fogyasztásbevallás.

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

Addiktív magatartások	Életprevalencia	Éves prevalencia ³³
Marihuána	2,6	5,6
Szintetikus kannabisz	2,8	5,7
Ecstasy	2,6	5,6
Amfetamin	2,7	5,7
Kokain	2,7	5,7
Crack	2,7	5,8
Dizájner stimulánsok	2,7	5,8
Heroin	2,7	5,8
Egyéb opiát	2,7	5,8
Metadon rendelvény nélkül	2,7	5,8
LSD	2,7	5,7
Mágikus gomba	2,7	5,7
GHB	2,7	5,8
Intravénás használat	2,7	5,8
Inhalánsok	2,8	5,8
Anabolikus szteroidok	2,8	5,8
Alkoholfogyasztás	–	3,6
Nagyivás (5 vagy több / 10 vagy több ital)	–	2,1/3,7
Lérészegedés	–	3,1
Altató/nyugtató orvosi rendelvény nélkül*		2,4

³³ A droggal kapcsolatos kérdések esetében az éves prevalencia kérdések egyben az elmúlt 30 nap fogyasztására is rákérdeztek, a havi gyakoriságra vonatkozó önálló kérdést azonban ugratás előzte meg, így a havi prevalencia kérdésre válaszhiány-adat nem használható érvényességindikátorként.

Addiktív magatartások	Életprevalencia	Éves prevalencia ³³
Alkohol–gyógyszer együtt*		4,5
Hagyományos dohányzás**		0,5
E-cigaretta-használat**		0,6
Internethasználat [†]		0,7/0,7
Közösségioldal-használat [†]		1,1/1,3
Videojáték-használat*		2,1
Mobiltelefon-használat**		0,5
Szerencsejáték-használat*		0,7
Sport*		1,0
Kedvtelésből való vásárlás*		1,4

* a különböző időszakra vonatkozó prevalencia-értékeket egy kérdésben kérdeztük
** aktuális használatra vonatkozó kérdés alapján
[†] a különböző idejű prevalenciák egy kérdésben szerepeltek, azonban külön kérdés vonatkozott a hétköznapi/hétfégi használatra, ezt fejezi ki a két szám egy cellában

3.2.2.2. A kutatás során különféle addiktív magatartások elterjedtségének becslésére alkalmazott skálák belső konzisztenciája a BLS 2019 kutatásban

A viselkedési addikciók előfordulási gyakoriságának becslésére irányuló mérőeszközök belső konzisztenciáját szintén a Cronbach-alfa mutató segítségével vizsgáltuk.

Az ideálisnál alacsonyabb értékeket egy skála esetében sem tapasztaltunk. Több esetben tapasztaltunk az ideálisnál magasabb értékeket mind a Cronbach-alfa (ideális értéke 0,7–0,8 között), mind a tételek közötti együttjárás mértékében (ideális értéke 0,15 és 0,5 között), melyek ezúttal is arra utalhatnak, hogy ezeket a skálákat további elemzéseket követően talán a későbbi kutatások során érdemes lehet rövidített formában alkalmazni (21. táblázat).

21. táblázat: A BLS 2019 kutatás során alkalmazott skálák reliabilitás mutatói (súlyozatlan adatok)

Skálák	Valid esetek száma	Tételek száma	Belső konzisztencia mutató*	Inter-item korrelációk átlaga
Problémás kannabiszhasználat (CAST)	516 (13,3%)	6	0,917	0,654
Addikció Súlyossági Skála (SDS)	409 (10,5%)	5	0,754	0,470
Problémás szerencsejáték-használat (PGSI)	1305 (33,5%)	9	0,917	0,570
Évesi zavar (SCOFF)	3753 (96,5%)	5	0,731	0,347
Testi Attitűdök (BAT)	3764 (96,8%)	4	0,848	0,598
Problémás internethasználat (PIUQ-9)	3612 (92,9%)	9	0,927	0,596
obszesszió	3617 (93,0%)	3	0,841	0,644

Skálák	Valid esetek száma	Tételek száma	Belső konzisztencia mutató*	Inter-Item korrelációk átlaga
elhanyagolás	3622 (93,1%)	3	0,789	0,565
kontrollzavar	3622 (93,1%)	3	0,815	0,598
Tízteszes internetesjáték-használati zavar teszt (IGDT-10)	611 (15,7%)	10	0,898	0,479
Online játékhasználat Eszképizmus-motivációja (MOGQ-Eszképizmus)	613 (15,8%)	4	0,887	0,663
Problémás online közösségioldal-használat (BSMAS)	3511 (90,3%)	6	0,905	0,623
Problémás mobiltelefon-használat – Dependencia (PMPUQ-SV-Dependencia)	3799 (97,7%)	5	0,883	0,605
Testedzés-addikció (EAI-HU)	720 (18,5%)	6	0,924	0,667
Munkafüggőség (BWAS)	3266 (84,0%)	7	0,869	0,495
Kényszeres vásárlás (RCBS)	833 (21,4%)	7	0,942	0,705
*Cronbach-alfa				

4. AZ ADATFELDOLGOZÁS MÓDJA

Az adatok feldolgozása az adott kérdéssel kapcsolatos nemzetközi ajánlások és szakirodalmi előzmények figyelembevételével, IBM SPSS Statistics 26 és Mplus 8 (Muthén & Muthén, 2017) statisztikai szoftverekkel történt.

Mint azt a 2.2.1., illetve a 3.2.1 fejezetekben bemutattuk, mintakiesések korrigálására elemszám-tartó, rétegek-kategóriák szerinti mátrixsúlyozást alkalmaztunk. A további fejezetekben bemutatásra kerülő elemzések súlyozott adatokon készültek.³⁴

A pszichoaktív szer-használattal kapcsolatos prevalencia-értékek képzése során az EMCDDA (2002) standardokkal és a korábbi hazai lakossági vizsgálatok során alkalmazott eljárással megegyező módon (Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi et al., 2009, 2017) az LTP, LYP, illetve az LMP kiszámítása során ún. „konzisztencia-korrekciót” (EMCDDA, 2002, 35. oldal) végeztünk, melynek keretében egyrészt az életprevalencia kérdések – külön változóban – korrigálásra kerültek a rövidebb idejű prevalencia kérdések esetében kapott fogyasztásbevallásokkal, valamint egyéb fogyasztásra utaló kérdések válaszaival (az első használat életkorával, illetve az új szerek esetében a használat módjára vonatkozó kérdésre adott

³⁴ A súlyozás miatt előfordulhat, hogy bizonyos esetekben a részmintákra (pl. nőkre és férfiakra) vonatkozó kerekített elemszámok összege minimálisan eltér a teljes mintára vonatkozó elemszámtól.

válással), másrészt a rövidebb idejű prevalenciák válaszhiányait a hosszabb idejű prevalencia-kérdésekre adott „nem” válaszok alapján pótoltuk. Azoknál a viselkedési addikcióknál, ahol a feltett kérdések különböző idejű prevalencia-értékek számítására adtak lehetőséget, a különböző időszakra vonatkozó kérdésekben lévő inkonzisztencia szintén korrigálásra került. Más kérdések esetében az adattisztításon túli adatkorrekcióra nem került sor.

A különböző szerhasználó magatartások és viselkedési addikciók mintázódásainak elemzése egységes metodika mentén történt. Egyrészt a főbb szociodemográfiai tényezők mentén leíró-statisztikai elemzéseket végeztünk, melynek során a nominális változók mentén Kí-négyzet próbát és Cramer-féle V együtthatót vagy Phi korrelációs hatásméret-mutatót, a metrikus változók esetén ANOVA-tesztet és Eta-négyzet hatásméret-mutatót vagy független minta T-tesztet és Cohen-féle d hatásméret-mutatót számoltunk. Emellett a célváltozók típusától függően Bináris vagy Multinomiális logisztikus regressziós elemzéseket végeztünk a célváltozók és a szociodemográfiai, valamint a pszichológia változók közötti páronkénti, nem kontrollált kapcsolatok megismerése céljából. A szociodemográfiai és pszichológiai változók együttes szerepének vizsgálatára – a kimeneti változók típusának megfelelően – ENTER módszerrel többváltozós Bináris, illetve Multinomiális logisztikus regressziós modelleket hoztunk létre.

Az elemzések során alkalmazott magyarázó változószett kialakítása során bizonyos indikátorok összetettsége miatt az alábbi képzett mutatókkal dolgoztunk:

- Várható legmagasabb iskolai végzettség: A befejezett iskolai végzettség és a jelenleg végzett tanulmányok (lásd a 1.1. mellékletben szereplő 'A' kérdőív 3. és 5. kérdés) alapján képzett, a korábbi OLAAP vizsgálatok során is (Paksi és mtsai, 2009, 2017) alkalmazott változó.
- Intergenerációs képzettségi mobilitás: A kérdezett várható iskolai végzettségének elmozdulása nők esetében az anya, férfiak esetében az apa végzettségéhez (lásd a 1.1. mellékletben szereplő 'A' kérdőív 14. és 15. kérdés) képest (Róbert, 1990).
- Anómia összpontszám: Az anómia mértékét – Srole és Seeman anómia-, illetve elidegenedés- definíciója nyomán (Robinson, Shaver, Wrightsman, 1991) – a normaszegés, a hatalomnélküliség, az orientációhiány és az elidegenedés dimenzióiban mérő szubjektív indikátor. Az alkalmazott mutató 10 item (lásd a 1.1. mellékletben szereplő 'A' kérdőív 24. kérdés, illetve 1.4. melléklet 2. skálapal itemeit) mentén, 4 fokú skálán (1 – egyáltalán nem ért egyet; 4 – teljesen egyetért) adott válaszok összegzésével került kialakításra (Andorka, 1994), s nagyobb értéke az anómikus érzületek fokozott jelenlétét jelzi.

- Deprivációs index: A többdimenziós hátrányos helyzet (Townsend, 1979) komplex jelzőszáma. Az általunk alkalmazott index 16 életkörülmény-komponensen (lásd a 1.1. mellékletben szereplő 'A' kérdőív 21. kérdés itemeit) alapul, s értéke az anyagi okokból hiányzó életkörülmény-komponensek számát fejezi ki.
- Családban előforduló kockázati/deviáns magatartások száma: A vizsgált deviáns/kockázati magatartástípusok (dohányzás, rendszeres alkohol-fogyasztás, sok nyugtató-/altató-, ill. kábítószer-fogyasztás, rendszeres szerencsejáték-használat, öngyilkossági kísérlet, befejezett öngyilkosság, börtön, pszichiátriai kezelés) közül a szűk családban előforduló típusok száma (a 1.2. mellékletben szereplő 'B' kérdőív 46. kérdés egyes itemei esetében 0 és 9 közötti válaszainak száma).

A magyarázó változószett részét képezte továbbá a WHO Általános Jól-lét skála (5 tételes változat), a Barratt Impulzivitás Skála (BIS-11), a Szenzoros élménykeresés (BSSS), a Rumináció (RRS), az Aggodalmaskodás (PSWQ), a Testi tünetek (PHQ15), valamint a Mentalizáció (RFQ) Bizonyosság és bizonytalanság alskáláinak összpontszáma, melyek kialakítása az 1.1. alfejezet 3. pontjában jelzett szakirodalom alapján, a vonatkozó standardok szerint történt.

A fenti mutatókon kívül az elemi változók erős multikollinearitása miatt az alábbi összevont indexeket hoztuk létre:

- Társas integráció index: Három barátsággal / társas integrációval kapcsolatos változó (lásd a 1.1. mellékletben szereplő 'A' kérdőív 25., 26., 27. kérdéseit)³⁵ alapján IRT-vel létrehozott mutató. Mivel a változók multinomiálisak, a klasszikus bináris IRT (Tétel-Válasz Elmélet) módosított változatát, a Graded Response Modelt használtunk. A létrehozott index elsősorban a társas integráltság mértékét, kisebb mértékben annak minőségét fejezi ki. A mutató nagyobb értéke nagyobb társas integráltságra utal.
- Hátrányos anyagi helyzet index: A deprivációs index, valamint a háztartás szubjektív anyagi helyzetére (a 1.1. mellékletben szereplő 'A' kérdőív 20. kérdés) és a háztartás relatív anyagi helyzetének kérdezett általi percepciójára (lásd a 1.1. mellékletben szereplő 'A' kérdőív 22. kérdést) vonatkozó kérdések alapján Főkomponens-elemzéssel (PCA) létrehozott 0 átlagú, 1 szórású index. A nagyobb indexérték a kedvezőtlenebb anyagi státuszt fejezi ki.

³⁵ A kérdések a European Social Survey (ESS) 8. hullámában (ESS, 2016) is szerepelnek (https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round8/fieldwork/hungary/ESS8_questionnaires_HU.pdf), azonban feldolgozási standardjukra nincs ESS ajánlás.

- Általános elégedettség index: Az élet különböző területeivel (munkával, anyagi körülményekkel, családi kapcsolatokkal, párkapcsolattal, egyéb társas kapcsolatokkal, egészségi állapottal) való elégedettségre vonatkozó kérdések (lásd a 1.1. mellékletben szereplő 'B' kérdőív 50. kérdés itemei) alapján Főkomponens-elemzéssel (PCA) létrehozott 0 átlagú, 1 szórású index. A nagyobb indexérték az élet különböző területével való nagyobb általános elégedettséget fejezi ki.

Ugyanezen változókat alapján, alternatív változóként Maximum Likelihood-módszerrel, VARIMAX rotálással létrehoztunk három, a főbb életdimenziókkal való elégedettséget külön-külön megjelenítő független indexet. A létrehozott három index a következő: Társas kapcsolatokkal (családi, pár, egyéb {munkatársi, baráti, szomszédsági} kapcsolatokkal) való elégedettség index; Anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség index; Egészséggel való elégedettség index. Az indexek nagyobb értéke az adott életdimenzióval való nagyobb elégedettséget fejez ki.

A regressziós modellek során alkalmazott magyarázó változók teljes körének leírása megtalálható a 3. mellékletben, melyből a különböző kimeneti változók mentén végzett elemzések során modellbe vont változószett kialakítása elemzői döntéssel, a szakirodalom alapján vélelmezhető releváns prediktorok, illetve a modell elemszámának optimalizálására vonatkozó mérlegelés eredményeként került meghatározásra.

Amennyiben egyes fejezetekben a fentiekől elérő eljárások kerülnek alkalmazásra, akkor annak leírása az adott fejezetben történik.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 613–619.
- 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.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J. & Pallesen, S. (2012). Development of a Work Addiction Scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(3), 265–272.
- Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S. & Pallesen, S. (2012). Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports*, 110(2), 501–517.

- Anderson, J. L., Sellbom, M. & Salekin, R. T. (2018). Utility of the Personality Inventory for DSM-5-Brief Form (PID-5-BF) in the Measurement of Maladaptive Personality and Psychopathology. *Assessment*, 25(5), 596–607. <https://doi.org/10.1177/1073191116676889>.
- Angelusz R. & Tardos R. (2006). A kérdőíves kontextus-hatás – a nem mintavételi hibák egy efemer, mindennapos esete. In Angelusz R., Tardos R. (szerk.): *Mérésről mérésre, a válaszkutatás módszertani kérdései*. Budapest: Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány, BCE Politikatudományi Intézet.
- Bányai F., Zsila Á., Király O., Maráz A., Elekes Zs., Griffiths, M. D., Andreassen, C. S. & Demetrovics Zs. (2017). Problematic Social Media Use: Results from a Large-scale nationally representative adolescent sample. *PLoS ONE* 12(1). e0169839. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169839>.
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9, 191–198.
- Bartus T. (2015). Lemorzsolódás és súlyozás az életünk fordulópontjai panelfelvételben. *Demográfia*, 58. 4. 3. 287–308.
- Blair, G., Imai, K. & Zhou, Y-Y. (2015). Design and analysis of the randomized response technique. *Journal of the American Statistical Association*. 110(511), 1304–1319. Review. DOI: 10.1080/01621459.2015.1050028 <https://imai.fas.harvard.edu/research/files/randresp.pdf>
- Bornemisza E. & Csepeli Gy. (1998). A válaszcázás kiküszöbölése. Hibával mért diszkrét adatok statisztikai elemzése a társadalomtudományokban. *Szociológiai Szemle*, 2, 67–82. http://real-j.mtak.hu/5516/1/SzociologiaiSzemle_1998.pdf
- Bóthe B., Tóth-Király I., Reid, R. C., Orosz G. & Demetrovics Zs. (2021). Hiperszexuális Viselkedés Leltár. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 363–367). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Czeglédi E., Urbán R. & Csizmadia P. (2010). Measuring body image: Psychometric properties and construct validity of the Hungarian version of Body Attitude Test. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(3), 431–461. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.65.2010.3.1>
- Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J. & De Moor, S. (2009). *Drug use: an overview of general population surveys in Europe*. Thematic paper. Luxembourg: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/967/EMCDDA-TP-gps.pdf>
- Demetrovics Zs., Szeredi B. & Nyikos E. (2004). A Problémás Internethasználat Kérdőív bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 19, 141–160.
- Demetrovics Zs., Szeredi, B. & Rózsa, S. (2008). The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*, 40, 563–574.

- Demetrovics Zs., Urbán R., Nagygyörgy K., Farkas J., Zilahy D., Mervó B., Reindl A., Ágoston Cs., Kertész A. & Harmath E. (2011). Why do you play? The development of the motives for online gaming questionnaire (MOGQ). *Behavior Research Methods*, 43(3), 814–825. <https://doi.org/10.3758/s13428-011-0091-y>
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595–605.
- Elekes Zs. & Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, Budapest: NKFP. Letöltve: 2020.10.10. https://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- EMCDDA. (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf
- EMCDDA. (2013). *Towards a new EMQ Module – Questions on Availability of Illicit Drugs*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10592/EMQ-availability-module.pdf>
- EMCDDA. (2015). *Voluntary EMQ Module for monitoring use of New (and not so new) Psychoactive Substances (NPS) in General Adult Population Surveys and School Surveys*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10582/EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20%28NPS%29.pdf>
- Eranus E., Láng S., Máth A. & Rác A. (2005). A kérdőíves adatfelvétel újabb módszerei: telefonos, számítógéppel támogatott (CAPI, CATI) és internetes adatgyűjtés. In: Letenyi L. (szerk.): *Településkutatás. Szöveggyűjtemény*, (pp. 545–593). Budapest: Ráció.
- Eszlári N. & Kökönyei Gy. (2021). Ruminatív Válaszstílus Kérdőív. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 127–132). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Ferri, C. P., Marsden, J., de Araujo, M., Laranjeira, R. R. & Gossop, M. (2000). Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, 19, 451–455.
- Folsom, R. E., Greenberg, B. G., Horvitz, D. G. & Abernathy, J. R. (1973). The two alternate questions randomized response model for human surveys. *Journal of the American Statistical Association*, 68, 525–530.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P. & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report

- measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7): e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fox, J. A. & Tracy, P. E. (1984). Measuring associations with randomized response. *Social Science Research*, 13, 188–197. [https://doi.org/10.1016/0049-089X\(84\)90020-6](https://doi.org/10.1016/0049-089X(84)90020-6)
- Gerevich J., Bácskai E. & Rózsa S. (2006). A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21, 45–56.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607–614.
- Gossop, M., Best, D., Marsden, J. & Strang, J. (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, 92(3), 353. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb03205.x>
- Gyepesi, Á., Urbán, R., Farkas, J., Kraus, L., Piontek, D., Paksi, B., Horváth, G., Magi, A., Eisinger, A., Pilling, J., Kökönyei, Gy., Kun, B. & Demetrovics, Zs. (2013). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *European Addiction Research*, 20(3), 119–128.
- Gyollai, Á., Urbán, R., Farkas, J., Kun, B., Kökönyei, G., Eisinger, A., ... Demetrovics, Zs. (2013). A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 28(2), 274–280.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9): 1119–27. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x> PMID: 1932883.
- Horváth Zs. (2021). SCOFF Kérdőív. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 310–314). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Horváth Zs., Eisinger A. & Demetrovics Zs. (2021). Kannabisz Használat Szűrőkérdőív. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 479–483). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (2021). Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 468–472). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Hoyle, R. H., Stephenson, M. T., Palmgreen, P., Lorch, E. P. & Donohew, R. L. (2002). Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 401–414. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00032-0)

- Kapitány-Fövény M. (2021a). A Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 515–518). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Kapitány-Fövény M. (2021b). Barratt Impulzivitás Skála. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 3–7). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Kapitány-Fövény M., Urbán R., Varga G., Potenza, M. D., Griffiths, M. D., Szekely A., Paksi B., Kun B., Farkas J., Kökönyi Gy. & Demetrovics, Zs. (2020). The 21-item Barratt Impulsiveness Scale Revised (BIS-R-21): An alternative three-factor model. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 225–246.
- Karjalainen, K. (2018). *Misuse of medicines – revision of the EMQ module*. GPS Expert Meeting. GPS Expert Meeting, National Institute For Health And Welfare. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/9363/3.%20K.%20Karjalainen%20-%20Misuse%20of%20medicines%20-%20revision%20of%20the%20EMQ%20module.pdf>
- Király O. (2021a). Tíz tételes Internetesjáték-használati Zavar Teszt. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 539–542). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Király O. (2021b). Online-játék-motivációs Kérdőív. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 547–550). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Király O., Slezcka, P., Pontes, H. M., Urbán, R., Griffiths, M. D. & Demetrovics, Zs. (2017). Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addictive Behaviors*, 64, 253–260.
- Király O., Bóthe B., Ramos-Diaz, J., Rahimi-Movaghar, A., Lukavska, K., Hrabec, O., Miovsky, M., Billieux, J., Deleuze, J., Nuyens, F., Karila, K., Griffiths, M. D., Nagygyörgy K., Urbán R., U., Potenza, M. N., King, D., Rumpf, H. J., Carragher, N. & Demetrovics, Zs. (2019). Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10): Measurement invariance and cross-cultural validation across seven language-based samples. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(1), 91–103.
- Kirtadze, I., Otiashvili, S. & Tabatadze, M. (2016). *National Survey on Substance Use in the General Population in Georgia, 2015*. Letöltve: 2020.10.10. https://www.researchgate.net/publication/305875263_National_Survey_on_Substance_Use_in_the_General_Population_in_Georgia_2015

- Kirtadze, I., Otiashvili, D., Tabatadze, M., Vardanashvili I., Sturua L., Zabransky T. & Anthony J. C. (2018). Republic of Georgia estimates for prevalence of drug use: Randomized response techniques suggest under-estimation. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 300–304. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.019>
- Kököneyi Gy., Szabó E., Kocsel N., Édes A., Eszlári N., Pap D., Magyar M., Kovács D., Zsombok T., Elliott, R., Anderson, I. M., Deakin, J. D. W., Bagdy, Gy. & Juhász G. (2016). Rumination in migraine: Mediating effects of brooding and reflection between migraine and psychological distress. *Psychology & Health*, 31(12), 1481–1497. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1235166>
- Koronczai B. (2021a). Problémás Internethasználat Kérdőív. In Horváth Zs., Urbán R., Kököneyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 534–538). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Koronczai B. (2021b). Bergen Közösségimédia-függőségi Kérdőív. In Horváth Zs., Urbán R., Kököneyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 519–522). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Koronczai B. (2021c). Testi Attitűdök Tesztje. In Horváth Zs., Urbán R., Kököneyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 282–285). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Koronczai B., Urbán R., Kököneyi Gy., Paksi B., Papp K., Kun B., Arnold P., Kállai J. & Demetrovics Zs. (2011). Confirmation of the three-factor model of problematic internet use on off-line adolescent and adult samples. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(11), 657–664.
- Köteles F. (2021). Szubjektív Testi Tünet Skála. In Horváth Zs., Urbán R., Kököneyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 315–318). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Köteles F. & Bárdos Gy. (2009). Tabletták perceptuális jellemzői által generált mellékhatás-elvárások és pszichológiai hátterük. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 10(1): 47–62.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kun B., Orosz G., Dombi E. & Demetrovics Zs. (2021). Bergen Munkafüggőség Skála. In Horváth Zs., Urbán R., Kököneyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 484–487). Budapest: Medicina Könyvkiadó.

- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population. *Journal of Substance Use*, 12, 233–242.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4): 577–591.
- Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J., Pontes, H. M., Griffiths, M. D., Dawes, C., Justice, L. V., Männikkö, N., Kääriäinen, M., Rumpf, H.-J., Bischof, A., Gässler, A.-K., Romo, L., Kern, L., Morvan, Y., Rousseau, A., Graziani, P., Demetrovics Zs., Király O., Schimmenti, A., Passanisi, A., Lelonek-Kuleta, B., Chwaszcz, J., Chóliz, M., Zaccarés, J. J., Serra, E., Dufour, M., Rochat, L., Zullino, D., Achab, S., Landrø, N. I., Suryani, E., Hormes, J. M., Terashima, J. P. & Billieux, J. (2018). Measurement invariance of the short version of the Problematic Mobile Phone Use Questionnaire (PMPUQ-SV) across eight languages. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph15061213>
- Maráz A., Eisinger A., Hende B., Urbán R., Paksi B., Kun B., Kökönyi G., Griffiths, M. & Demetrovics Zs. (2015). Measuring compulsive buying behaviour: Psychometric validity of three different scales and prevalence in the general population and in shopping centres. *Psychiatry Research*, 225(3), 326–334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.080>
- Martos T. & Csordás G. (2021). WHO Jóllét Kérdőív rövidített változata. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 186–189). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Mónok K. (2021). Testedzéstfüggőség Skála és Testedzés Addikció Kérdőív. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyi Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 497–507). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Mónok, K., Berczik, K., Urbán, R., Szabo, A., Griffiths, M. D., Farkas, J., Magi, A., Eisinger, A., Kurimay, T., Kökönyi, G., Kun, B., Paksi, B., & Demetrovics, Zs. (2012). Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(6), 739–746. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.06.003>
- Moors, J. J. A. (1971). Optimization of the Unrelated Question Randomized Response Model. *Journal of the American Statistical Association*, 66, 627–629.

- Morgan, J. F., Reid, F. & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467–1468.
- Moskalewicz, J., Room, R. & Thom, B. (2016). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action*. Synthesis report. Warsaw: PARPA. Letöltve: 2020.10.10. <http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU%20%E2%80%93%2027.02.pdf>
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2017). *Mplus User's Guide*. (8. ed.) Los Angeles, CA: Muthén & Muthén. Retrieved from http://www.statmodel.com/download/users-guide/MplusUserGuideVer_8.pdf
- Nyikos E., Szeredi B. & Demetrovics Zs. (2001). Egy új viselkedéses addikció: Az internethasználat személyiségpszichológiai korrelátumai. *Pszichoterápia*, 10(3), 168–182.
- Orosz G., Dombi E., Andreassen, C. S., Griffiths, M. D. & Demetrovics Zs. (2016). Analyzing models of Work Addiction: Single factor and bi-factor models of the Bergen Work Addiction Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5): 662–671.
- Pajkossy P. (2021). Penn State Aggódás Kérdőív. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 133–136). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Pajkossy P., Simor P., Szendi I. & Racsomány M. (2015). Hungarian validation of the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ): Method effects and comparison of paper-pencil versus online administration. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(3), 159–165. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000221>
- Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon.* (Szakmai forrás, 4.) 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. <https://doi.org/10.1556/mental.10.2009.4.1>
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 31–55. http://epa.oszk.hu/02400/02454/00066/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2017_02_055-085.pdf
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2018). A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai

- Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(4), 541–565. <https://akademiai.com/doi/pdf/10.1556/0016.2018.73.4.2>
- Paksi B., Demetrovics ZS., Griffiths, M. D., Magi A. & Felvinczi K. (2020). Estimating and managing the changing methodological parameters of self-report surveys of addictive behaviors based on the waves of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH) in 2007 and 2015. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 22(1): 29–42. <http://mppt-nph.hu/images/magazin/pdf/vol22issue1/v22i1p29.pdf>
- Patton, J. M., Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768–774.
- Patrick, M. E. & Azar, B. (2018). High-Intensity Drinking. *Alcohol Research: Current Reviews*, 39(1), 49–55.
- Pénzes M. (2021). Fagerström Nikotinfüggőségi Teszt. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Pillók P. (2010). Az elhanyagolható tényező, avagy a nem mintavételi hibák a kérdőíves adatfelvételekben. Doktori disszertáció. ELTE TáTK. http://tatk.elte.hu/file/dissz_2012_PillokPeter.pdf
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. Van, & Vanderlinden, J. (1995). The body attitude test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3(2), 133–144. <https://doi.org/10.1080/10640269508249156>
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Reid, R. C., Garos, S. & Carpenter B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18, 30–51. <http://doi:10.1080/10720162.2011.555709>
- Ridgway, N. M., Kukar-Kinney, M. & Monroe, K. B. (2008). An Expanded Conceptualization and a New Measure of Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research*, 35(4), 622–639. <https://doi.org/10.1086/591108>
- 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.
- Rudas T. (1979). Véletlenített kérdőíves eljárások. *TK Műhely*, (X. évf.) 17.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Funete, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO

- Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88, 791–804.
- Susánszky É., Konkoly T. B., Stauder A. & Kopp M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(1), 247–255.
- Szabó A., Pinto, A., Griffiths, M. D., Kovácsik R. & Demetrovics Zs. (2019). The psychometric evaluation of the Revised Exercise Addiction Inventory: Improved psychometric properties by changing item response rating. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 157–161. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.06>
- Terry, A., Szabo, A. & Griffiths, M. (2004). The Exercise Addiction Inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, 12(5), 489–499.
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: A survey of household resources and standards of living*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Umesh, U. N. & Peterson, R. A. (1991). A critical evaluation of the Randomized Response Method. Applications, validation, and research agenda. *Sociological Methods Research*, 32, 384–410. <https://doi.org/10.1177%2F0049124191020001004>
- Unoka Zs., Rózsa S., Kó N., Kállai J., Fábián A. & Simon L. (2004). A Derogatis-féle tünetlista alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, 19(3), 235–243.
- Warner, S. L. (1965). Randomized response: A survey technique for eliminating evasive answer bias. *Journal of the American Statistical Association*, 60, 63–69.
- 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: 2020.10.10. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf;jsessionid=CC81127C1160BD1370034C7068BCB9B8?sequence=1

DROGFOGYASZTÁS

1. A DROGFOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE¹

1.1. A tiltottdrog-fogyasztás elterjedtsége a magyarországi felnőtt lakosság körében

1.1.1. A tiltottdrog-fogyasztás elterjedtségének mért mutatói a felnőtt lakosság körében

A 2019-es OLAAP vizsgálat adatai szerint a 18–64 éves magyarországi népesség 7,9%-a ($\pm 1,5$) fogyasztott valaha az élete során valamilyen tiltott drogot,² az elmúlt évben 2,0%-uk ($\pm 0,8$), az elmúlt hónapban pedig 1,2%-uk ($\pm 0,6$) használt. Drogfogyasztáshoz kapcsolódóan a felnőtt népesség 0,9%-a ($\pm 0,5$) jelzett valamilyen problémát,³ a problémás droghasználat kockázatának a jelenléte⁴ a 18–64 éves lakosság 0,2%-a ($\pm 0,2$) esetében volt azonosítható⁵ (1. táblázat). A valaha valamilyen tiltott drogot használók körülbelül egynegyede (26,6%; $\pm 8,9$) a közelmúltban (is) használt tiltott szert (1. táblázat), s az elmúlt évben használók közel fele (45,5%; $\pm 20,0$; N=24) jelzett a drogfogyasztásával összefüggésben

¹ Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatások drogfogyasztás elterjedtségével kapcsolatos indikátorai a 2.1. mellékletében megtalálhatók.

² A kutatás a következő tiltott drogot vizsgálta: marihuána/hasis, szintetikus kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, crack, új stimulánsok, heroin, más opiátok, metadon orvosi rendelvény nélkül, LSD, mágikus gomba, GHB, intravénás drog, más drog.

³ A kutatás során a problémás droghasználat előfordulását az Addikció Súlyossági Skála (Severity of Dependence Scale, SDS) segítségével mértük (Ferri et al., 2000; Gossop et al., 1995; Gossop et al., 1997) azok körében, akik a kutatást megelőző 12 hónapban használták a vizsgált tiltott drogot valamelyikét.

⁴ Tekintettel arra, hogy a szakirodalom az SDS esetében csak különböző szerspecifikus határértékeket ad meg (Kaye & Darke, 2001; Lawrinson, Copeland, Gerber & Gilmour, 2007; Swift, Copeland & Hall, 1998; Topp & Mattick, 1997), tanulmányunkban, ahol az SDS összpontszám alapján bármilyen tiltott drogot vizsgáljuk a problémás használat előfordulását, a problémás droghasználat jelenlétének megállapítása az átlag (2,2) plusz 1 szórás (3,2) alapján meghatározott határérték alapján történt. Azokat tekintettük problémás használónak, akik esetében az SDS összpontszáma meghaladta az 5,4-et.

⁵ A problémás droghasználatra vonatkozó populációs adat óvatos használatára int bennünket az a tény, hogy a mérés konfidencia-intervalluma eléri a 0 értéket.

legalább egy problémát, 13%-uk ($\pm 13,5$,⁶ N=24) esetében pedig valószínűsíthető a problémás droghasználat jelenléte.

Nemek szerint minden időszakra vonatkozó prevalencia-érték tekintetében rendre szignifikáns – bár csak gyenge hatásméretű – mintázódás figyelhető meg: a férfiak az életük során ($\chi^2(1)=18,78$; $p<0,001$; $\varphi=0,12$), a közelmúltban ($\chi^2(1)=12,02$; $p=0,001$; $\varphi=0,10$) és aktuálisan is ($\chi^2(1)=6,59$; $p=0,010$; $\varphi=0,07$) nagyobb arányban használnak tiltott drogot, mint a nők. Hasonlóképpen alacsony hatásméret mellett, de szignifikánsan nagyobb a férfiak körében a droghasználattal összefüggő problémák megjelenése, illetve a problémás droghasználat kockázatának jelenléte ($\chi^2(2)=12,85$; $p=0,002$; $V=0,10$; illetve $\chi^2(2)=10,31$; $p=0,006$; $V=0,09$). A folyamatos használat (1. táblázat), illetve az elmúlt évben használók körében a problémás használat mutatói esetében azonban nem találtunk szignifikáns nemi különbségeket.

1. táblázat: A tiltott drogot elterjedtségének főbb összesített mutatói a 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)

	férfiak		nők		p	összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Életprevalencia (LTP)	598	11,4	668	4,8	<0,001	1265	7,9	$\pm 1,5$
Éves prevalencia (LYP)	595	3,5	666	0,8	<0,001	1261	2,0	$\pm 0,8$
Havi prevalencia (LMP)	594	2,0	667	0,4	0,010	1261	1,2	$\pm 0,6$
Az SDS alapján legalább egy problémát jelzők	594	1,5	665	0,3	0,002	1260	0,9	$\pm 0,5$
Problémás droghasználat kockázatának jelenléte (az SDS alapján)	593	0,3	666	0,2	0,006	1260	0,2	$\pm 0,2$
Folyamatos fogyasztási ráta ⁷	66	31,8	30	16,7	0,095	95	26,6	$\pm 8,9$
Folyamatos ráta incidencia nélkül ⁸	66	22,7	30	10,0	0,276	95	18,4	$\pm 7,8$

Megjegyzés: N = válaszolók száma; p = szignifikancia-érték a Khi-négyszet próbához kapcsolódóan
CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum

⁶ Az elmúlt évben használók körében mért problémás droghasználatra vonatkozó adat esetében is óvatosságra int bennünket, hogy a mérés konfidencia-intervalluma eléri a 0 értéket.

⁷ A folyamatos fogyasztási ráta (recent continuation rate) azt mutatja, hogy a valaha fogyasztók között milyen arányban (%) vannak azok, akik az elmúlt évben (is) használtak valamilyen drogot (EMCDDA, 2002: 107.; Paksi, 2007). Kiszámítása: (éves prevalencia / életprevalencia) \times 100.

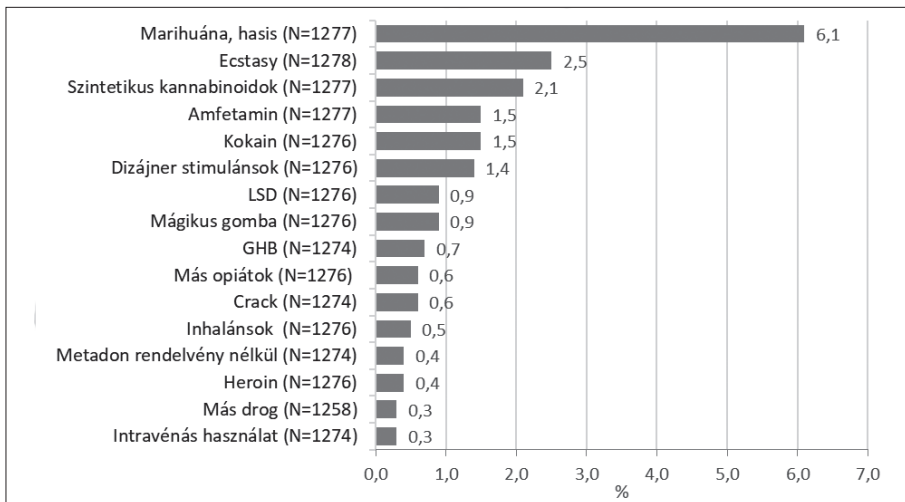
⁸ A folyamatos fogyasztási ráta incidencia nélkül (continuation rate without incidence) a valaha használókon belül azok aránya, akik az elmúlt évben is használtak és legalább egy évvel az adatfelvételt megelőzően fogyasztottak először valamilyen drogot (EMCDDA, 1999; Paksi, 2007). Kiszámítása: [(éves prevalencia – új belépők aránya) / életprevalencia] \times 100.

1.1.2. A különböző drogok elterjedtségének mért aránya a felnőtt lakosság körében

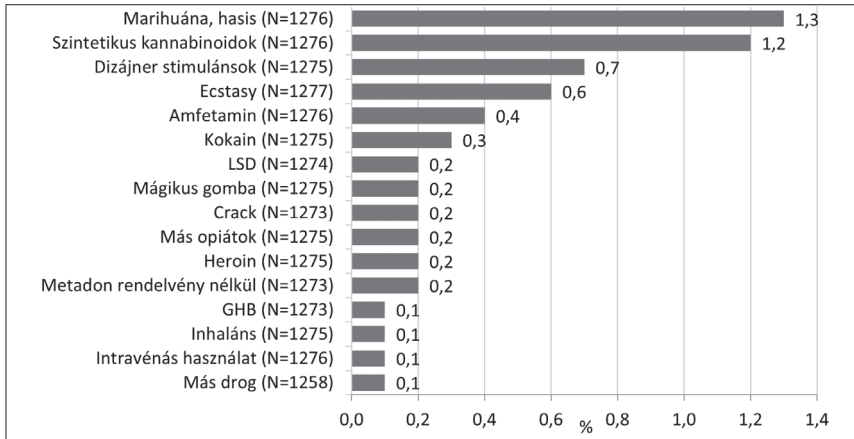
A felnőtt népességben a vizsgált tiltott drogok közül legtöbbször marihuánát vagy hasist fogyasztottak eddig életük során (6,1%; $\pm 1,3$). A marihuána/hasis után – a mérés standard hibáját figyelembe véve – holtversenyben a legnépszerűbb szerek a felnőtt népességben a hagyományos stimulánsok és az új pszichoaktív szerek: az ecstasy (2,5%; $\pm 0,9$), a szintetikus kannabinoidok (2,1%; $\pm 0,8$), az amfetamin (1,5%; $\pm 0,7$), a kokain (1,5%; $\pm 0,7$) és a dizájner stimulánsok (1,4%; $\pm 0,6$). Az új pszichoaktív szerek valamelyikét a lakosság 2,2%-a ($\pm 0,8$) próbálta ki az élete során. A többi szer életprevalencia-értéke a magyarországi felnőtt népesség körében nem éri el az 1%-ot (1. ábra).

Az új pszichoaktív szerek fontossága a közelmúltbeli droghasználat alapján még inkább megmutatkozik: az éves prevalencia-értékek alapján felállított fontossági sorrendben a szintetikus kannabinoidok (1,2%; $\pm 0,6$) a marihuánával/hasissal (1,3%; $\pm 0,6$) holtversenyben az első helyen szerepelnek, s a sorrendben közvetlen utánuk a dizájner stimulánsok (0,7%; $\pm 0,5$) találhatók (2. ábra). Az új pszichoaktív szerek összesített éves prevalencia-értéke 1,3% ($\pm 0,6$). Az elmúlt évben marihuánát/hasist használók körében megvizsgáltuk a kannabiszhasználattal összefüggő problémák jelenlétét is, melynek alapján az elmúlt évben marihuánát/hasist használók mintegy kétötöde (41,4%; $\pm 23,4$) kockázatos kannabiszhasználónak mondható (ez a felnőtt lakosság 0,5%-a; $\pm 0,4$).

1. ábra: Szerenkénti életprevalencia-értékek a 18–64 éves populációban (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)



2. ábra: Szerenkénti éves prevalencia-értékek a 18–64 éves populációban (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)



1.1.3. A különböző drogok elterjedtségének becsült aránya a felnőtt lakosság körében

A drogfogyasztás elterjedtségét a mért adatok alapján bemutató elemzések – és a későbbiekben a drogfogyasztás egyéb jellemzőit, illetve társadalmi-demográfiai és pszichológiai mintázódását tárgyaló fejezetek – a European Model Questionnaire (EMQ), illetve az EMCDDA annak kiegészítéseként megfogalmazott ajánlásait (EMCDDA, 2002, 2013) leképező kérdések mentén kapott adatokon alapulnak. Azonban a társadalmi állapotokra érzékeny témákban végzett, morális térben zajló, rejtekező magatartások elterjedtségének becslésére irányuló kutatások esetében, mint amilyenek a droghasználattal, illetve általában az addiktológiai magatartásokkal kapcsolatos kutatások is, az adatfelvételi eszközök és eljárások standarditása nem jelent „garanciát” az önbevallásos adatok megbízhatósága és érvényessége vonatkozásában (Elekes, 2002; EMCDDA, 1999, 2000; Harrison, 1997; Hartnoll, 1993, 1998; Kirtadze, Otiaşvili & Tabatadze, 2016; Johnston, O’Malley, Bachman & Schalenberg, 2007; Nyírády, 2009; Paksi, 2007). Éppen ezért az addiktológiai adatfelvételek esetében az adatfelvételi módszerek standardításának biztosítása mellett különösen fontos a különböző addiktológiai változók minőségének folyamatos monitorozása, valamint az önbevallások torzítottságának becslésére lehetőséget adó adatfelvételi és elemzési módszerek kidolgozása és alkalmazása.

Kirtadze és munkatársai (2016, 2018) drogepidemiológiai kutatása, valamint más érzékeny magatartások terén szerzett hazai tapasztalatok (Bornemisza és Csepeli, 1998; Semjén és Tóth, 2004) alapján az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatások során a leginkább elterjedt pszichoaktív szerek / szerhasználó ma-

gatartások – marihuána/hasis, szintetikus kannabinoidok, ecstasy és amfetamin kipróbálása; marihuána/hasis közelmúltbeli használata – esetében az elterjedtség becslésére az EMQ kérdéseket kiegészítettük a Randomized Response Method (RRM) eljárás (Warner, 1965; Fox & Tracy, 1984; Rudas, 1979; Pillók, 2010; Umesh & Peterson, 1991) alkalmazására lehetőséget adó kérdésekkel.

A lehetséges RRM technikák közül a Moors (1971) által kidolgozott ún. független kérdéses elrendezés (*Unrelated Question Design*) Folsom és munkatársai (1973) által továbbfejlesztett változatát alkalmaztuk, melynek során a mintánkat két almintára (A és B almintá) osztottuk, és az egyik (A) almintán véletlenítésre használt független (alternatív) kérdéseket a másik (B) almintán direkt kérdésként kérdeztük meg. Az eljárással kapcsolatban a szakirodalom előnyöket és hátrányokat is megfogalmaz (Blair et al., 2015). Előnye, hogy a válaszcélzás szempontjából jól teljesít, a válaszadók megbíznak abban, hogy a válaszuk rejtve marad. Ugyanakkor a becslés nem független az alternatív kérdés populációs eloszlásától, mintázódásától, illetve attól, hogy sikerül-e olyan alternatív kérdéseket találni, melyek a megkérdezettek számára valóban semlegesek (a kutatás során alkalmazott konkrét kérdések megtalálhatók a II. kötet 1.5. mellékletében: RRM kérdések).

A véletlenített válasz eljárásban a következő képlet segítségével becsültük a szerhasználati prevalencia-értékeket:⁹

$$B_{RRM_{SA}} = 2 * [A_A - (C_B - B_{CB})]$$

A képletben a következő paramétereket használtunk:

- $B_{RRM_{SA}}$ = a szenzitív kérdésre adott „igen” válaszok becsült aránya (RRM becslés eredménye az „A” almintában)
- A_A = az RRM kérdés „igen” válaszainak aránya („A” almintában)
- B = a kontroll (alternatív) kérdés kedvező kimenetelének valószínűsége (érmedobás: 0,5)
- C_B = a kontroll (alternatív) kérdés „igen” válaszainak aránya a direkt kérdés alapján („B” almintában)

⁹ Más logika szerint – az esetszámok felől közelítve – a következőképpen írhatjuk le a szenzitív kérdésre vonatkozó prevalenciabecslés folyamatát: Első lépésként a kontroll-mintában az alternatív kérdésre kapott „igen” válaszok arányából az RRM mintában az „igen”-t válaszolók számának megbecslése történik. Ezek után az RRM mintában realizált „igen” válaszok számából a becsült „igen” válaszok számát kivonjuk, s ennek a számnak az abszolút értéke a szenzitív kérdésre adott megerősítő válaszok becsült számát jelenti.

Mint ahogy a 2. táblázatban láthatjuk, a vizsgált szerhasználó magatartások esetében az RRM eljárással becsült értékek rendre 2-3-szorosan meghaladják az EMQ kérdésekkel a vizsgálatba bevont (A) almintában mért életprevalencia-értékeket. A marihuána/hasis, a szintetikus kannabinoidok, valamint az amfetamin esetében az RRM-mel becsült értékek 95%-os megbízhatósági szinten magasabbak az EMQ kérdésekkel mért életprevalencia-értékeknél, a közelmúltbeli kannabiszhasználat, illetve az ecstasy-életprevalencia esetében pedig 68%-os megbízhatósági szinten. A szintetikus kannabinoidok életprevalencia-értéke esetében a többi szerhasználó magatartáshoz képest különösen kiemelkedő eltérés mutatkozott: a standard kérdésekhez képest RRM eljárással 9-10 szeres életprevalencia-érték becsülhető. Ez összecseng a módszertani fejezetben a különböző szerekkel kapcsolatos kérdések megbízhatóságára vonatkozó eredményeinkkel, melyek szintén arra utalnak, hogy a szintetikus kannabinoidok esetében az EMQ alapján történt prevalenciamérés – a vizsgált többi szerhez képest – nagyobb mértékben terhelt megbízhatósági problémákkal (lásd a kutatás módszertani háttérével foglalkozó 1. fejezet 7. és 9. táblázatát).

Összességében a tiltott drogok esetében az OLAAP 2019 kutatás során mért, illetve RRM eljárással becsült prevalencia-értékek egymáshoz viszonyított nagysága arra utal, hogy a standard mérési eljárások alulbecsléseket vagy a legjobb esetben rendkívül konzervatív alsó becsléseket eredményezhetnek.

2. táblázat: Különböző tiltott drogok elterjedtségének becsült aránya a 18–64 éves népesség körében országosan (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, az (A) almintájába tartozó válaszolók %-ában)

EMQ kérdés	A fogyasztók aránya az EMQ kérdés alapján	NA/NAR	A fogyasztók becsült aránya az RRM kérdés alapján	Az RRM becslés során alkalmazott alternatív kérdés
	% (CI)		% (CI)	
Eddigi élete során kipróbálta-e már a marihuánát, hasist?	6,7 (4,8–8,6)	648/348	15,9 (12,1–19,7)	A háztartás, amelynek tagja, előfizet-e valamilyen papíralapú vagy online újságra?
Az elmúlt 12 hónapban fogyasztott-e marihuánát, hasist?	1,4 (0,5–2,3)	647/348	3,0 (1,2–4,8)	Van-e otthon internet-előfizetésük?
Eddigi élete során kipróbálta-e már a szintetikus kannabinoidokat (herbál, biofű, varázsdohány, szintetikus fű)?	2,4 (1,2–3,6)	648/347	22,8 (18,4–27,2)	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen vallási alkalmon?
Eddigi élete során kipróbálta-e már az ecstasyt?	3,0 (1,7–4,3)	649/348	5,9 (3,4–8,4)	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen baráti összejövetelen?

EMQ kérdés	A fogyasztók aránya az EMQ kérdés alapján	NA/NAR	A fogyasztók becsült aránya az RRM kérdés alapján	Az RRM becslés során alkalmazott alternatív kérdés
	% (CI)		% (CI)	
Eddigi élete során kipróbálta-e már az amfetamint?	2,3 (1,1–3,4)	648/348	7,3 (4,6–10,0)	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen családi összejövetelen (olyan családtagokkal, akikkel nem él közös háztartásban)?
Megjegyzés: NA = prevalencia-kérdésre válaszolók száma az A mintában, az EMQ kérdés esetében NAR = prevalencia-kérdésre válaszolók száma az A mintában az RRM kérdés esetében CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum				

1.2. A tiltott drog-fogyasztás elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

1.2.1. A tiltott drog-fogyasztás elterjedtségének mért mutatói a budapesti fiatal felnőttek körében

A BLS 2019 kutatás eredményei alapján a budapesti 18–34 éves népesség körében a tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke 17,3% ($\pm 1,2$). Az elmúlt évben 5,5%-uk ($\pm 0,7$), az elmúlt hónapban pedig 3,7%-uk ($\pm 0,6$) használt valamilyen tiltott szert. Drogfogyasztáshoz kapcsolódóan a fővárosi fiatal felnőttek 2,6%-a ($\pm 0,5$) jelzett valamilyen problémát, a problémás droghasználat kockázatának a jelenléte¹⁰ pedig 0,9% ($\pm 0,3$) esetében volt azonosítható. A valaha illegális drogot használó fővárosi fiatal felnőttek közel egyharmada (32,6%; $\pm 3,7$) az elmúlt évben (is) használt tiltott szert (3. táblázat), s az elmúlt évben használók közel fele (46,4%; $\pm 6,8$; N=205) jelzett a drogfogyasztásával összefüggésben legalább egy problémát, 16,0%-uk ($\pm 5,0$; N=205) esetében pedig valószínűsíthető a problémás droghasználat jelenléte.

A fővárosi fiatal felnőttek körében kapott, tiltott szerek használatára vonatkozó prevalencia-értékek 95%-os megbízhatósági szinten meghaladják a felnőtt populációban országosan mért értékeket: az életprevalencia-érték több mint kétszeres az ország 18–64 éves lakosságához képest, a közelmúltbeli és az aktuális használók aránya pedig mintegy háromszoros a budapesti fiatal felnőttek körében. Emellett a fővárosi 18–34 éves népesség körében a valaha használók között a tényleges folyamatos használók aránya tendencijelleggel meghaladja a felnőtt népesség körében országosan kapott értéket.

¹⁰ A problémás droghasználat jelenlétének megállapítása a felnőtt lakosságban alkalmazott metódussal megegyező módon, ez esetben is az átlag (1,55) plusz 1 szórás (2,34) alapján meghatározott határérték alapján történt. Azokat tekintettük problémás használónak, akik esetében az SDS összpontszáma meghaladta a 3,9-et.

Nemek szerint – a felnőtt népesség körében országosan tapasztaltakhoz hasonlóan – minden időszakra vonatkozó prevalencia-érték tekintetében rendre szignifikáns – bár csak gyenge hatásméretű – mintázódás figyelhető meg: a budapesti fiatal felnőtt férfiak az életük során ($\chi^2(1)=65,26$; $p<0,001$; $\varphi=0,13$), a közelmúltban ($\chi^2(1)=30,81$; $p<0,001$; $\varphi=0,09$) és aktuálisan is ($\chi^2(1)=25,460$; $p<0,001$; $\varphi=0,08$) nagyobb arányban használnak tiltott drogokat, mint a fővárosi fiatal felnőtt nők. Szintén alacsony hatásméret mellett, de szignifikánsan nagyobb a fővárosi fiatal felnőtt férfiak körében a droghasználattal összefüggő problémák megjelenése, illetve a problémás droghasználat kockázatának jelenléte is ($\chi^2(2)=47,10$; $p<0,001$; $V=0,11$ illetve $\chi^2(2)=36,25$; $p<0,001$; $V=0,10$). A fővárosi fiatal felnőtt droghasználók körében pedig ugyan valamelyest markánsabban megjelennek a férfiak körében a droghasználattal összefüggő problémák jelei ($\chi^2(1)=15,54$; $p<0,001$; $V=0,275$), azonban a problémás használat kockázatának jelenléte és a folyamatos használat mutatói tekintetében – szintén a felnőtt népesség körében országosan tapasztaltakhoz hasonlóan – nem találtunk szignifikáns nemi különbségeket (3. táblázat).

3. táblázat: A tiltott drogok elterjedtségének főbb összesített mutatói a budapesti 18–34 éves népességben (a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)

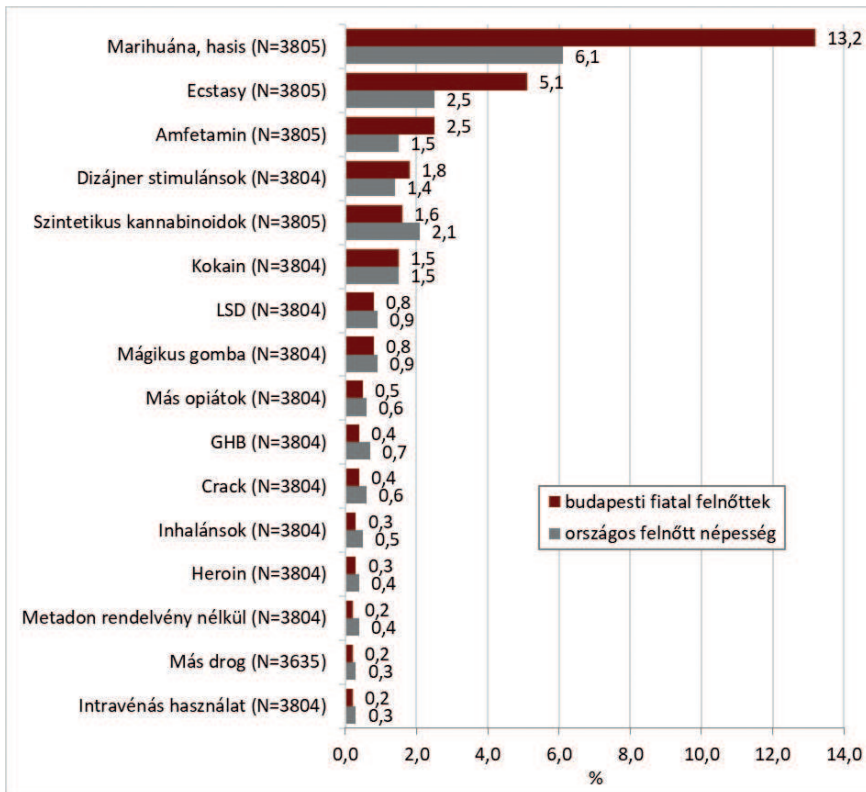
	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Életprevalencia	1752	22,5	1899	12,4	<0,001	3651	17,3	±1,2
Éves prevalencia	1742	7,7	1897	3,5	<0,001	3639	5,5	±0,7
Havi prevalencia	1743	5,4	1895	2,2	<0,001	3639	3,7	±0,6
Az SDS alapján legalább egy problémát jelzők	1746	4,5	1897	0,9	<0,001	3643	2,6	±0,5
Problémás droghasználat kockázatának jelenléte (az SDS alapján)	1746	1,5	1896	0,4	<0,001	3643	0,9	±0,3
Folyamatos fogyasztási ráta	386	35,0	234	28,6	0,061	620	32,6	±3,7
Folyamatos ráta incidencia nélkül	385	30,9	234	24,4	0,216	620	28,5	±3,6
Megjegyzés: N = válaszolók száma; p = szignifikancia-érték a Khi-négyszet próbához kapcsolódóan CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum								

1.2.2. A különböző drogok elterjedtségének mért aránya a budapesti fiatal felnőttek körében

A szerenkénti életprevalencia-értékek alapján a marihuána/hasis messze a legnépszerűbb szer (13%; ±1,1) a budapesti fiatal felnőttek körében. A következő legtöbbek által kipróbált drog az ecstasy, ami szintén kiemelkedik a mezőnyből,

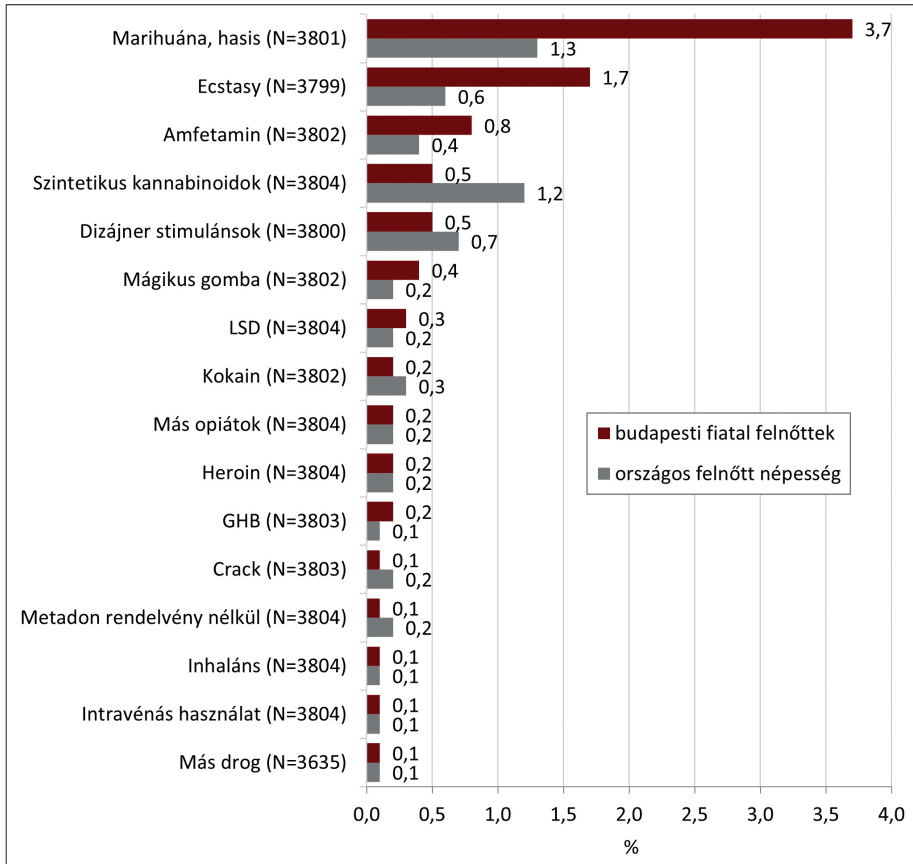
azonban az életprevalencia-értéke (5,1%; $\pm 0,7$) mintegy nyolc százalékponttal elmarad a kannabiszétól. Ettől 95%-os megbízhatósággal alacsonyabb elterjedtséggel a harmadik helyen van jelen a 18–34 éves fővárosi népesség szerkezetében az amfetamin (2,5%; $\pm 0,5$), majd – a mérés standard hibáját figyelembe véve – holtversenyben a negyedik helyen szerepelnek a dizájner stimulánsok (1,8%; $\pm 0,4$), a szintetikus kannabinoidok (1,6%; $\pm 0,4$), valamint a kokain (1,5%; $\pm 0,4$). A többi szer életprevalencia-értéke a fővárosi fiatal felnőttek körében sem éri el az 1%-ot (3. ábra).

3. ábra: Szerenkénti életprevalencia-értékek Budapesten a 18–34 éves és országosan a 18–64 éves populációban (a BLS 2019 és az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)



A tiltott szerek közelmúltbeli használata tekintetében gyakorlatilag az életprevalencia-értékek alapján kirajzolódó szerstruktúrát látjuk megisméltódni (4. ábra). Az elmúlt évben marihuánát/hasist használó fővárosi fiatal felnőttek közel egyharmada (29,2%; $\pm 7,6$) kockázatos kannabiszhasználónak mondható (ami a populáció 1,1%-a; $\pm 0,3$).

4. ábra: Szerenkénti éves prevalencia-értékek Budapesten a 18–34 éves és országosan a 18–64 éves populációban (a BLS 2019 és az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)



A fővárosi fiatal felnőttek körében kapott szerenkénti életprevalencia-értékek a legnépszerűbb szerek esetében 95%-os megbízhatósági szinten meghaladják a felnőtt populációban országosan mért értékeket: a 18–34 éves fővárosi népesség körében egyértelműen elterjedtebb a kannabisz, illetve az ecstasy. Emellett tendencijelleggel az amfetamin életprevalencia-értéke is magasabb. A többi szer esetében azonban csak hibahatáron belüli eltérések mutatkoznak a fiatal felnőttek körében a fővárosban és a 18–64 éves populációban országosan mért életprevalencia-értékek között (3. ábra). A közelmúltbeli fogyasztás alapján hasonló különbségek jelennek meg (4. ábra): a fővárosi fiatal felnőttek körében kapott éves prevalencia-értékek a marihuána és az ecstasy esetében 95%-os, az amfetamin esetében pedig 68%-os megbízhatósági szinten meghaladják a felnőtt népességben országosan mért értékeket. Ugyanakkor az elmúlt évi fo-

gyasztási adatokban tendencijellel megjelenik egy, a többi szer, illetve általában a tiltott szerek esetében megfigyelhető különbségekkel ellentétes irányú tendencia: a szintetikus kannabinoidok éves prevalencia-értéke ($0,5\% \pm 0,2$) a fővárosi fiatal felnőttek körében 68%-os megbízhatósági szinten alacsonyabb a felnőtt népesség körében országosan mért értéknél ($1,2\%; \pm 0,6$), azaz a fővárosi fiatal felnőttek közelmúltbeli szerhasználati struktúrájában a szintetikus kannabinoidok szerepe kevésbé meghatározó.

1.2.3. A különböző drogok elterjedtségének becsült aránya a budapesti fiatal felnőttek körében

A fővárosi fiatal felnőttek körében mért és becsült szerhasználati prevalencia-értékeket a 4. táblázatban mutatjuk be. Az RRM kérdések segítségével becsült életprevalencia-értékek 95%-os megbízhatósági szint mellett rendre jóval magasabbak. A marihuána-/hasis-életprevalencia esetében látható a legkisebb eltérés a direkt kérdéssel mért érték és az RRM becslés között, de még ebben az esetben is az RRM becslés több mint másfélszerese ($1,8$ -szoros) a direkt kérdéssel mért értéknek. Hasonló arányú, mintegy kétszeres különbségeket látunk az ecstasy és az amfetain életprevalencia-értékei, valamint a marihuána/hasis éves prevalencia-értéke esetében is. A szintetikus kannabinoidok esetében az RRM becslés eredménye azonban – összhangban az országos felnőtt mintán végzett becsléssel – kiemelkedően magas, a mért és a becsült értékek közel 15 -szörös különbséget mutatnak: az életprevalencia direkt kérdésre a válaszadók $1,5\%$ -a ($\pm 0,6$) válaszolt igennel, az RRM becslés pedig $22,3\%$ -os ($\pm 1,9$) eredményt adott.

A BLS 2019 kutatás adatai alapján végzett RRM becslés az OLAAP 2019 kutatás adatai alapján történt becsléshez képest még inkább markáns eredményt adott. Míg a felnőtt népesség országos mintáján az RRM-mel becsült értékek csak a marihuána/hasis, a szintetikus kannabinoidok, valamint az amfetaminhasználat életprevalencia-értékei esetében voltak 95%-os megbízhatósági szinten magasabbak az EMQ kérdésekkel mért életprevalencia-értékekénél, s a közelmúltbeli kannabiszhasználat, illetve az ecstasy-életprevalencia esetében a becslés csak 68%-os megbízhatósági szinten adott magasabb értéket, addig a budapesti fiatal felnőtt populáció körében minden vizsgált szerhasználó magatartás esetében azt mondhatjuk, hogy az RRM-el becsült prevalencia-érték rendre 95%-os megbízhatósági szinten meghaladja az EMQ kérdésekkel mért prevalencia-értékeket. A budapesti fiatal felnőtt populációban végzett elemzéseink alapján tehát megerősítve látjuk az OLAAP 2019 kutatás esetében tett megállapításunkat, amely szerint a tiltott drogok EMQ kérdésekkel mért és az RRM eljárással becsült prevalencia-értékei közötti eltérések arra utalnak, hogy a

standard mérési eljárások a magyarországi epidemiológiai vizsgálatokban alulbecslik a valódi prevalencia-értékeket.

4. táblázat: Különböző tiltott drogok elterjedtségének becsült aránya a 18–34 éves budapesti népesség körében (a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján, az (A) almintájába tartozó válaszolók %-ában)

EMQ kérdés	A fogyasztók aránya az EMQ kérdés alapján	NA/NAR	A fogyasztók becsült aránya az RRM kérdés alapján	Az RRM becslés során alkalmazott alternatív kérdés
	% (CI)		% (CI)	
Eddigi élete során kipróbálta-e már a marihuánát, hasist?	14,0 (12,4–15,6)	1868/955	25,1 (23,2–27,0)	A háztartás, amelynek tagja, előfizet-e valamilyen papíralapú vagy online újságra?
Az elmúlt 12 hónapban fogyasztott-e marihuánát, hasist?	3,9 (3,0–4,8)	1866/955	7,9 (6,6–9,1)	Van-e otthon internet-előfizetésük?
Eddigi élete során kipróbálta-e már a szintetikus kannabinoidokat (herbál, biofű, varázsdohány, szintetikus fű)?	1,5 (0,9–2,1)	1868/954	22,3 (20,4–24,2)	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen vallási alkalmon?
Eddigi élete során kipróbálta-e már az ecstasyt?	5,4 (4,4–6,4)	1868/955	10,6 (9,3–12,0)	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen baráti összejövetelen?
Eddigi élete során kipróbálta-e már az amfetamint?	2,7 (2,0–3,4)	1868/955	6,3 (5,3–7,4)	Részt vett-e az elmúlt 30 napban valamilyen családi összejövetelen (olyan családtagokkal, akikkel nem él közös háztartásban)?
Megjegyzés: NA = prevalencia-kérdésre válaszolók száma az „A” mintában NAR = prevalencia-kérdésre válaszolók száma az „A” mintában az RRM kérdés estében CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum				

2. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB JELLEMZŐI A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

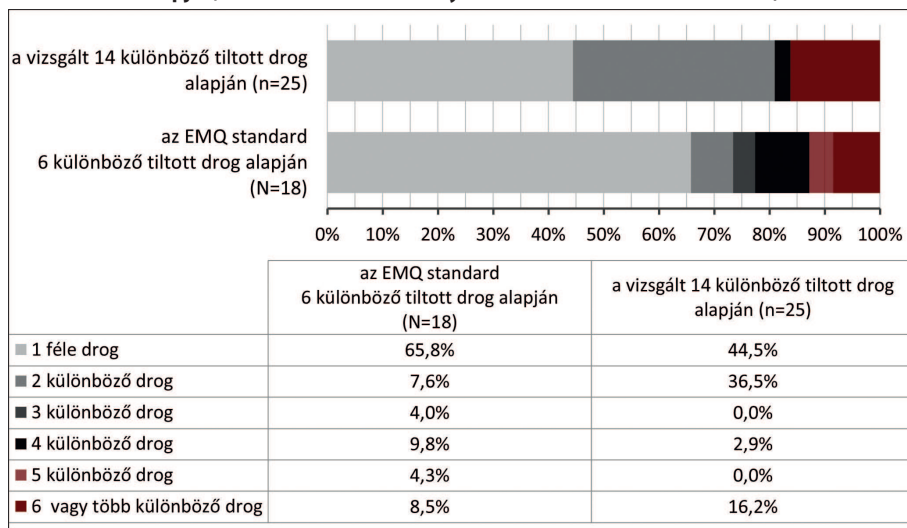
2.1. A különböző szerhasználó magatartások együttjárása a felnőtt lakosság körében

2.1.1. Polidrog-használat

A 18–64 éves népességben az elmúlt évben valamilyen tiltott drogot használók közel fele (44,5%-a) a vizsgált 14 különböző drog közül mindössze egyet használt ebben az időszakban. Másik több mint egyharmaduk (36,5%-uk) kettő, minden hatodik használó 6 vagy többfélét fogyasztott a közelmúltban. Ameny-

nyiben a polidrog-használat előfordulását a 6 EMQ standard drogra (kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, LSD) számítjuk, akkor azt mondhatjuk, hogy az elmúlt évben használók közel kétharmada ezek közül (65,8%) csak egyet, 7,6%-uk kettőt fogyasztott, s kevesebb mint minden tizedik használó esetében talákoztunk az elmúlt évben mind a 6 különböző drog fogyasztásával (5. ábra).

5. ábra: A polidrog-használat előfordulása a vizsgált 14 féle és a 6 EMQ standard tiltott drog előző évi fogyasztása (LYP) alapján a 18–64 éves populációban (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, az elmúlt évben valamilyen tiltott szert használók %-ában)



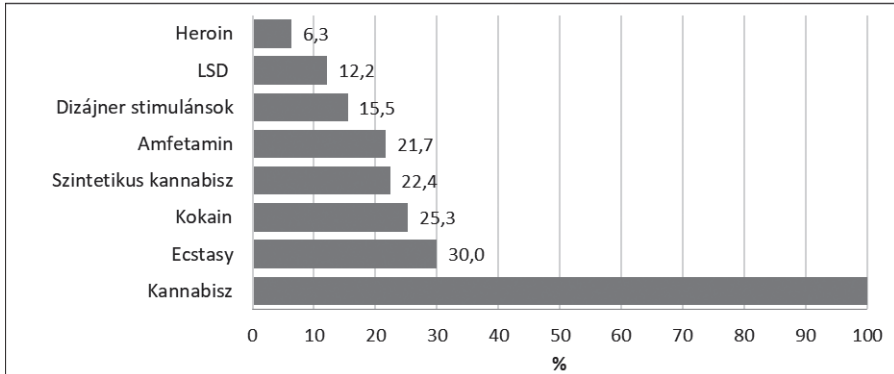
2.1.2. Drogfogyasztási piramis¹¹

A 18–64 éves népességben azoknak, akik az életük során fogyasztottak már marihuánát vagy hasist, a fele (52,6%-a; $\pm 11,2$) fogyasztott valaha más tiltott drogot is. A népességben a marihuánán kívül az egyéb tiltott drogok fogyasztásának életprevalencia-értéke 4,5%, tehát a kannabiszhasználók kockázata a valamilyen egyéb tiltott drog kipróbálása tekintetében kb. tízszerese az általános populációban jellemző kockázatnak. Amennyiben a kannabiszhasználat és az egyéb droghasználó magatartások kapcsolódásának vizsgálatára droghasználati piramist (6. ábra) építünk, s azt összehasonlítjuk a felnőtt népességben

¹¹ Az ún. tiltott drog-fogyasztási piramist (EMCDDA, 1999) kannabiszhasználat és más droghasználó magatartások kapcsolódásának kifejezésére konstruáljuk, ami az egyéb drogok életprevalencia-értékét mutatja a marihuánát/hasist valaha fogyasztók körében.

általában kapott prevalencia-értékekkel (lásd 1. ábra), láthatjuk, hogy a 18–64 éves, marihuánát vagy hasist valaha használók körében az egyes egyéb tiltott drogok életprevalencia-értéke 10–15-szöröse a populációs átlagnak.

6. ábra: A kannabiszhasználókra épített droghasználati piramis a 18–64 éves populációban (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a kannabiszhasználók %-ában, N=77)



2.2. Az első droghasználat életkora a felnőtt lakosság körében

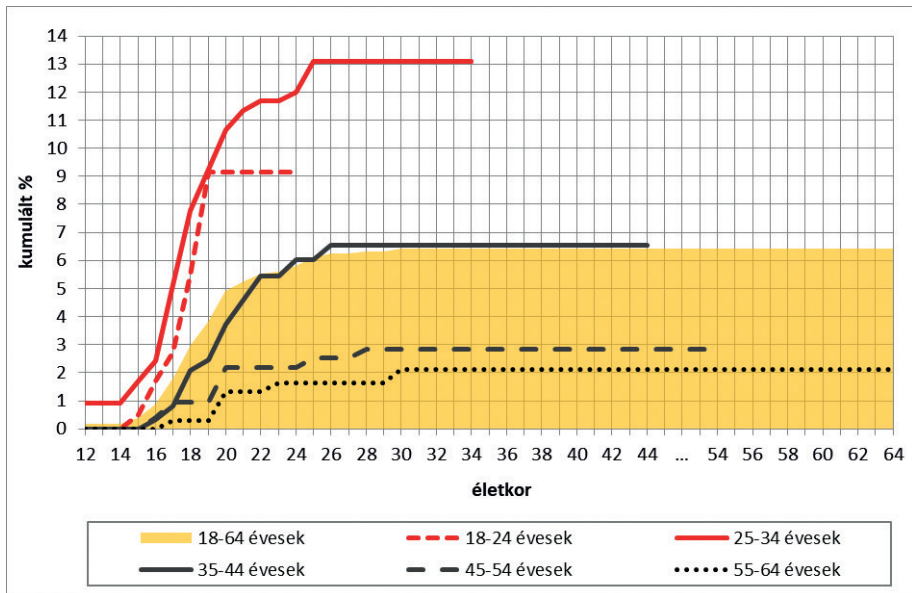
A tiltott droggal való első találkozás átlagosan 19, leggyakrabban (módusz) 18 évesen történt. A valaha fogyasztók háromötöde (59,4%) 19 évesen (medián), több mint egynegyede (28,5%) 17 évesen, minden hetedik-nyolcadik használó pedig (13,3%) 16 éves korban túl volt az első használaton.

Az első tiltott drog-fogyasztás életkora alapján felrajzolt kumulált prevalencia-görbe (lásd a 7. ábrán a drogokkal valaha kapcsolatba került populációt megjelenítő sárga területet) azt mutatja, hogy a ma 18–64 éves felnőtt népesség körében a valamilyen tiltott drog kipróbálása 12 éves korban megjelent, s 15 éves kortól mérsékelten (átlagosan 0,3%/év), majd 17 és 20 éves kor között gyakorlatilag egyenletesen, évente átlagosan 1,0%-kal emelkedett, azt követően a kapcsolatba kerülés kockázata mérséklődött (átlagosan 0,2%/év), majd 26 éves kor után gyakorlatilag megszűnt (mindössze két esetben tapasztaltunk ennél idősebb korban történő első használatot).

A különböző korosztályokra felrajzolt görbék alapján pedig egyrészt azt láthatjuk, hogy a 18–64 éves felnőtt népesség kockázati görbéje érdekes módon gyakorlatilag megegyezik a mai 35–44 évesek kockázati görbéjével. Másrészt a korcsoportos kumulált prevalencia-görbék alapján azt is láthatjuk, hogy a 44 éves kor feletti korosztályok kockázata elmarad a felnőtt népesség egészére jellemzőtől, a 35 év alattiaké pedig meghaladja azt. A 18–34 éves fiatal felnőttek

körében elkülönített legfiatalabb (18–24 éves) és az annál idősebb fiatal felnőttek görbéjének viszonya pedig egy egész különös jelenségre hívja fel a figyelmet: a két fiatal korcsoport görbéje 15 és 19 éves kor között nagyon meredeken emelkedik és gyakorlatilag teljesen párhuzamosan fut. Azonban míg a 25–34 éves fiatal felnőttek görbéje – ugyan a korábbi intenzív kockázati időszakhoz képest valamelyest mérsékeltebb ütemben – tovább emelkedik 25 éves korig, s csak akkor áll meg (hasonlóan a teljes felnőtt populáció görbéjéhez), a legfiatalabb felnőtt korosztályba tartozó válaszolók 19 éves koruk után – az addig nem használók – már nem próbálkoznak a tiltott drog fogyasztásával.

7. ábra: A tiltottdrog-használat kumulált prevalencia-görbéje a 18–64 éves népességben összességében és az egyes korcsoportokban (az OLAAP 2019 vizsgálat első használat életkorára vonatkozó adatai alapján, a válaszolók kumulált %-ában)



3. A TILTOTTDROG-FOGYASZTÁS SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A 18–64 éves magyarországi lakosság körében a tiltott drog-fogyasztás társadalmi-demográfiai mintázódását leíró-statisztikai eszközökkel vizsgálva – a már korábban bemutatott alacsony hatásméretű nemi mintázódás mellett – életkor, urbanizációs és képzettségi státus, vallási integráció és a családban előforduló deviáns minták mentén, továbbá az anyagi státus és a társas kapcsolatok egy-egy indikátora esetén rajzolódott ki szignifikáns különbségek. Az intergenerációs képzettségi mobilitás, a munkaerőpiaci aktivitás és az anómikus érzületek mutatói, illetve az anyagi státussal és társas integráltsággal kapcsolatos indikátorok többsége tekintetében azonban nem tapasztaltunk szignifikáns különbségeket (5. és 6. táblázat).

A leíró statisztikai elemzésekkel azonosított szignifikáns kapcsolatok többsége gyenge, de találunk néhány közepesen erős hatásméretű összefüggést is. Ilyen közepes erősségű mintázat mutatkozik az életkori csoportok, a vallási integráció és a családban előforduló deviáns minták tekintetében. A 35 év alatti fiatal felnőttek drogérintettségére 95%-os megbízhatósági szinten nagyobb, mint az ennél idősebbeké, emellett a fiatal felnőtteken belül tendencijellel kisebb a legfiatalabb felnőtt (18–24 éves) korosztály, illetve a 35–64 éves korcsoporton belül a legidősebbek (55–64 évesek) életprevalencia-értéke. Szintén 95%-os megbízhatósággal alacsonyabb a tiltott drog-fogyasztás előfordulása a vallásos, egyháza tanításait követő, illetve a „maga módján vallásos” népességben, mint az ateista, nem vallásos vagy a vallásosság tekintetében bizonytalan válaszolók körében. A fentiekben túl a családi minták vonatkozásában mutatkozott közepes erősségű kapcsolat: a családban előforduló deviáns magatartások számának növekedése a tiltott drog-fogyasztás magasabb életprevalencia-értékével jár együtt.

A gyenge hatásméretű különbségek alapján a nőkhöz képest a férfiak, az átlagoshoz képest az annál jobb anyagi körülmények között élők 95%-os megbízhatósági szinten nagyobb, illetve a felsőfokú végzettséggel rendelkezők, valamint az 50 ezer főnél nagyobb városokban élők tendencijellel magasabb érintettségére rajzolódik ki. Emellett szignifikánsan magasabb a drogfogyasztók körében a társas integráció, s kisebb a családi és párkapcsolatokkal való elégedettség mutatóinak átlagértéke, de ezek is csak gyenge kapcsolatok (5. és 6. táblázat).

5. táblázat: A tiltott drog-fogyasztás életprevalencia-értéke (LTP) a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népességben (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján a válaszolók százalékában)

	N	Tiltott drog LTP (%)	χ^2 (df)	p	V
Nem					
Férfi	598	11,4	18,78 (1)	<0,001	0,12
Nő	668	4,8			
Korcsoport					
18–24	146	10,3	40,27 (4)	<0,001	0,18
25–34	256	16,0			
35–44	326	7,7			
45–54	283	3,9			
55–64	255	2,7			
Településméret					
<1000	86	3,5	12,81 (6)	0,046	0,10
1000–4999	308	7,8			
5000–9999	92	6,5			
10000–49999	318	6,3			
50000–149999	164	13,4			
≥150000	72	12,5			
Bp.	225	7,1			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	127	9,4	8,92 (3)	0,030	0,08
szakmunkás	428	6,5			
érettségi	459	6,3			
felsőfok/egyetem utáni képzés	250	12,0			
Szakképzettség					
nincs	196	8,2	0,04 (1)	0,473	0,01
van	1003	7,8			
Intergenerációs végzettségi mobilitás					
felfelé mobil	657	6,5	4,15 (2)	0,126	0,06
nem mobil	529	9,3			
lefelé mobil	50	12,0			
Munkaerőpiaci aktivitás					
nincs keresőtevékenysége	301	8,6	0,51 (1)	0,275	0,02
van keresőtevékenysége	948	7,4			
Háztartás nettó havi jövedelme					
≤125 ezer Ft	33	3,0	5,90 (5)	0,317	0,09
126–180 ezer Ft	103	10,7			
181–255 ezer Ft	175	4,0			
256–380 ezer Ft	228	8,3			
381–400 ezer Ft	122	7,4			
>400 ezer Ft	117	7,7			

	N	Tiltott drog LTP (%)	χ^2 (df)	p	V
A háztartás szubjektív anyagi helyzete					
kényelmesen megélnék	105	13,3	7,01 (3)	0,072	0,08
kijönnek a jövedelmükből	789	7,9			
nehezen élnek	288	6,3			
nagyon nehezen élnek	58	3,4			
A háztartás relatív anyagi helyzete a kért perzepciója alapján					
jobb az átlagnál	246	13,0	15,47 (5)	<0,001	0,11
átlagos	780	5,8			
rosszabb az átlagnál	202	7,9			
Vallásosság					
vallásos, az egyház tanításait követi	103	3,9	34,21 (4)	<0,001	0,17
vallásos a maga módján	513	4,1			
nem tudja, hogy vallásos-e	76	17,1			
nem vallásos	500	10,6			
ateista	46	19,6			
Együttélő partnerkapcsolat					
nincs	239	9,2	1,77 (1)	0,183	0,04
van	839	6,7			
Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok érték; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre					

6. táblázat: Különböző szociodemográfiai változók átlagértéke az életük során valaha valamilyen tiltott drogot fogyasztók és nem fogyasztók körében a 18–64 éves népességben (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

Változó	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p	η^2
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Életkor	1164	42,36	13,01	99	34,55	10,86	33,79	<0,001	0,026
Háztartásméret	1163	2,19	1,24	97	3,04	1,31	0,92	0,337	0,001
Családban előforduló kockázati magatartások/devianciák száma	1116	1,54	1,37	94	2,94	2,10	82,92	<0,001	0,064
Anómia összpontszám	1081	18,00	6,61	87	18,41	5,95	0,32	0,574	0,000
Társas integráció index	1165	-0,06	0,86	99	0,34	0,93	19,49	<0,001	0,015
Deprivációs index	1166	3,16	3,73	99	2,43	4,15	3,46	0,063	0,003
Munkavégzéssel töltött órák száma/hét	1143	31,38	18,43	93	30,07	19,49	0,43	0,513	0,000
Elégedettség:* a munkájával	1091	3,68	1,11	89	3,57	1,10	0,74	0,391	0,001
Elégedettség:* anyagi körülményeivel	1146	3,35	1,04	99	3,35	1,11	0,00	0,981	0,000

Változó	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p	η^2
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Elégedettség:* családi kapcsolataival	1147	4,20	0,88	99	3,89	1,05	11,42	0,001	0,009
Elégedettség:* párkapcsolatával	1118	4,07	1,17	98	3,78	1,30	5,25	0,022	0,004
Elégedettség:* egyéb társas kapcsolataival	1145	3,98	0,88	98	3,85	0,96	1,70	0,192	0,001
Elégedettség:* egészségi állapotával	1146	4,04	0,94	99	3,98	0,92	0,28	0,596	0,000
WHO általános jóllét	1138	9,18	3,07	99	8,92	2,98	0,66	0,416	0,001

Megjegyzések: N: válaszolók száma; F: egyszempontos ANOVA-teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték az F-statisztikához kapcsolódóan; η^2 : Eta-négyzet hatásméret-mutató; A szignifikáns ($p < 0,05$) összefüggéseket a táblázatban szürke mezővel kiemeltük.
* A különböző életdimenziókkal való elégedettség mérése 5 fokozatú skálán történt, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem elégedett”, az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben elégedett”

Annak vizsgálatára, hogy a többi változó kontroll alatt tartása mellett mely társadalmi-demográfiai, illetve pszichológiai jellemzők gyakorolnak szignifikáns hatást a tiltottdrog-fogyasztás életprevalencia-értékére, ENTER módszerrel bináris logisztikus regressziós modellt hoztunk létre. A modell kialakítása során a leíró-statisztikai elemzéseknél használt változók – illetve bizonyos indikátorcsoportok (elégedettség, anyagi helyzet) esetében az elemi változók erős multikollinearitása miatt létrehozott összevont indexek – képezte magyarázó változószett kiegészítésre került pszichológiai változókkal (7. táblázat). A többváltozós elemzés mellett az egyes háttérváltozók és a tiltott szerek életprevalencia-értéke közötti páronkénti, nem kontrollált kapcsolatokat is megvizsgáltuk, melyek eredményei szintén megtalálhatók a 7. táblázatban, de azokra szövegesen csak a többváltozós elemzés eredményeinek árnyalása céljából térünk ki.

A tiltottdrog-fogyasztás előfordulásának becslésére létrehozott többváltozós bináris logisztikus regressziós modell (0 = az élete során soha nem használt tiltott drogot; 1 = az élete során használt már tiltott drogot) szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(31)=137,78$; $p < 0,001$; Cox & Snell $R^2=0,15$; Nagelkerke $R^2=0,38$). A létrehozott modell 93,5%-ban helyesen jósolja be a résztvevők csoporttagságát összességében, ami ugyan mindössze minimális javulást jelent a kiindulási modell által nyújtott klasszifikációs teljesítményhez (92,9%) képest, azonban az élete során már valamilyen tiltott drogot használó személyek besorolása tekintetében ez a növekedés 25,5%.

A modell magyarázó változói közül a többváltozós modellben a lakóhely, különböző képzettséghez kapcsolódó változók (az iskolai végzettség, a szakképzett-

ség, a képzettségi mobilitás), a családi deviáns minták, valamint a pszichológiai változók közül a szenzoros élménykeresés, az aggodalmaskodás és a mentalizáció / reflektív funkciók bizonyosság altípusa kaptak szignifikáns szerepet a drogfogyasztás előfordulásának becslésében. Az 50 ezer alatti lakosság számmal rendelkező településeken élőkhez képest a legalább 50 ezer fős vidéki települések lakóinak több mint kétszer (OR=2,27) nagyobb az esélyük arra, hogy életük során kapcsolatba kerültek tiltott drogokkal.¹² A családban előforduló deviáns minták számának növekedésével 54%-kal növekszik a kérdezett tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülésének esélye. Emellett a szenzoros élménykeresés¹³ és a mentalizáció / reflektív funkciók bizonyosság alszála¹⁴ mutatott szignifikáns pozitív kapcsolatot a drogfogyasztás előfordulásával: modellünk alapján egységnyi növekedés a Szenzoros Élménykeresés Skála mentén 12%-kal, a Reflektív Funkcionalitás Kérdőív Bizonyosság alszála mentén pedig – a többi változó kontroll alatt tartása esetén¹⁵ – 81%-kal nagyobb drogfogyasztási kockázattal jár együtt. Az aggodalmaskodás¹⁶ fokozott jelenléte azonban – a többi változó kontroll alatt tartása mellett¹⁷ – 18%-kal alacsonyabb drogfogyasztási rizikóval jár. Az képzettségi státus, illetve annak származási családhoz képest való értelmezése tekintetében heterogén kapcsolati irányok mutatkoztak. Azok, akinek a legmagasabb (vagy a jelenleg végzett tanulmányaik alapján várható legmagasabb) iskolai végzettsége szakmunkás vagy érettségi bizonyítvány, közel kétharmaddal kisebb eséllyel (OR=0,32, ill. 0,40) kerülnek kapcsolatba tiltott drogokkal, mint a diplomások. Hasonlóképpen a magasabb képzettségi státus kockázati tényezőként való jelenlétére utal, hogy – a többi változó kontroll alatt tartás mellett – a szakképzettséggel nem rendelkezőkhöz képest a szakképzettséggel rendelkezők kockázata több mint hatszor (OR=6,11) magasabb. A képzettségi státus dinamikáját, vagyis az

¹² Az esélyhányadoshoz kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallum magába foglalta a kapcsolat hiányát kifejező 1,00-es értéket is, ami az összefüggés óvatos értelmezésére int bennünket, azonban a településtípus és a drogfogyasztás nem kontrollált összefüggése nagyobb esetszámon (N=1279) egyértelműen a legalább 50 ezer fős vidéki települések lakóinak fokozott kockázatát jelzi.

¹³ Ha a személyre inkább jellemző, hogy újszerű és intenzív élményeket keres, akár kockázatok árán is.

¹⁴ Ha a személy a saját és mások mentális állapotaival kapcsolatban túlságosan biztos és részletes elképzelésekkel bír, mely csak korlátozottan kapcsolódik a tényleges valósághoz.

¹⁵ Meg kell jegyeznünk, hogy nem kontrollált elemzés során a Reflektív Funkcionalitás Kérdőív Bizonyosság alszála mentén ellenkező irányú összefüggés, 24%-kal kisebb kockázat mutatkozik.

¹⁶ Ha a válaszolóra inkább jellemző, hogy állandó jelleggel, sok helyzetben és kontrollálhatatlanul aggódik.

¹⁷ Az aggodalmaskodás és a drogfogyasztás kapcsolata csak a többváltozós modellben szignifikáns, a nem kontrollált esetben nem mutatkozik meg az összefüggés.

intergenerációs képzettségi mobilitást vizsgálva azonban a származási családhoz képest a lefelé mobilitás, illetve kisebb mértékben a mobilitás hiánya hordoz szignifikáns rizikót: akiknek az iskolai végzettségük (vagy várható végzettségük) alacsonyabb, mint a velük egynemű szüleié, azok 6,17-szer, a mobilitást nem mutatók pedig 2,4-szer nagyobb eséllyel érintettek a tiltottszer-fogyasztásban, mint a szüleikhez képest kedvezőbb végzettségi státust elérők.

7. táblázat: A tiltottdrog-fogyasztás életprevalencia-értékének becslésére a különböző szociodemográfiai és pszichológiai változókból épített bináris logisztikus regressziós modellek paramétertáblája a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a tiltottdrog-fogyasztással ¹⁸		Többváltozós modell a tiltottdrog-fogyasztás előrejelzésére ¹⁹	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Férfi nem (ref.: női nem)	2,55 [1,65–3,94]	<0,001	1,75 [0,85–3,58]	0,129
Életkor	0,95 [0,94–0,97]	<0,001	0,97 [0,94–1,01]	0,103
Lakhely (ref.: <50000 lakos)				
legalább 50 ezer fős vidéki város	2,13 [1,33–3,41]	0,002	2,27 [1,00–5,13]	0,049
Bp.	1,11 [0,62–1,98]	0,724	1,36 [0,55–3,35]	0,504
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: felsőfok/egyetem utáni képzés)				
8 általános vagy kevesebb	0,78 [0,39–1,57]	0,488	1,99 [0,30–13,25]	0,478
szakmunkás	0,51 [0,30–0,88]	0,016	0,32 [0,11–0,90]	0,032
érettségi	0,49 [0,29–0,84]	0,010	0,40 [0,16–0,97]	0,043
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzettség hiánya)	0,96 [0,55–1,69]	0,890	6,11 [1,28–29,24]	0,023
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
nincs mobilitás	1,45 [0,95–2,22]	0,088	2,40 [1,11–5,19]	0,027
lefelé történő mobilitás	1,98 [0,81–4,88]	0,137	6,17 [1,46–26,19]	0,014
Munkaerőpiaci aktivitás (ref.: nem aktív)	0,84 [0,53–1,35]	0,842	0,73 [0,05–10,94]	0,821
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,00 [0,99–1,01]	0,513	1,00 [0,94–1,07]	0,965

¹⁸ A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a tiltottdrog-fogyasztás életprevalencia-értéke (0 = az élete során soha nem használt tiltott drogot; 1 = az élete során használt már tiltott drogot), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

¹⁹ Bináris logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó a tiltott drogfogyasztás életprevalencia értéke (0 = az élete során soha nem használt tiltott drogot; 1 = az élete során használt már tiltott drogot), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N = 849; 61,3%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a tiltott drog-fogyasztással ¹⁸		Többváltozós modell a tiltott drog-fogyasztás előrejelzésére ¹⁹	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Háztartás nettó havi jövedelme (ref.: 125 ezer Ft vagy kevesebb)*				
126–180 ezer Ft	4,67 [0,48–45,76]	0,186	–	
181–255 ezer Ft	1,57 [0,15–16,06]	0,705	–	
256–380 ezer Ft	3,59 [0,38–33,81]	0,265	–	
381–400 ezer Ft	3,10 [0,31–30,85]	0,335	–	
>400 ezer Ft	3,48 [0,35–34,40]	0,287	–	
Háztartásméret	1,08 [0,92–1,27]	0,337	0,95 [0,71–1,28]	0,751
Együttélő partnerkapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	0,69 [0,41–1,15]	0,3149	–	
Családban előforduló kockázati magatartások/devianciák száma	1,55 [1,39–1,73]	<0,001	1,54 [1,28–1,85]	<0,001
Vallásosság (ref.: vallásos, az egyház tanításait követi)				
vallásos a maga módján	1,17 [0,38–3,64]	0,783	0,49 [0,11–2,26]	0,364
nem tudja, hogy vallásos-e	5,78 [1,74–19,21]	0,004	1,07 [0,20–5,75]	0,940
nem vallásos	3,22 [1,09–9,52]	0,035	1,06 [0,24–4,70]	0,940
ateista	6,28 [1,74–22,67]	0,005	0,90 [0,13–6,02]	0,911
Anómia	1,01 [0,98–1,04]	0,573	1,04 [0,96–1,12]	0,370
Társas integráció	1,71 [1,34–2,19]	<0,001	1,10 [0,70–1,70]	0,687
Hátrányos anyagi helyzet	0,74 [0,59–0,93]	0,010	0,63 [0,38–1,07]	0,089
Társas kapcsolatokkal való elégedettség	0,68 [0,54–0,86]	0,001	0,75 [0,49–1,15]	0,186
Anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség	1,04 [0,81–1,35]	0,753	0,93 [0,56–1,55]	0,794
Egészséggel való elégedettség	0,92 [0,74–1,14]	0,433	0,97 [0,68–1,38]	0,861
WHO általános jóllét	0,97 [0,91–1,04]	0,416	0,96 [0,84–1,09]	0,518
Impulzivitás	1,10 [1,05–1,14]	<0,001	1,00 [0,91–1,10]	0,939
Szenzoros élménykeresés	1,17 [1,13–1,21]	<0,001	1,12 [1,06–1,19]	<0,001
Rumináció	1,08 [1,05–1,12]	<0,001	1,07 [0,99–1,16]	0,094
Aggodalmaskodás	1,04 [0,97–1,11]	0,255	0,82 [0,70–0,96]	0,011
Testi tünetek*	1,03 [0,99–1,07]	0,202	–	–
Mentalizáció: bizonyosság	0,76 [0,61–0,94]	0,013	1,81 [1,08–3,02]	0,023
Mentalizáció: bizonytalanság	1,12 [1,04–1,21]	0,002	1,06 [0,92–1,21]	0,440
<p>Megjegyzések: OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal. Ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében. A többváltozós modellben szignifikáns ($p < 0,050$) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre. * A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.</p>				

4. A DROGFOGYASZTÁS TENDENCIÁI A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

4.1. A tiltottdrog-használat elterjedtségének mért tendenciái

4.1.1. A tiltottdrog-használat elterjedtségének mért tendenciái

Mint azt a bevezetőben említettük, az OLAAP 2019 kutatás egy közel húszéves, 2001 óta zajló, különböző addiktológiai problémák vizsgálatára irányuló, módszerei és tematikája tekintetében egyaránt a folytonosságra törekvő célzott epidemiológiai vizsgálat sorozat részét képezi. Ez a folytonosság különösen is érvényesül a szerhasználó magatartások, köztük a tiltottdrog-használat tekintetében, mely már az első, 2001-ben készült hullámban is a vizsgált magatartások között szerepelt, és a további adatfelvételek során – az aktuális szerhasználati mintázatokhoz és a nemzetközi ajánlásokhoz alkalmazkodó változtatások mellett – mindvégig törekedtünk arra, hogy a különböző hullámok során a tendenciák követésére lehetőséget biztosító adatokhoz jussunk. A 19 évet felölelő öt adatfelvétel összehasonlítható populációját a 18–53 éves népesség jelenti,²⁰ de négy adatfelvételi időpontra, illetve az elmúlt közel 20 év egészére a 18–64 éves felnőtt népességben történt változásokat is tudjuk vizsgálni.

Amennyiben a tiltottdrog-fogyasztás elterjedtségének tendenciáit a rendelkezésre álló öt adatfelvételi időpontra vizsgáljuk, akkor az egyes mérések 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallumát figyelembe véve azt mondhatjuk, hogy a 18–53 éves népességben 2001 és 2003 között történt szignifikáns növekedést követően 2003 óta a drogfogyasztás stagnálása jellemző. Kétharmados megbízhatósági szinten azonban 2015 és 2019 között tendencijelleggel csökkent a tiltottdrog-használat összesített életprevalencia-értéke (8. ábra ill. 9. táblázat). Amennyiben nem az egyes vizsgálati évek közötti elmozdulásokat vizsgáljuk, hanem összességében az elmúlt közel 20 évben mért változásokat (8. táblázat), akkor azonban azt látjuk, hogy a 18–53 éves népességben a tiltott drogok életprevalencia-értéke 2001 és 2019 között tendencijelleggel növekedett, a rövidebb idejű prevalenciák azonban nem változtak.

A 18–53 éves korosztály tekintetében leírtak a 18–64 éves populáció esetében is megmutatkoznak. Az elmúlt közel 20 év egészére vonatkozóan a 18–64 éves populációra vonatkozó adatok is azt jelzik, hogy a tiltott drogok életprevalen-

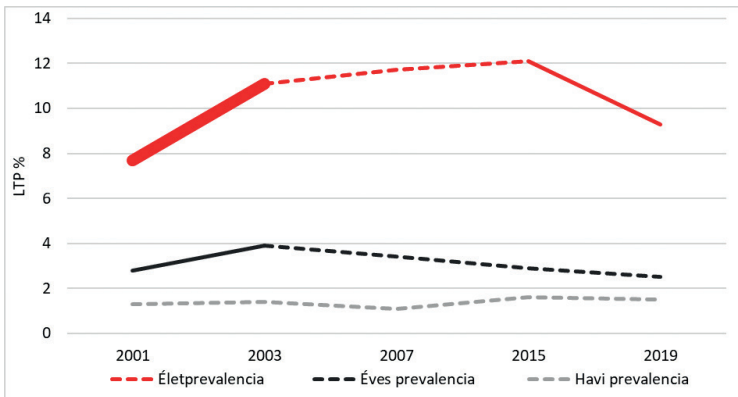
²⁰ A kutatás sorozat keretében a 2003-ban történt adatfelvétel (ADE 2003: Elekes & Paksi, 2004) – éppen a tiltott droghasználat markáns életkori mintázódása miatt – a magyarországi felnőtt népesség 18–53 éves mintáján készült.

cia-értéke tendenciajelleggel növekedett, a rövidebb idejű prevalenciák azonban nem változtak (8. táblázat).

8. táblázat: A tiltott drog-használat különböző idejű összesít prevalencia-értékeinek változása a 2001 és 2019 közötti időszakban (a magyarországi 18–53 éves, illetve a 18–64 éves népességben, a válaszolók %-ában)

	2001			2019		
	N	%	CI	N	%	CI
18–53 éves népességben						
Életprevalencia	1683	7,7	±1,3	986	9,3	±1,8
Éves prevalencia	1662	2,8	±0,8	982	2,5	±1,0
Havi prevalencia	1641	1,3	±0,6	982	1,5	±0,8
18–64 éves népességben						
Életprevalencia	2098	6,3	±1,0	1265	7,9	±1,5
Éves prevalencia	2067	2,4	±0,7	1261	2,0	±0,8
Havi prevalencia	2044	1,1	±0,5	1261	1,2	±0,6
Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003						
Megjegyzés: N = válaszolók száma; CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum						
■ 2001-hez képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli növekedés						

8. ábra: A tiltott drog-fogyasztás főbb mutatóinak alakulása 2001 és 2019 között a magyarországi 18–53 éves népességben (%)



Jelölések: **Vastag folyamatos vonal:** 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

Folyamatos vékony vonal: 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

Szagatott vonal: nem történt hibahatáron túli elmozdulás

Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi, 2009; Paksi et al., 2018

A növekedés a 18–64 éves népességre vonatkozó adatok alapján is az ezredfordulót követő években következett be: a tiltott drogok mért életprevalencia-értéke 2007-ben a 18–64 éves népességben szignifikánsan magasabb volt, mint az ezred-

fordulón (2001-ben) kapott érték, majd az ezt követő 12 évben végzett kutatások alapján 95%-os megbízhatósági szinten rendre csak hibahatáron belüli elmozdulások mutatkoztak. Tendencia jellegű változást is csak az utolsó adatfelvétel jelzett: a 2019-ben mért életprevalencia-értékek 68%-os megbízhatósági szinten alacsonyabbak a 2015-ben, illetve a 2007-ben kapott értékeknél (9. táblázat).

9. táblázat: A tiltottdrog-használat különböző idejű összesített prevalencia-értékei a magyarországi 18-53 éves népességben 2001 és 2019 között, illetve a 18-64 éves népességben 2001-ben és 2007-2019 között (a válaszolók %-ában)

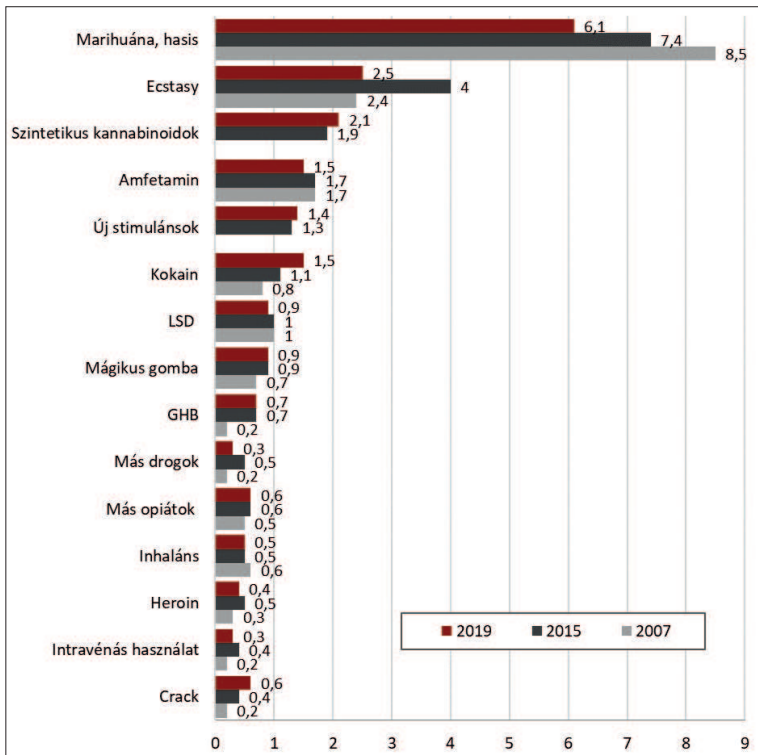
	2001			2003			2007			2015			2019		
	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI
18-53 éves népességben															
Életprevalencia	1683	7,7	±1,3	2176	11,1	±1,3	1980	11,7	±1,4	1028	12,1	±2,0	986	9,3	±1,8
Éves prevalencia	1662	2,8	±0,8	2231	3,9	±0,8	1966	3,4	±0,8	1025	2,9	±1,0	982	2,5	±1,0
Havi prevalencia	1641	1,3	±0,6	2219	1,4	±0,5	1968	1,6	±0,6	1027	1,6	±0,8	982	1,5	±0,8
18-64 éves népességben															
Életprevalencia	2098	6,3	±1,0	X			2527	9,3	±1,1	1341	9,9	±1,6	1265	7,9	±1,5
Éves prevalencia	2067	2,4	±0,7	X			2512	2,6	±0,6	1338	2,3	±0,8	1261	2,0	±0,8
Havi prevalencia	2044	1,1	±0,5	X			2514	1,3	±0,4	1343	1,2	±0,6	1261	1,2	±0,6
Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Paksi, 2009; Paksi et al., 2018 Megjegyzés: N=válaszolók száma; p= szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI=95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum															
 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli növekedés															
 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés															
 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli növekedés															
 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés															

Az elmúlt 12 évben végzett lakossági drogepidemiológiai kutatásokban mért életprevalencia-értékek alapján a drogfogyasztás kirajzolódó tendenciáinak értelmezése meglehetősen problematikus. A felnőtt lakosság életprevalencia-értékének stagnálása csak akkor lehetséges, ha a 18-64 éves népességbe az egyes vizsgálati évek között belépő (4 évente történő vizsgálatok esetén 18-22 éves) fiatal felnőtt népesség drogérintettsége megegyezik a kilépő (64 év feletti) népesség érintettségével, csökkenés pedig csak a belépőknek a kilépőkhöz képest alacsonyabb életprevalencia-értékei mellett képzelhető el. Tekintettel arra, hogy a magyarországi felnőtt népességben a tiltottdrog-használat markáns életkori mintázódása tapasztalható, azaz a belépő fiatal felnőttek érintettsége rendre meghaladja a kilépő korosztályok drogérintettségét (Paksi, 2009; Paksi et al.,

2018), a drogfogyasztás életprevalencia-értékének stagnálása, illetve csökkenése a valóságban nem lehetséges. Az elmúlt 12 évben végzett általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatok megbízhatósági és érvényességi paramétereiben jelentkező tendenciák is arra utalnak (Paksi et al., 2009, 2017), hogy a lakossági drogepidemiológiai vizsgálatok Magyarországon a drogfogyasztás fokozottan torzított becslését teszik lehetővé. Emiatt az utóbbi években a droghasználat tendenciáinak kohorsz-elemzéssel korrigált becslésével is próbáltunk közelebb kerülni a valós tendenciák megismeréséhez (Paksi et al., 2020).

4.1.2. A tiltott drog-használat szerkezeti változásai

9. ábra: A különböző tiltott drogok életprevalencia-értékének alakulása 2007–2019 között a magyarországi 18–64 éves népességben (a válaszolók %-ában)



Korábbi adatok forrása: Paksi, 2009; Paksi et al., 2018

A tiltott drogok fogyasztásának szerkezeti változásait a lakossági kutatások adatai alapján vizsgálva, egyes szerek életprevalencia-értékei esetén az elmúlt

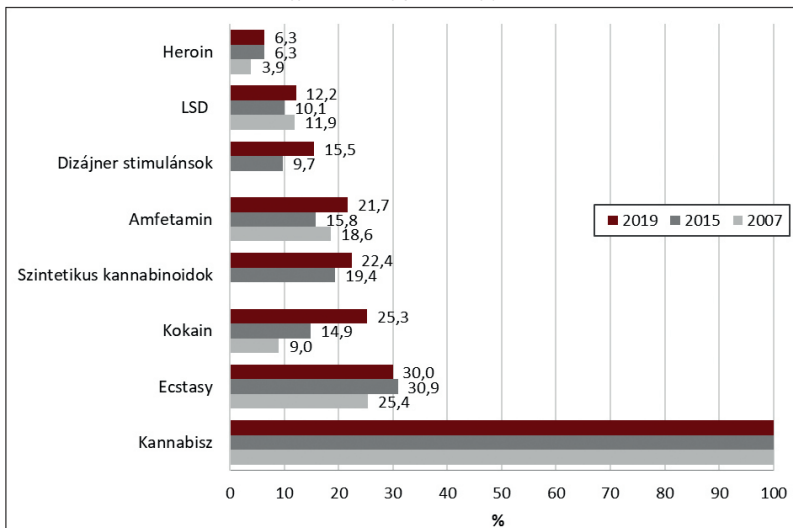
12 év alatt tapasztalt elmozdulások a következők: a marihuána/hasis életprevalencia-értéke szignifikánsan csökkent, a kokainé pedig tendencijelleggel növekedett, az ecstasy életprevalencia-értéke 2015-ben átmenetileg szignifikánsan növekedett, majd 2019-re visszaesett a 2007-es szintre. Ezen változások ellenére azonban összességében azt mondhatjuk, hogy a hagyományos tiltott szerek népszerűségi sorrendje lényegében nem változott. Érdemi átrendeződést mindössze az új szerek megjelenése eredményezett, melyek azonban szintén őrzik a 4 évvel korábbi pozíciójukat (9. ábra).

4.1.3. A tiltott drog-használat egyéb mutatóinak változásai

A tiltott drog-fogyasztási piramis (10. ábra) tekintetében az utóbbi három adatfelvételi hullám által lefedett 12 évben a kokainhasználók mért aránya 95%-os megbízhatósági szinten, az egyes adatfelvételi hullámok között pedig tendencijelleggel növekedett: míg 2007-ben a heroinnal együtt a kokain a legritkábban fogyasztott szerek közé tartozott az életük során marihuánát használók körében, 2019-ben már a leggyakrabban használt szerek között szerepelt. Az ecstasynak a 18–64 éves populációban általában megfigyelhető 2015-ös népszerűség-növekedése a marihuánahasználók körében nem mutatkozott meg.

10. ábra: A kannabiszhasználókra épített droghasználati piramis a magyarországi 18–64 éves populációban 2015-ben és 2019-ben (a kannabiszhasználók százalékában);

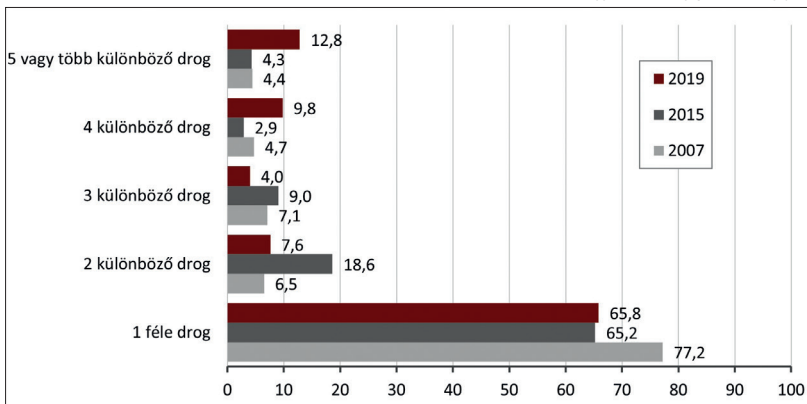
N₂₀₀₇=218; N₂₀₁₅=99; N₂₀₁₉=77



Korábbi adatok forrása: Paksi, 2009; Paksi et al., 2018

A polidrog-használat tendenciáit – a vizsgált szerek számának változása miatt – az EMQ standard szerinti 6 féle drogra (kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, LSD) tudjuk vizsgálni (11. ábra). A mért adatok alapján 2015 és 2019 között a magyarországi felnőtt népességben az elmúlt évben valamilyen tiltott szer használók körében kétharmados megbízhatósági szinten csökkent a 2-3 féle szer használata (2015 = 27,6%; $\pm 15,7$; 2019 = 11,6%; $\pm 14,8$), azonban a 2007 és 2015 közötti 12 éves időszakban összességében e tekintetben nem történt változás. A 4 vagy többféle szer használata azonban az elmúlt 12 évben tendencijelleggel növekedett, ami az utóbbi két vizsgálati hullám között következett be (2015 = 7,2%; $\pm 9,1$; 2019 = 22,6%; $\pm 19,3$).

11. ábra: A polidrog-használat előfordulása a 6 féle EMQ standard tiltott drog előző évi fogyasztása (LYP) alapján a 18–64 éves populációban 2007-ben és 2019-ben (az elmúlt évben valamilyen tiltott szer használók százalékában; $N_{2007}=63$; $N_{2015}=31$; $N_{2019}=18$)



Korábbi adatok forrása: Paksi, 2009; Paksi et al., 2018

4.2. A tiltott drog-használat tendenciáinak becslése

4.2.1. A tiltott drog-használat összesített életprevalencia-értékének változására vonatkozó becslés

Mint a tiltott drog-használat elterjedtségének mért tendenciáival foglalkozó 4.1. alfejezetben láthattuk, az elmúlt 12 évben a magyarországi 18–64 éves népességben végzett kutatások során a mért adatok alapján kirajzolódó tendenciák nehezen értelmezhetők. Ugyanakkor a 2007 és 2019 között végzett kutatások tiltott szerhasználattal kapcsolatos adatainak megbízhatósági és érvényességi paramétereiben jelentkező tendenciák arra utalnak (10. táblázat), hogy az általános populációban készült vizsgálatok Magyarországon a drogfogyasztás fo-

kozottan torzított becslését teszik lehetővé. A mért adatok nehezen értelmezhető volta, valamint az adatok megbízhatóságára vonatkozó mutatók tekintetében az utóbbi 12 évben jelentkező kedvezőtlen tendenciák miatt ebben a fejezetben a droghasználat elterjedtségének kohorsz-elemzéssel korrigált becslésével (Paksi et al., 2020) próbálunk közelebb kerülni a valós tendenciák megismeréséhez.

10. táblázat: Az életprevalenciára és az első használatra vonatkozó kérdések alapján konzisztens fogyasztásbevallások arányának alakulása a mért életprevalencia-értékek százalékában a különböző tiltott szerek esetében, a 2007 és 2019 közötti adatfelvételi hullámokban (súlyozatlan adatok, konzisztens fogyasztók /életprevalencia, %)

	2007	2015	2019
Marihuána/hasis	97,9	98,1	91,9
Ecstasy	92,9	86,2	66,7
Szintetikus kannabinoidok	–	54,8	36,4
Amfetamin	90,5	67,9	58,8
Designer stimulánsok	–	28,6	33,3
Kokain	90,0	56,3	68,8
LSD	75,0	60,0	22,2
Heroin	75,0	28,6	20,0
Egyéb opiát	40,0	42,9	16,7
Mágikus gomba	62,5	50,0	33,3

Korábbi adatok forrása: Paksi et al., 2009, 2017

A keresztmetszeti vizsgálatok módszertani paramétereinek kedvezőtlen irányú elmozdulása esetén két különböző időpontban készült keresztmetszeti vizsgálatot egy kohorszvizsgálat egymást követő hullámaiként kezelve, becslést fogalmazhatunk meg arra vonatkozóan, hogy a mintavételen kívüli hibák szinten tartása mellett mekkora a vizsgált magatartások életprevalencia-értékének minimálisan elvárt várható értéke a második mérési időpontban (Paksi et al., 2020).

A becslés első lépéseként a mintavételen kívüli hibákra utaló mutatók értékei alapján meghatároztuk a referencia-adatbázist. Ezt követően a becslés során a két vizsgálati időpontban azoknak az adatait hasonlítottuk össze, akik azonos időszakban születtek (cohort=c). A második vizsgálat első használat életkorára vonatkozó adatai alapján meghatározhatjuk, hogy a két vizsgálat közötti időszakban mekkora volt az új belépők aránya ($\sum_{(t=1)}^n = 1$ Irc ahol t=idő, t=0 a referencia-adatfelvétel éve, n pedig a referencia-adatfelvétel és a második adatfelvétel között eltelt évek száma). Ezzel az aránnyal korrigálva a második adatfelvételi időpontban az összehasonlító kohorszban mért életprevalencia-értéket ($LTPc_n$), kiszámítjuk a kohorszba tartozó populáció új belépőkkel korrigált életprevalencia-értékét a következő módon:

$$CLTP_{c_n} = \left(1 - \sum_{t=1}^n I_{rc} \right) LTP_{c_n}$$

Ha a $CLTP_{c_n}$ hibahatáron túl kisebb, mint az első adatfelvétel során az összehasonlító kohorszban mért életprevalencia-érték (LTP_{c_0}), és az első időszakot tekinthetjük referencia-adatbázisnak, akkor kiszámítjuk az alulbecslés arányát (U_{rc}). Erre az alábbi képletet hoztuk létre:

$$U_{rc} = 1 - \frac{CLTP_{c_n}}{LTP_{c_0}}$$

Amennyiben a mintavételen kívüli hibák nem mutatnak a vizsgált populációban szignifikáns mintázódást, akkor az összehasonlító kohorszban kapott alulbecslési arányt kiterjeszthetjük a teljes vizsgált populációra:

$$CLTP_n = \frac{LTP_n}{1 - U_{rc}}$$

A fenti módszerrel a 2015-ös és a 2019-es vizsgálat adatain végzett korrekció menete látható a 11. és 12. táblázatokban, illetve a korrekció eredménye alapján felrajzolható korrigált trend a 12. ábrán.

11. táblázat: Tiltott drogok összesített életprevalencia-értékének kohorselemzéssel korrigált értéke 2015-ben (a korrekciós becslés menetének bemutatása)

Főbb mutatók	2007	2015
Vizsgált korcsoport: kohorsz	18–56 évesek	26–64 évesek
N	2132	1150
A kohorszban mért LTP	10,9% ⁺	8,3%
Új belépők aránya a két hullám közötti 8 évben (LTP %-ában)	–	18,3%
Új belépőkkel korrigált LTP a kohorszban	–	8,3*0,817=6,8%
CI 95%	±1,3%	±1,5%
Alulbecslés	–	1–(6,8/10,9)=0,38
Vizsgált korcsoport	18–64 évesek	
18–64 éves korcsoportban mért LTP	–	9,9%
18–64 éves korcsoportra kalkulált korrigált LTP	–	9,9/0,62=16%
2019-ben követhető kohorsz	18–60 évesek	
18–60 éves korcsoportban mért LTP	–	10,7%
18–60 éves korcsoportra kalkulált korrigált LTP	–	10,7/0,62=17,3%

Megjegyzések: CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum;

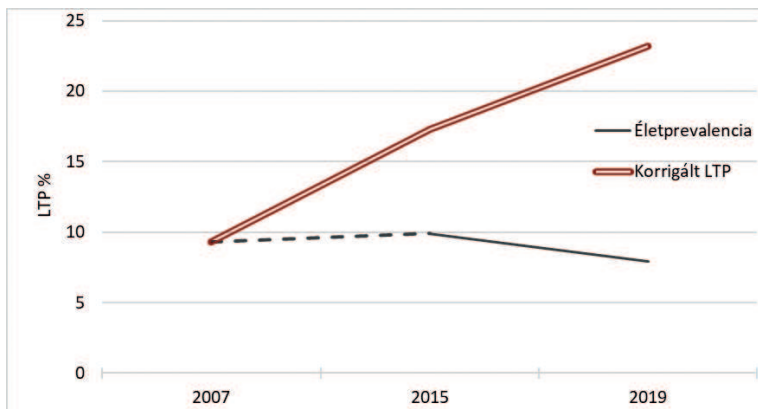
⁺ A tiltott drogok LTP 2015-ben a 26–64 éves életkori csoportban minimálisan várható értéke, azt feltételezve, hogy a 2015-ben 26 év feletti korosztályban a két adatfelvételi hullám közötti 8 évben nem történt új kipróbálás.

Forrás: Paksi et al., 2020

12. táblázat: A tiltott drogok összesített életprevalencia-értékének kohorszellezéssel korrigált értéke 2019-ben a 2015-ös korrigált LTP értékek alapján (a korrekciós becslés menetének bemutatása)

Főbb mutatók	2015	2019
Vizsgált korcsoport: kohorsz	18–60 évesek	22–64 évesek
N	1229	1183
A kohorszban mért LTP	10,7% ⁺	7,6%
A kohorszra (18–60 éves korcsoportra) kalkulált korrigált LTP	17,3% ⁺	–
Új belépők aránya a két hullám közötti 4 évben (LTP %-ában)	–	22,6%
Új belépőkkel korrigált LTP a kohorszban	–	7,6*0,774=5,9%
CI 95%	±1,7	±1,3%
Alulbecslés	–	1–(5,9/17,3)=0,66
Vizsgált korcsoport	18–64	
N	1341	1265
18–64 éves korcsoportra mért LTP	9,9%	7,9%
CI 95%	±1,6%	±1,5%
18–64 éves korcsoportra korrigált LTP	–	7,9/0,34=23,2%
CI 95%	–	±2,3%
Megjegyzések: CI=95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum;		
⁺ A tiltott drogok LTP-nek a 22-64 éves életkori csoportban a 2007-2015 közötti korrekció alapján 2019-ben minimálisan várható értéke, azt feltételezve, hogy a 2019-ben 22 év feletti korosztályban a két adatfelvételi hullám közötti 4 évben nem történt új kipróbálás.		
A 2015-ös adatok forrása: Paksi et al., 2020		

12. ábra: A tiltott drogok összesített mért és kohorszellezéssel becsült életprevalencia-értékének alakulása 2007–2019 között a magyarországi 18–64 éves népességben (a válaszolók %-ában)



Jelölések: Dupla vonal – 95%-os biztonsággal jelzett változás;
 Folyamatos vékony vonal – tendencijellegű változás;
 Szaggatott vonal – nincs változás, ill. hibahatáron belüli változás
 A korábbi adatok forrása, Paksi et al., 2020

Amikor a tiltott drog-fogyasztás összesített életprevalencia-értékének 2007 és 2019 közötti magyarországi tendenciáit az elmúlt 12 évben végzett kutatásokban mért értékek alapján vizsgáltuk, azt tapasztaltuk, hogy 95%-os megbízhatósági szinten csak hibahatáron belüli elmozdulások mutatkoztak, illetve kétharmados megbízhatósági szinten az utolsó 4 évben tendenciajelleggel csökkent a ráta. A kohorszelemzéssel becsült korrigált értékek azonban a tiltott drogok elterjedtségének 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli növekedésére engednek következtetni mindkét időszakban (12. ábra).

4.2.2. A marihuána-/hasisfogyasztás életprevalencia-értékének változására vonatkozó becslés

A fenti kohorszelemzéssel korrigált becslési eljárást a marihuána/hasis életprevalencia-értékének becslésére is alkalmaztuk. Tekintettel arra, hogy a marihuána-/hasis-adatok esetében a 2007–2019 közötti időszakban csak 2015 és 2019 között tapasztaltuk a módszertani paraméterek kedvezőtlen irányú elmozdulását (lásd 10. táblázat), így a becslést is egy lépésben, csak a 2019-es hullámra vonatkozóan kell elvégeznünk (13. táblázat).

13. táblázat: A marihuána/hasis összesített életprevalencia-értékének kohorszelemzéssel korrigált értéke 2019-ben (a korrekciós becslés menetének bemutatása)

Főbb mutatók	2015	2019
Vizsgált korcsoport: kohorsz	18–60 évesek	22–64 évesek
N	1238	1207
A kohorszban mért LTP	8,0% ⁺	6,0%
Új belépők aránya a két hullám közötti 4 évben (LTP %-ában)	–	2,8%
Új belépőkkel korrigált LTP a kohorszban		6,0*0,972=5,8%
CI 95%	±1,5%	±1,3%
Alulbecslés	–	1–(5,8/8,0)=0,275
Vizsgált korcsoport	–	18–64 évesek
N	–	1277
18–64 éves korcsoportban mért LTP	–	6,1%
CI 95%	–	1,3%
18–64 éves korcsoportra kalkulált korrigált LTP	–	6,1/0,725=8,4%
CI 95%	–	±1,5%
<p>Megjegyzések: CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum; * A marihuána/hasis LTP 2019-ben a 22–64 éves életkori csoportban minimálisan várható értéke, azt feltételezve, hogy a 2019-ben 22 év feletti korosztályban a két adatfelvételi hullám közötti 4 évben nem történt új kipróbálás. A 2015-ös adat forrása: Paksi et al., 2020</p>		

A marihuána/hasis esetében a 18–64 éves populációra kohorszелеmzéssel 2019-re kalkulált korrigált életprevalencia-érték (8,4%; $\pm 1,5$) csak tendencijelleggel magasabb a mért LTP-értéknél (6,1%; $\pm 1,3$), míg a tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke esetében a korrigált érték (23,2%; $\pm 2,3$) 95%-os megbízhatósági szinten meghaladta a mért értéket (7,9%; $\pm 1,5$). Ez összhangban van azzal, hogy a korábbi adatfelvételi hullámokhoz hasonlóan – az utóbbi két hullám között bekövetkezett minőségromlás ellenére – 2019-ben is a marihuána/hasis életprevalencia-értékek tartalmaztak legnagyobb arányban konzisztens fogyasztásbevallásokat (lásd a 10. táblázatot, valamint a módszertani háttérrel foglalkozó 1. fejezet 7. és 9. táblázatát).

Amennyiben azonban a marihuána-/hasisfogyasztás kohorszелеmzéssel 2019-re kalkulált korrigált életprevalencia-értékét (8,4%; $\pm 1,5$) összehasonlítjuk a marihuána/hasis esetében az RRM becsléssel kapott (15,9%; $\pm 3,8$) életprevalencia-értékkel (lásd 2. táblázat), akkor azt mondhatjuk, hogy a kohorszелеmzéssel végzett korrekció – vélhetően a korrekcióhoz használt bázisadatok torzítottságának függvényében – optimista alsó becslést eredményez.

5. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG DROGFOGYASZTÁSA NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

Az OLAAP 2019 kutatás, illetve az azt magában foglaló különböző addiktológiai problémák vizsgálatára irányuló, 2001 óta összesen 5 hullámon keresztül zajló kutatássorozat során alkalmazott módszerek megválasztásakor a folytonosság mellett nagy hangsúlyt fektettünk arra, hogy korszerű, az eredmények nemzetközi kontextusban való értelmezhetőségét biztosító, a nemzetközi tudományos térben megjelenő kutatások/ajánlások által támogatott mérőeszközök kerüljenek alkalmazásra. Az OLAAP kutatások során a drogfogyasztással kapcsolatos kérdések mindvégig leképezték a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) általános populációs vizsgálatok számára (general population survey, GPS) megfogalmazott modellkérdőívének (European Model Questionnaire, EMQ – EMCDDA, 1999, 2002) ajánlásait, illetve az EMCDDA indikátorigényét, ami a keresztmetszeti adatok, illetve a trendek vonatkozásában egyaránt megteremti a lehetőségét a hazai adatok nemzetközi kontextusban való értelmezésének. Az Európai Unió tagországai a Drog Fókuszpontokon keresztül egységes szerkezetben, az ún. standard táblák kitöltésén keresztül évente jelentik az EMCDDA felé az általános populációban készült vizsgálatok (GPS) prevalencia-adatait, majd ezeket az EMCDDA az ún. Statistical Bullentinben hozzáférhetővé teszi. Az OLAAP 2019 kutatás

eredményeinek nemzetközi kontextusba helyezése során az EMCDDA Statistical Bulletin 2021²¹ adatait használjuk.

A tiltott drog-használatnak az OLAAP 2019 kutatás során mért életprevalencia-értékét a Statistical Bulletin adatkörnyezetében vizsgálva, több megszorítással kell élnünk. Egyrészt általában az országok – Csehország, Hollandia, Norvégia, Svédország és az Egyesült Királyság kivételével²² – nem készítenek minden évben drogepidemiológiai vizsgálatokat, így a 2021-es Bulletinben hozzáférhető legutolsó nemzeti vizsgálatok – a 2013-ban készült máltai vizsgálat kivételével – 2015 és 2020 között készültek, bár többségükben szerencsére az OLAAP 2019-es kutatáshoz közeli időpontban, 2018–2019-ben. Másrészt korlátot jelent a hazai adatok nemzetközi kontextusban való értelmezése során, hogy a 2015 és 2020 közötti adattal szolgáló 29 ország²³ között – Magyarországon kívül – mindössze három olyan országot találunk, ahol a magyarországi vizsgálathoz hasonlóan 18–64 éves mintán történt az adatfelvétel (lásd a 13. ábra sötétebb sávjait), s ezek közül is a francia adatok nagyvárosi mintára vonatkoznak. Azonban ezen korlátok mellett is viszonylag egyértelműen kirajzolódik a magyarországi felnőtt népesség relatíve kedvező helyzete. A tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke alapján Magyarország a 13. ábrán szereplő 29 ország között Törökország után a második legkisebb, az Európai Unió tagállamai között pedig a legalacsonyabb érintettségű ország, a következő érintettségi „tömbbe” tartozó országoktól (Románia, Portugália, Litvánia, Lettország, Görögország és Bulgária) 95%-os megbízhatósági szinten alacsonyabb életprevalencia-értékkel. A 2015–2020 közötti vizsgálatok alapján a legmagasabb országos mintán mért életprevalencia-érték (Dánia, 39,0%) mintegy ötszöröse, s az uniós országok életprevalencia-értékeinek átlaga (22,0%)²⁴ is több mint két és félszerese a Magyarországon 2019-ben mért értéknek.

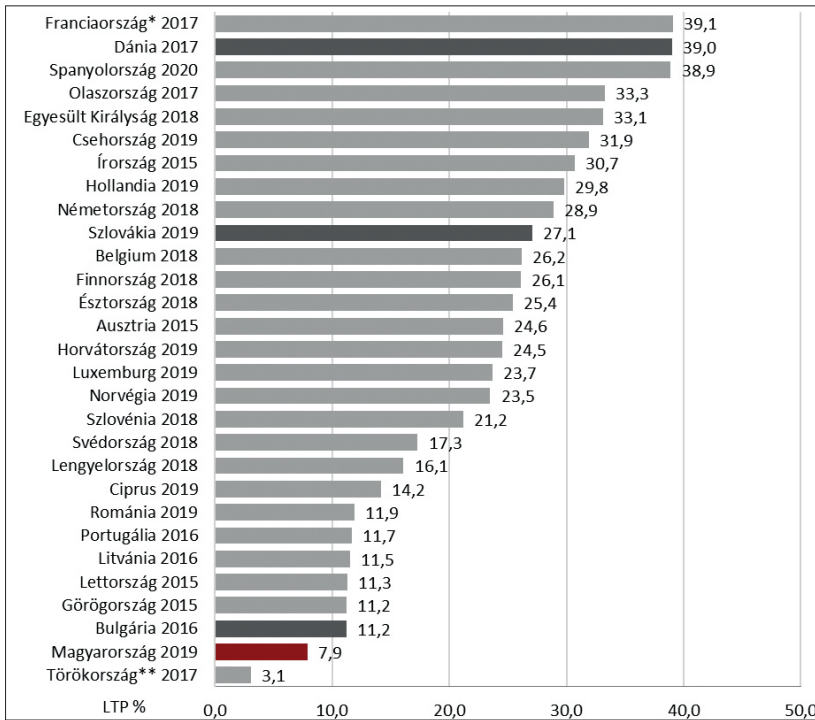
²¹ <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps>

²² Svédországban 2004 óta, az Egyesült Királyságban 2001 óta évente készülnek drogepidemiológiai kutatások, azonban a 2021-es Bulletinben 2019-es adat nem szerepel egyik országnál sem.

²³ A Bulletinben 28 uniós ország, valamint Norvégia és Törökország adatai szerepelnek. Ezek közül a Máltára vonatkozó 2013-as adatokat nem használjuk fel a 2019-es hazai adatok kontextuálására.

²⁴ Az országok életprevalencia-értékeinek súlyozatlan átlaga. A francia adat nem szerepel az átlagban, mivel az nem országos adat.

13. ábra: A tiltott drogok összesített életprevalencia-értékének alakulása az Európai Unió országaiiban, valamint Törökországban és Norvégiában (a válaszolók %-ában)

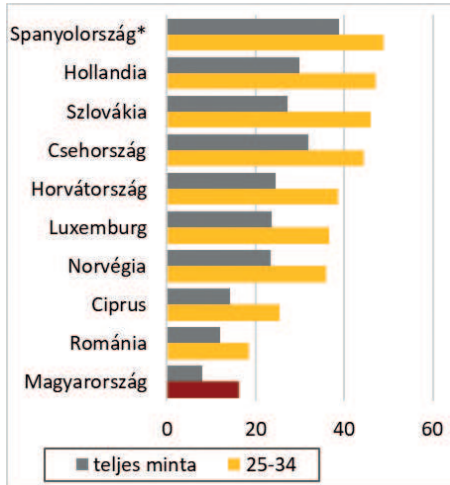


* Francia nagyvárosokra vonatkozó adat; ** A minta életkori lefedettségére vonatkozóan nincs információnk
Az ábrán a 18–64 éves populációra vonatkozó adatokat sötétebb sávokkal jelöltük.

Saját szerkesztés az EMCDDA Statistical Bulletin (2020) alapján, az adatfelvétel évének feltüntetésével.

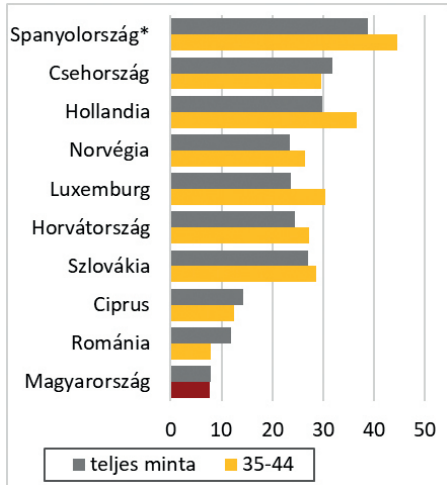
Tekintettel arra, hogy az országok többségében az általános populációs vizsgálatok alapján a hazai vizsgálat 18–64 éves életkori csoportjától eltérően a 15–64 éves populációra vonatkozóan állnak rendelkezésre adatok, a 2019-es adatfelvétellel rendelkező országok körében összehasonlítható korcsoportok szerinti bontásban is megvizsgáltuk a hazai tiltott drog-használat összesített életprevalencia-értékének alakulását. A 14–17. ábrákon láthatjuk, hogy bár a különböző életkori csoportokban némileg eltérő az országok életprevalencia-értékek alapján kirajzolódó sorrendje, azonban Magyarország a 2019-es adatok alapján – a 18–64 éves teljes populáció alapján elfoglalt helyzetéhez hasonlóan – minden korcsoportban az utolsó helyen helyezkedik el.

14. ábra: A tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke 2019-ben az Európai Unió országaiban a 25–34 éves korosztályban (a válaszolók %-ában)



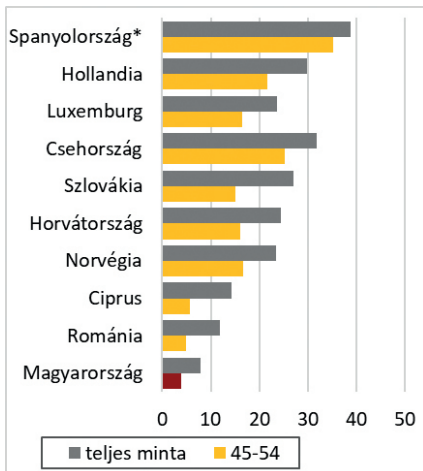
*2020-as adat Sajtó szerkesztés az EMCDDA Statistical Bulletin (2021) alapján

15. ábra: A tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke 2019-ben az Európai Unió országaiban a 35–44 éves korosztályban (a válaszolók %-ában)



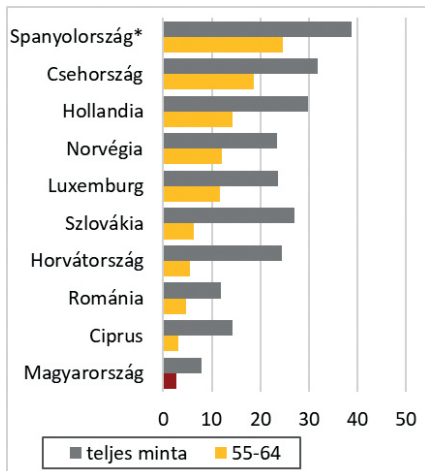
* 2020-as adat Sajtó szerkesztés az EMCDDA Statistical Bulletin (2021) alapján

16. ábra: A tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke 2019-ben az Európai Unió országaiban a 45–54 éves korosztályban (a válaszolók %-ában)



*2020-as adat Sajtó szerkesztés az EMCDDA Statistical Bulletin (2021) alapján

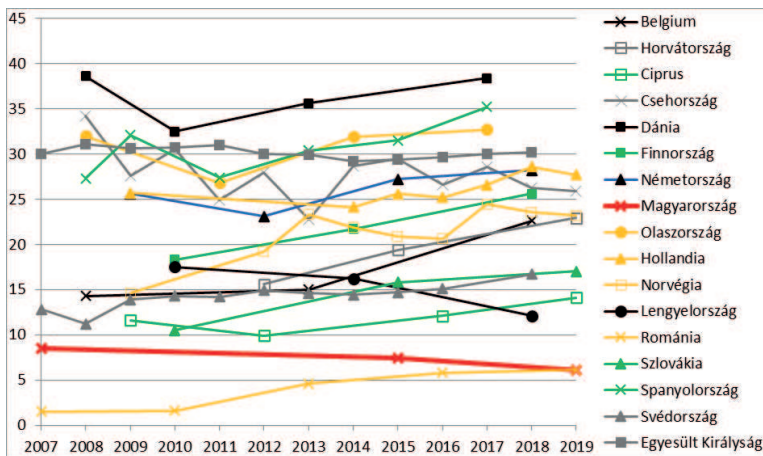
17. ábra: A tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke 2019-ben az Európai Unió országaiban a 55–64 éves korosztályban (a válaszolók %-ában)



* 2020-as adat Sajtó szerkesztés az EMCDDA Statistical Bulletin (2021) alapján

Trendadatokat az EMCDDA Statistical Bulletin (2021) öt szer vonatkozásában tartalmaz: a kannabisz, kokain, amfetamin, ecstasy és az LSD esetében. Ezen szerek vonatkozásában a magyarországi tendenciákat vizsgálva – a 4.1.2. alfejezetben – azt láthattuk, hogy a 2007 és 2019 közötti időszakban a marihuána/hasis mért életprevalencia-értéke szignifikánsan csökkent, a kokainé pedig tendencijelleggel növekedett, az ecstasy életprevalencia-értéke 2015-ben átmenetileg szignifikánsan növekedett, majd 2019-re visszaesett a 2007-es szintre. A többi tiltott drog esetében Magyarországon nem tapasztaltunk az EMQ-val mért adatok alapján a 2007 és 2019 közötti időszakban hibahatáron túli elmozdulást. Ugyanezen időszak nemzetközi tendenciáit a Statistical Bulletin (2021) adatai alapján a 18–22. ábrákon mutatjuk be. Az összehasonlításban a Statistical Bulletinben szereplő országok (28 uniós ország, valamint Norvégia és Törökország) közül azokat szerepeltettük, ahol a 2007–2019 közötti időszakra legalább három különböző időponton rendelkezünk az adott szerhasználatra vonatkozó adatokkal, és a legutóbbi adatfelvétel 2017-ben vagy azt követően történt.

18. ábra: A kannabisz-fogyasztás életprevalencia-értékének alakulása az Európai Unió 16 országában és Norvégiában 2007–2019 között (a válaszolók %-ában)



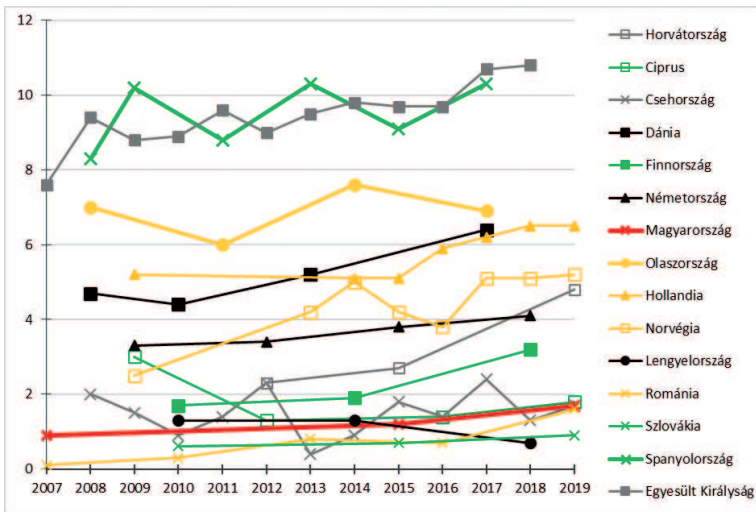
Saját szerkesztés az EMCDDA Statistical Bulletin (2021) alapján

A kannabisz-fogyasztás életprevalencia-értéke a 2007 és 2019 közötti időszakban összességében – az időszakon belüli eltérő irányú mozgások mellett – a vizsgált európai országokban általában növekedett vagy stagnált. A hazai mért adatokban jelentkező szignifikáns csökkenéshez hasonló elmozdulás csak a lengyelországi és a csehországi adatokban mutatkozott (18. ábra). Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy a marihuána-/hasisfogyasztás kohorszlemléssel korrigált életprevalencia-értéke alapján – az európai országokban általában

tapasztalható elmozdulásokkal harmonizálva – kétharmados biztonsággal Magyarországon is növekvő tendencia becsülhető. Emellett a 2007 és 2019 közötti adatok alapján azt is láthatjuk, hogy Magyarország a kannabiszhasználat alapján a vizsgált periódusban mindvégig a legalacsonyabb érintettségű országok közé tartozott.

Mint korábban is láthattuk, a kokainfogyasztás életprevalencia-értéke 2007 és 2019 között Magyarországon tendencijelleggel növekedett. Az Európai Unió országaiban – Ciprus és Csehország kivételével – hasonlóképpen stagnálás vagy növekedés volt tapasztalható, így a 2007 és 2019 közötti időszakban a hazai felnőtt népesség kokainhasználatban való érintettsége alapján is – az időszakban mért tendencijellegű növekedés ellenére – mindvégig az Európai Unió országaiban mért életprevalencia-értékei mentén kirajzolódó spektrum alsó kvintilisébe tartozott.

19. ábra: A kokainfogyasztás életprevalencia-értékének alakulása az Európai Unió 14 országában és Norvégiában 2007–2019 között (a válaszolók %-ában)

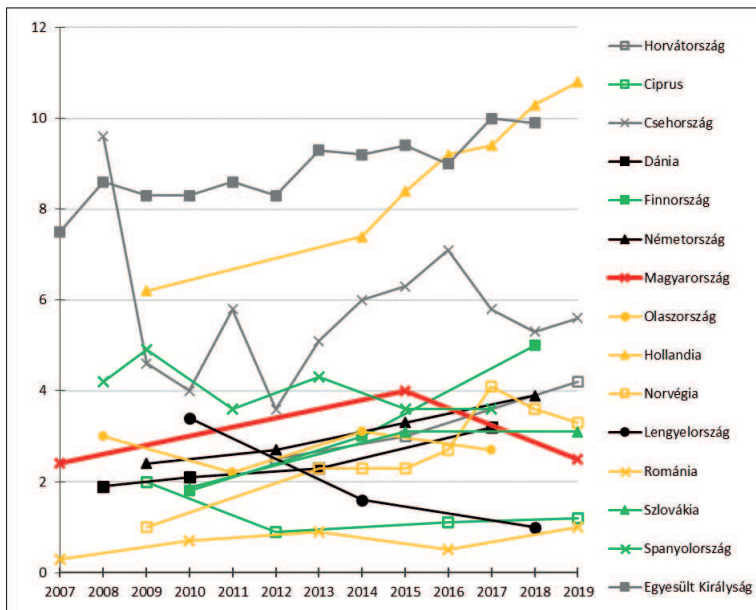


Saját szerkesztés az EMCDDA Statistical Bulletin (2021) alapján

A magyarországi felnőtt népesség körében az ecstasy életprevalencia-értéke 2007 és 2015 között átmenetileg szignifikánsan növekedett, majd 2019-re visszaesett a 2007-es szintre. Európa különböző országaiban az ecstasyfogyasztás életprevalencia-értéke az időszakban változatos utakat járt be. Hollandiában és Finnországban például folyamatosan, 10 év alatt közel duplájára emelkedett ez a mutató, az Egyesült Királyságban mérsékelt növekvő tendenciát látunk, ugyanakkor Lengyelországban vagy Spanyolországban csökkenés figyelhető

meg. Norvégiában, valamint a 2009 és 2019 közötti tíz évben Csehországban hasonló, átmenetinek tekinthető „kiugrással” találkozunk, mint Magyarországon. Az időszak elején a magyarországi felnőtt népesség az ecstasyfogyasztás életprevalencia-értéke alapján az európai mezőny alsó harmadában helyezkedett el, majd 2015-ben a középmezőny felé közelített, s végül a legutóbbi mérés alapján az alsó kvintilisben található.

20. ábra: Az ecstasyfogyasztás életprevalencia-értékének alakulása az Európai Unió 14 országában és Norvégiában 2007–2019 között (a válaszolók %-ában)

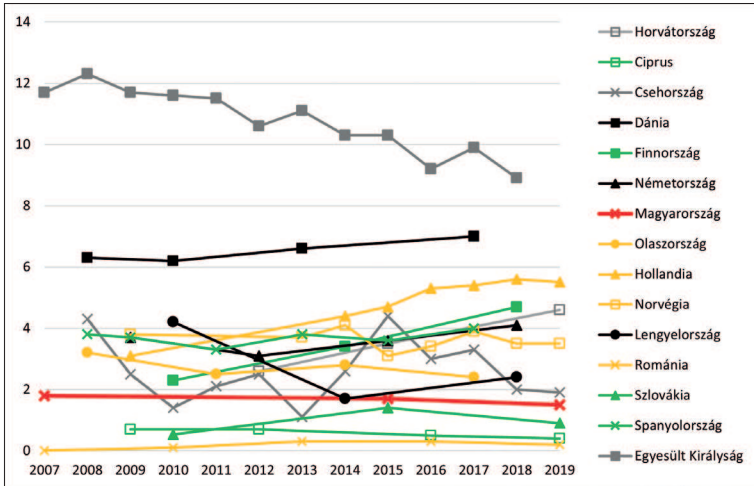


Saját szerkesztés az EMCDDA Statistical Bulletin (2021) alapján

Mint említettük, hazánkban a többi tiltott drog életprevalencia-értéke esetében 2007 óta nem mértünk szignifikáns változásokat, így az európai összehasonlító adatokkal kontextuálható amfetamin- és LSD-fogyasztás tekintetében is Magyarország mindvégig az alacsony érintettségű országok között helyezkedett el. A vizsgált időszakban – kisebb belső mozgásokkal – a legtöbb európai országban a Magyarországon tapasztalhatóhoz hasonlóan inkább nem, vagy csak kisebb elmozdulások voltak megfigyelhetők, ugyanakkor néhány országban markáns változásokat láthatunk. Lengyelországban vagy Csehországban (utóbbiban nagy ingadozások mellett) például ebben az időszakban összességében közel felére, az Egyesült Királyságban kis lépésekben háromnegyedére csökkent az amfetaminhasználat életprevalencia-értéke, ugyanakkor Hollandiában hi-

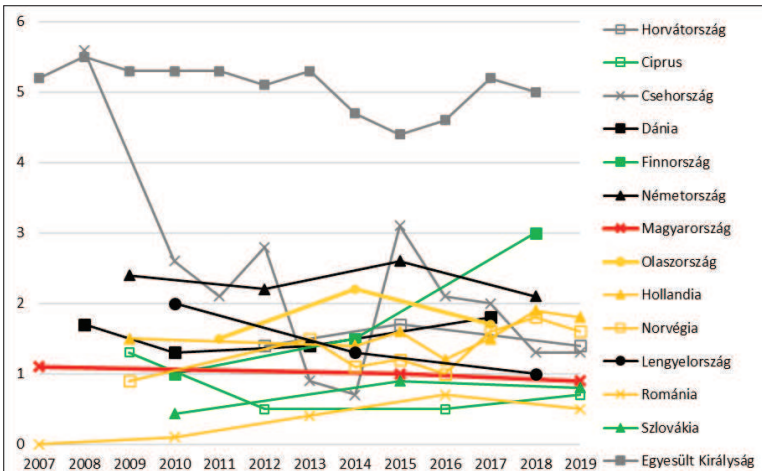
bahatáron túli növekedés volt tapasztalható. Az LSD esetében a leginkább látványos mozgást Csehország adatai mutatnak, ahol a teljes időszakban egynekedére csökkent az LSD életprevalencia-értéke, ugyanakkor Finnországban megháromszorozódott.

21. ábra: Az amfetaminfogyasztás életprevalencia-értékének alakulása az Európai Unió 14 országában és Norvégiában 2007–2019 között (a válaszolók %-ában)



Saját szerkesztés a Statistical Bulletin (2021) alapján

22. ábra: Az LSD-fogyasztás életprevalencia-értékének alakulása az Európai Unió 13 országában és Norvégiában 2007–2019 között (a válaszolók %-ában)



Saját szerkesztés a Statistical Bulletin (2021) alapján

Összességben azt mondhatjuk, hogy az európai ajánlásokkal kompatibilis lakossági mérések adatai alapján a magyarországi felnőtt népesség tiltott-szer-használatban való érintettsége, illetve a leginkább elterjedt tiltott drogok használatának elterjedtsége alapján aktuálisan és az elmúlt évtizedben is stabilan kedvező helyzettel jellemezhető. Ugyanakkor a különböző módszerekkel végzett – az 1.1.3, az 1.2.3, illetve a 4.2. alfejezetekben bemutatott – becslések alapján feltételezhető, hogy az EMCDDA ajánlások mentén mért prevalencia-értékek Magyarországon a tényleges fogyasztási rátáknak maximum egy rendkívül konzervatív alulbecslését adják. Az alulbecslés mértéke, illetve a jelen kutatásban alkalmazott különböző korrekciós eljárásokkal becsült prevalencia-értékek azonban a korrekciós, illetve becslési eljárásokra vonatkozó ajánlások hiányában egyelőre nemzetközi összehasonlításban nem értelmezhetők.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bornemisza E. & Csepeli Gy. (1998). A válaszcázás kiküszöbölése. Hibával mért diszkrét adatok statisztikai elemzése a társadalomtudományokban. *Szociológiai Szemle*, 2, 67–82. http://real-j.mtak.hu/5516/1/SzociologiaiSzemle_1998.pdf
- Blair, G., Imai, K. & Zhou, Y-Y. (2015). Design and analysis of the randomized response technique. *Journal of the American Statistical Association*. 110(511), 1304–1319. Review. DOI: 10.1080/01621459.2015.1050028 <https://imai.fas.harvard.edu/research/files/randresp.pdf>
- Elekes Zs. (2002). Az alkohol- és drogfogyasztás fontosabb indikátorai. In: Egyes devians viselkedési formák fontosabb indikátorai. (Társadalmijelzőszám-füzetek, 5–28). Budapest: KSH.
- Elekes Zs. & Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, Budapest: NKFP. http://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- EMCDDA. (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09). Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_1385_EN_expert_group_comp_report.pdf
- EMCDDA. (2000) *Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/178/Methodological_differences_in_general_population_surveys_-_2000_106457.pdf

- EMCDDA. (2002). Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf
- EMCDDA. (2013). *Towards a new EMQ Module – Questions on Availability of Illicit Drugs*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10592/EMQ-availability-module.pdf>
- EMCDDA. (2021). Statistical Bulletin 2021. Lisbon, Portugal: EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/gps_en.
- Ferri, C. P., Marsden, J., de Araujo, M., Laranjeira, R. R. & Gossop, M. (2000). Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, 19, 451–455.
- Folsom, R. E., Greenberg, B. G., Horvitz, D. G. & Abernathy, J. R. (1973). The two alternate questions randomized response model for human surveys. *Journal of the American Statistical Association*, 68, 525–530.
- Fox, J. A. & Tracy, P. E. (1984). Measuring associations with randomized response. *Social Science Research*, 13, 188–197. [https://doi.org/10.1016/0049-089X\(84\)90020-6](https://doi.org/10.1016/0049-089X(84)90020-6)
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607–614.
- Gossop, M., Best, D., Marsden, J. & Strang, J. (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, 92(3), 353. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb03205.x>
- Gyepesi, Á., Urbán, R., Farkas, J., Kraus, L., Piontek, D., Paksi, B., Horváth, G., Magi, A., Eisinger, A., Pilling, J., Kökönyei, G., Kun, B. & Demetrovics, Zs. (2013). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *European Addiction Research*, 20(3), 119–128.
- Hartnoll, R. (1993). A drogproblémák felmérése, alapkövetelmények. *Szenvedélybetegségek*, 1(5), 324–334.
- Hartnoll, R. (1998). *Epidemiological Key-Indicators*. Epidemiological Department, Lisbon, Portugal: EMCDDA.
- Harrison, L. (1997). The validity of self-reported drug use in survey research: An overview and critique of research methods. In Harrison, L., Hughes, A. (eds.): *The validity of self-reported drug use: Improving the accuracy of survey estimates*. (17–36). Rockville: NIDA Research Monograph 167.
- Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J. & Schalenberg, J. (2007). *Monitoring the Future, National Survey Results on Drug Use, 1975–2006, Volume I: Secondary School Stu-*

- dents. Volume II: College students and adults 19–45.* Bethesda: National Institute of Health. http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol2_2006.pdf
- Kaye, S. & Darke, S. (2001). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97(6), 727–731. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00121.x>.
- Kirtadze, I., Otiashvili, S. & Tabatadze, M. (2016). *National Survey on Substance Use in the General Population in Georgia*, 2015. Letöltve: 2020.10.10. https://www.researchgate.net/publication/305875263_National_Survey_on_Substance_Use_in_the_General_Population_in_Georgia_2015
- Kirtadze, I., Otiashvili, D., Tabatadze, M., Vardanashvili I., Sturua L., Zabransky T. & Anthony J. C. (2018). Republic of Georgia estimates for prevalence of drug use: Randomized response techniques suggest under-estimation. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 300–304. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.019>
- Lawrinson, P., Copeland, J., Gerber, S. & Gilmour, S. (2007). Determining a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 32, 1474–1479. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.005>
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population. *Journal of Substance Use*, 12, 233–242.
- Moors, J. J. A. (1971). Optimization of the Unrelated Question Randomized Response Model. *Journal of the American Statistical Association*, 66, 627–629.
- Nyírády A. (szerk.) (2009). *A drogfogyasztás nemzetközi indikátorai. Szöveggyűjtemény.* Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem.
- 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 drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I.* (229–253). Budapest: Eötvös Kiadó.
- 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. <https://doi.org/10.1556/mental.10.2009.4.1>
- Paksi B. (2009). Populációs adatok alakulása. In Felvinczi K., Nyírády A. (szerk.): *Drogpolitika számokban.* (81–141). Budapest: L'Harmattan.
- 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. *Neuropsychopharmacology*

- logia Hungarica*, 19(2), 31–55. http://epa.oszk.hu/02400/02454/00066/pdf/EPA_02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2017_02_055-085.pdf
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2018). A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(4), 541–565. <https://akademiai.com/doi/pdf/10.1556/0016.2018.73.4.2>
- Paksi B., Demetrovics ZS., Griffiths, M. D., Magi A. & Felvinczi K. (2020). Estimating and managing the changing methodological parameters of self-report surveys of addictive behaviors based on the waves of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH) in 2007 and 2015. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 22(1): 29–42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32329751/>
- Pillók P. (2010). Az elhanyagolható tényező, avagy a nem mintavételi hibák a kérdőíves adatfelvételekben. Doktori disszertáció. ELTE TáTK, http://tatk.elte.hu/file/dissz_2012_PillokPeter.pdf
- Rudas T. (1979). Véletlenített kérdőíves eljárások. Budapest, *TK Műhely*, (X. évf.) 17.
- Semjén A. & Tóth I. S. (2004). Rejtett gazdaság és adózási magatartás, 1996–2001. *Közgazdasági Szemle*, 51(június) 560–583.
- Swift, W., Copeland, J. & Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence, *Addiction*, 93(11), 1681–1692. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931116816.x>
- Topp, L. & Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92(7), 839–845.
- Umesh, U. N. & Peterson, R. A. (1991). A Critical Evaluation of the Randomized Response Method. Applications, Validation, and Research Agenda. *Sociological Methods Research*, 32, 384–410. <https://doi.org/10.1177%2F0049124191020001004>
- Warner, S. L. (1965). Randomized response: A survey technique for eliminating evasive answer bias. *Journal of the American Statistical Association*, 60, 63–69. <https://doi.org/10.1080/01621459.1965.10480775>

ALKOHOLFOGYASZTÁS

1. AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE¹

1.1. Az alkoholfogyasztás elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

1.1.1. Az alkoholfogyasztás prevalencia-értékei és gyakorisága a felnőtt lakosságban

A kutatást megelőző 12 hónapban a magyarországi 18–64 éves népesség 70,4%-a ($\pm 2,5$) fogyasztott alkoholt, azaz az előző évre vonatkozó absztinenciaarány a felnőttek körében 30% körül van. Aktuálisan, azaz az előző hónapban a felnőtt népesség körülbelül fele (a mérés hibahatárát figyelembe véve 49,3–54,7%-a), legalább heti rendszerességgel pedig körülbelül minden negyedik (24,1% ($\pm 2,3$)) felnőtt ivott. A napi ivók aránya 3,8–6,2% közöttire becsülhető (1. táblázat).

1. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói nemek szerint és összesen a 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

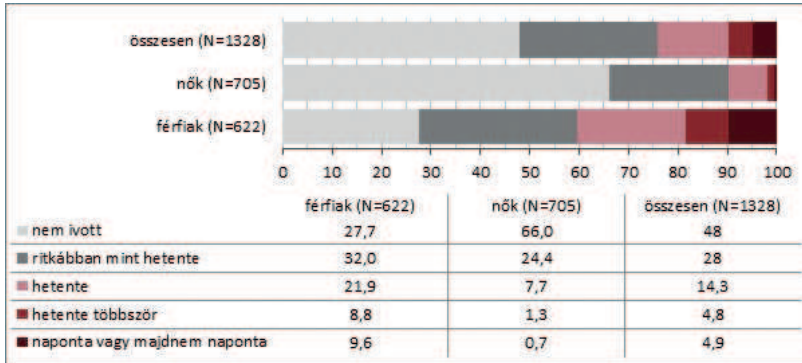
	férfiak		nők		p	összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Éves prevalencia (LTP)	617	84,6	669	57,2	p<0,001	1286	70,4	$\pm 2,5$
Havi prevalencia (LMP)	623	72,4	705	34,0	p<0,001	1328	52,0	$\pm 2,7$
Az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességű fogyasztás	622	40,3	705	9,6	p<0,001	1328	24,1	$\pm 2,3$
Az elmúlt hónapban napi rendszerességű fogyasztás	622	9,6	705	0,7	p<0,001	1328	5,0	$\pm 1,2$
Megjegyzés: N: válaszolók száma; p = szignifikancia-érték a Khi-négyszet próbához kapcsolódóan; CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum								

Nemek szerint a prevalencia-értékek tekintetében rendre közepes erősségű szignifikáns mintázódás figyelhető meg (1. táblázat): a férfiak esetében az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke mintegy másfélszerese ($\chi^2(1)=115,19$; p<0,001; $\phi=0,30$), a havi prevalencia-érték több mint kétszerese a nők között

¹ Az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatások alkoholfogyasztás elterjedtségével kapcsolatos indikátorai a mellékletben megtalálhatók.

kapott értéknek ($\chi^2(1)=194,88$; $p<0,001$; $\varphi=0,38$). A férfiak nem csak nagyobb arányban fogyasztanak alkoholt, az ivási gyakoriság tekintetében kifejezetten erős szignifikáns kapcsolat figyelhető meg (1. ábra): a nőkhöz képest a legalább heti rendszerességgel ivás több mint négyszer, a napi rendszerességgel ivás pedig mintegy tizennégyszer gyakrabban fordul elő a férfiak körében (1. táblázat).

1. ábra: Az elmúlt 30 nap alkoholfogyasztásának gyakorisága a 18–64 éves népesség körében nemek szerint és összesen (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)



($\chi^2(4)=247,50$; $p<0,001$; $V=0,43$)

1.1.2. Alkoholfogyasztás szerkezete a felnőtt lakosságban

Az OLAAP 2019 vizsgálatban az alkoholfogyasztás szerkezetét egyrészt a különböző italfajták (bor, sör, tömény, előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital) elmúlt évi prevalencia-értékével, illetve fogyasztási gyakoriságával, másrészt az egyes italfajtákból, az egy szokásos alkalommal elfogyasztott² alkoholmennyiség 100%-os tiszta alkoholra átszámított mennyiségével jellemeztük.

Az elmúlt évben a 18–64 éves lakosságban a legtöbben sört fogyasztottak, az éves prevalencia-érték a mérés hibahatárát figyelembe véve 45,4–50,8% között van. A bor és a tömény italok elterjedtsége hibahatáron belül megegyezik, de míg a tömény italok éves prevalencia-értéke szignifikánsan alacsonyabb a sörfogyasztáshoz képest, addig a borfogyasztók aránya esetében ez csak kétharmados biztonsággal jelenthető ki. Az előre összeállított alkoholtartalmú üdítőitalok elterjedtsége a „tradicionális” italfajtákhoz képest jóval alacsonyabb: kevesebb mint egyharmadannyian isznak alkoholos üdítőket, mint bort, sört,

² Általában mennyit ivott meg az adott italfajtából az elmúlt év egy olyan szokásos napján, amikor az adott italfajtát fogyasztotta.

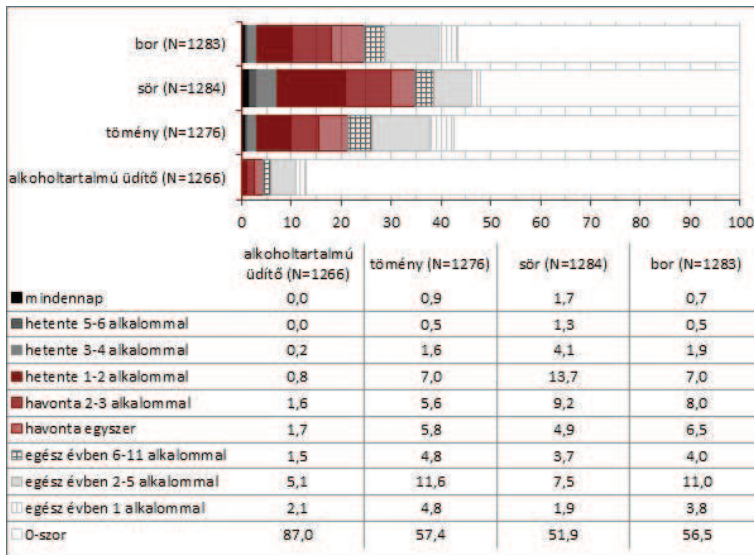
illetve tömény italokat (2. táblázat). Az elmúlt évi fogyasztási gyakoriságok alapján a különböző italfajtáknak a prevalenciák alapján leírthoz hasonló prioritássorrendje rajzolódik ki (2. ábra).

2. táblázat: Italfajtánkénti éves prevalencia-értékek nemek szerint és összesen a 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

Alkoholfajták	férfiak		nők		p	összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Bor	605	48,9	677	38,6	p<0,001	1283	43,4	±2,7
Sör	606	72,3	679	26,5	p<0,001	1284	48,1	±2,7
Tömény	602	57,5	673	29,1	p<0,001	1276	42,5	±2,7
Előre összeállított, alkoholtartalmú üdítőital	597	12,4	668	13,5	nsz*	1266	13,0	±1,9

Megjegyzés: N: válaszolók száma; p= szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI=95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum; * p>0,05

2. ábra: Különböző italfajták éves fogyasztási gyakorisága a 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)



Az italfajták elterjedtségét és fogyasztási gyakoriságát nemek szerint vizsgálva az előre összeállított alkoholtartalmú üdítőitalok kivételével minden italfajta esetében szignifikáns különbségek mutatkoznak (2. táblázat). Leginkább markáns nemi mintázat a sörfogyasztás tekintetében rajzolódik ki ($\chi^2(1)=268,69$; $p<0,001$; $\phi=0,457$): a férfiak 2,5–3-szor nagyobb arányban fogyasztottak sört a kutatást megelőző évben, mint a nők. A tömény italok esetében közel kétszer

($\chi^2(1)=104,51$; $p<0,001$; $\varphi=0,286$), a bor esetében pedig 1,3-szor nagyobb a férfiak körében kapott éves prevalencia-érték ($\chi^2(1)=13,99$; $p<0,001$; $\varphi=0,104$). A prevalencia-értékek alapján azt is láthatjuk, hogy amellett, hogy a férfiak nagyobb arányban és gyakrabban fogyasztanak minden „tradicionális” alkoholfajtát, mások a preferenciáik is. Míg a férfiak legnagyobb arányban sört fogyasztottak az elmúlt évben, majd ezt követte a tömény italok fogyasztása, és a bor a „tradicionális” italfajták közül az utolsó helyen szerepelt, addig a nők közül legtöbben bort ittak az elmúlt évben, s a sör a nők preferencia rangsorában a tömény után a harmadik helyre szorul. Az éves prevalencia-értékek alapján az előre összeállított alkoholtartalmú italok fogyasztása érinti mindkét nem esetében a legkevesebb válaszolót (2. táblázat).

Az elmúlt évben egy szokásos alkalommal elfogyasztott mennyiség alapján³ a különböző italfajták közül a magyarországi felnőtt népesség – 100%-os tiszta alkoholban értelmezve⁴ – sört ivott a legnagyobb mennyiségben, átlagosan 35,6 ml-t. Ezt követi a borfogyasztás, 31,6 ml-es átlagértékkel, majd holtversenyben a tömény ital, illetve az előre összeállított alkoholtartalmú üdítőitalok, melyek esetében tiszta alkoholban számítva az átlagos fogyasztás 24 ml volt.

A prevalenciák alapján megjelenő tendenciákhoz hasonlóan a „tradicionális” alkoholfajták esetében az elfogyasztott alkohol mennyisége tekintetében is rendre szignifikáns, de italfajtánként eltérő erősségű kapcsolat mutatkozott a nemmel: sör esetében közepes, a bor- és a töményfogyasztás mennyisége tekintetében pedig gyenge hatásméretű különbség látható. A férfiak egy szokásos alkalommal több mint másfélszer annyi sört isznak, mint a nők ($F=85,10$; $p<0,001$; $\eta^2=0,127$), 100%-os tiszta alkoholban számítva 10 ml-rel több bort ($F=13,28$; $p<0,001$; $\eta^2=0,025$) és – 100%-os tiszta alkoholban kifejezve – 6 ml-rel több tömény italt ($F=85,10$; $p=0,003$; $\eta^2=0,017$). Az előre összeállított alkoholtartalmú üdítőitalok esetében azonban az elfogyasztott mennyiség tekintetében sem tapasztaltunk a nemek között szignifikáns különbséget ($p>0,1$).

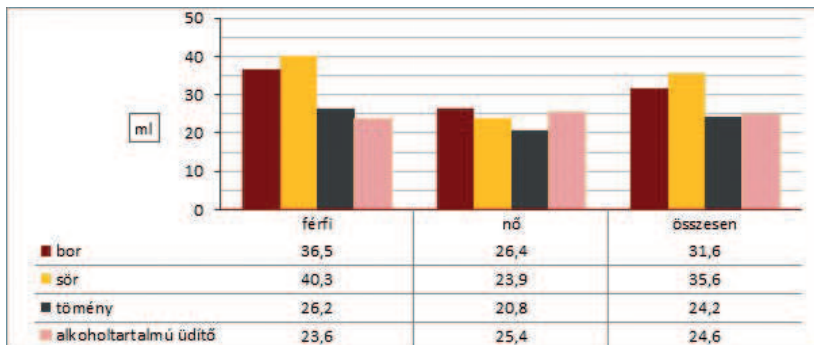
A különböző italfajtákból egy szokásos alkalommal – 100%-os alkoholban számítva – elfogyasztott mennyiségek alapján a férfiak az elmúlt évben legtöbbet sörből ittak ($N=418$), ezt követte a bor ($N=271$), és jóval lemaradva, egymáshoz hasonló adatokkal, a tömény italok ($N=335$) és az alkoholtartalmú üdítők formájában elfogyasztott alkoholmennyiség ($N=69$). A nők viszont bort ittak – tiszta alkoholban számítva – a legnagyobb mennyiségben ($N=249$), s

³ Általában mennyit ivott meg az adott italfajtából az elmúlt év egy olyan szokásos napján, amikor az adott italfajtát fogyasztotta.

⁴ Az elfogyasztott alkoholmennyiség 100%-os alkoholra való átszámítása során alkalmazott arányok a következők: bor: 0,11; sör: 0,05; tömény: 0,35; alkoholtartalmú üdítőitalok: 0,043.

tőle csak kicsit lemaradva a második helyen az alkoholtartalmú üdítők állnak (N=85), amit a sör (N=169) és a tömény italok (N=196) követnek (3. ábra).

3. ábra: Különböző italfajtákból az elmúlt évben egy szokásos alkalommal elfogyasztott alkoholmennyiség 100%-os alkoholban,* a 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, ml, átlag)



* Az egyes alkoholfajtáknál a következő alkoholtartalommal számolva: Bor: 11%; Sör: 5%; Tömény: 35%; Előre összeállított, alkoholtartalmú üdítőital: 4,3%

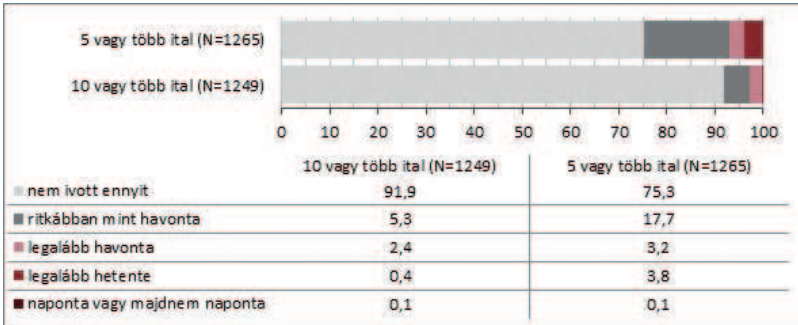
Összességben tehát a mennyiségi és gyakorisági adatok alapján azt mondhatjuk, hogy a magyarországi felnőtt népességben a legtöbben és a legnagyobb mennyiségben sört fogyasztanak, ezt követi a bor fogyasztása. A tömény italok a borokhoz közel hasonló mértékben elterjedtek a lakosság körében, azonban a tömény italokat – 100%-os alkoholban számítva – kisebb mennyiségben fogyasztják, ugyanakkor az alkoholos üdítők fogyasztása a lakosság kisebb részét érinti, azonban tiszta alkoholban az ezekből elfogyasztott mennyiség megegyezik az elfogyasztott tömény italok mennyiségével.

A mennyiségi és gyakorisági adatok alapján a „tradicionális” alkoholfajták esetében rendre szignifikáns különbség mutatkozik a nemek között. A férfiak – alkoholtartalmú üdítők kivételével – minden italfajtából nagyobb arányban, gyakrabban és nagyobb mennyiséget is fogyasztanak. Ugyanakkor a prevalenciák és a fogyasztási gyakoriságok mentén a férfiak és a nők alkoholfajták tekintetében megjelenő preferenciái a szokásosan elfogyasztott mennyiségek alapján kirajzolódótól némileg eltérőek. A férfiak körében a sör, a nők körében a bor áll a mennyiségi és gyakorisági adatok alapján is az első helyen, azonban a második helyen a férfiak esetében az elfogyasztott mennyiség alapján a bor, a prevalenciaadatok alapján pedig a tömény italok vannak. A prevalencia- és gyakorisági adatok alapján mindkét nem esetében az utolsó helyen szereplő alkoholtartalmú üdítők pedig a nők esetében a mennyiségi adatok alapján feljönnek a második helyre.

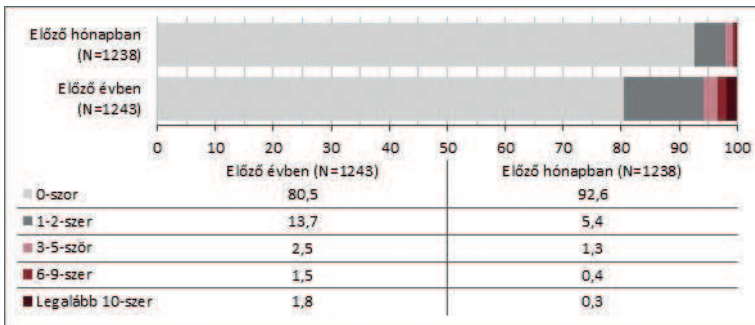
1.1.3. Excesszív ivási magatartás a felnőtt lakosságban

Az egy alkalommal legalább 5 ital⁵ elfogyasztása, az ún. „nagyivás” (Binge Drinking) (4. ábra) vagy lerészegedés (5. ábra) a felnőtt népesség körülbelül negyedénél-ötödénél (24,7% ($\pm 2,4$); 19,5% ($\pm 2,2$)) fordult elő a vizsgálatot megelőző évben. Ezen ivási magatartások jellemzően a havi gyakoriságnál ritkábban vannak jelen a 18–64 éves lakosság életében. A megkérdezettek 7,1%-a ($\pm 1,4$) számolt be az elmúlt évre vonatkozóan legalább havi rendszerességgel nagyivásról, a lerészegedés havi prevalencia-értéke pedig 7,4% ($\pm 1,5$) (5. ábra). Az elmúlt évben extrém intenzitású ivási magatartás (High-Intensity Drinking)⁶ a felnőtt népesség 8,1%-ánál ($\pm 1,5$) fordult elő, s mindössze 2,9% ($\pm 0,9$) ivott ilyen extrém mennyiséget az elmúlt évben legalább havi rendszerességgel (4. ábra).

4. ábra: A nagyivás gyakorisága az elmúlt évben a 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)



5. ábra: A lerészegedés éves és havi gyakorisága a 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)



⁵ Egy ital = 1,5 dl bor, vagy egy pohár vagy kis üveg (3,3 dl) sör, 4–5 cl tőmény, egy koktél vagy egy üveg (3,3 dl) előre összeállított, alkoholtartalmú üdítőital.

⁶ 10 vagy több ital elfogyasztás egy alkalommal.

1.1.1. Problémás alkoholfogyasztás a felnőtt lakosságban

A problémás alkoholfogyasztás elterjedtségét az AUDIT-skála [Alcohol Use Disorders Identification Test (Allen, Litten, Fertig & Babor, 1997; Gerevich, Bácskai & Rózsa, 2006; Saunders, Aasland, Babor, De La Funete & Grant, 1993)] alapján számítottuk. Összességében ennek alapján a válaszolók 6,2%-a ($\pm 1,3$; $N=1302$) tekinthető kockázatos vagy problémás alkoholhasználónak. Az AUDIT-skála alapján kockázatosnak vagy problémásnak tekinthető alkoholfogyasztók aránya tekintetében a magyarországi 18–64 éves férfiak és a nők között közepes hatásméretű szignifikáns különbség mutatkozik ($\chi^2(1)=66,98$; $p<0,001$; $\varphi=0,23$): a férfiak körében az előző évi ivási magatartás alapján kockázatosnak/problémásnak tekinthető alkoholfogyasztók aránya 12%, míg a nők körében mindössze 1%.

Az elmúlt évben alkoholt fogyasztókon belül ($N=903$) a kockázatos vagy problémás ivók aránya 8,9% ($\pm 1,9$). A nemek között ez esetben is szignifikáns, közepes hatásméretű különbséget találtunk ($\chi^2(1)=40,59$; $p<0,001$; $\varphi=0,21$), a közelmúltban alkoholt fogyasztó férfiak 14%-a, a nőknek pedig 1,8% tekinthető kockázatos vagy problémás ivónak.

1.2. Az alkoholfogyasztás elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

1.2.1. Az alkoholfogyasztás prevalencia-értékei és gyakorisága a budapesti fiatal felnőttek körében

A BLS 2019 kutatás eredményei alapján a kutatást megelőző 12 hónapban a budapesti fiatal felnőttek mintegy kétharmada (67,1% ($\pm 1,5$)) fogyasztott alkoholt. Aktuálisan – a kutatást megelőző hónapban – 55,5%-uk ($\pm 1,6$) ivott, heti rendszerességű fogyasztásról pedig a fiatalok egyötöde (20,9% ($\pm 1,3$)) számolt be (3. táblázat). Ezek az értékek a felnőtt népesség körében országosan mért értékkel hibahatáron belül megegyezők, a napi rendszerességű ivás gyakorisága azonban a fiatalok körében szignifikánsan alacsonyabb (1,3% ($\pm 0,3$)), mint a felnőttek körében, ahol a napi ivók aránya 3,8–6,2% közöttire becsülhető.

Nemek szerint a prevalencia-értékek tekintetében – szintén a felnőtt populációban tapasztaltnal megegyezően – rendre közepes erősségű szignifikáns mintázódás figyelhető meg (3. táblázat): a férfiak esetében az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke közel 20 százalékponttal magasabb ($\chi^2(1)=145,82$; $p<0,001$; $\varphi=0,20$), a havi prevalencia-érték pedig mintegy másfélszerese a nők között kapott értéknek ($\chi^2(1)=219,68$; $p<0,001$; $\varphi=0,24$). A férfiak nem csak nagyobb arányban fogyasztanak alkoholt, az ivási gyakoriság tekintetében kifejezetten erős szignifikáns kapcsolat figyelhető meg (6. ábra): a fiatal felnőtt nőkhöz képest a legalább

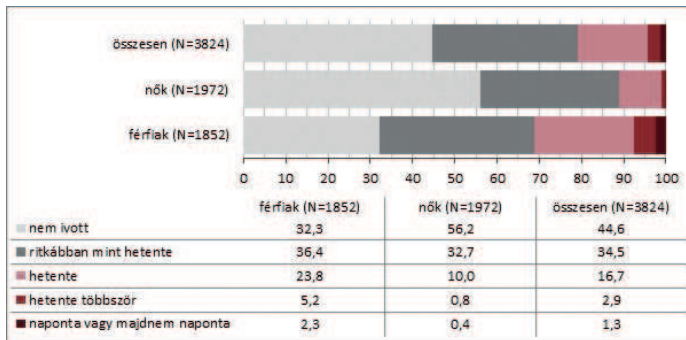
heti rendszerességű ivás közel háromszor, a napi rendszerességű ivás pedig ötször gyakrabban fordul elő a fiatal felnőtt férfiak körében (3. táblázat).

3. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói nemek szerint és összesen a 18–34 éves budapesti fiatal felnőttek körében (a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	férfiak		nők		p	összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Éves prevalencia	1827	76,6	1942	58,1	<0,001	3770	67,1	±1,5
Havi prevalencia	1854	67,7	1976	43,9	<0,001	3829	55,5	±1,6
Az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességű fogyasztás	1852	31,3	1972	11,2	<0,001	3824	20,9	±1,3
Az elmúlt hónapban napi rendszerességű fogyasztás	1852	2,3	1972	0,4	<0,001	3824	1,3	±0,4

Megjegyzés: N: válaszolók száma; p = szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum

6. ábra: Az elmúlt 30 nap alkoholfogyasztásának gyakorisága a 18–34 éves budapesti fiatal felnőttek körében (a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)



$(\chi^2(4)=325,21; p<0,001; V=0,29)$

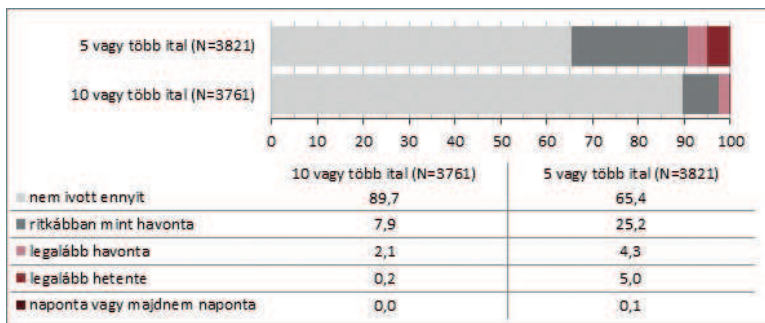
1.2.2. Excesszív ivási magatartás a budapesti fiatal felnőttek körében

A fővárosi fiatal felnőttek mintegy harmadával (34,6% % (±1,59)) fordult elő az elmúlt évben, hogy egy alkalommal megivott legalább 5 italt, és 10,3%-uk (±1,0) számolt be elmúlt évre vonatkozóan extrém intenzitású ivási magatartás⁷ előfordulásáról (7. ábra). A lerészegedés éves prevalencia-értéke 22,3% (±1,3), s a fővárosi 18–34 éves fiatalok 7,2%-a (±0,8) volt részeg legalább egy alkalommal a kutatást megelőző hónapban (8. ábra).

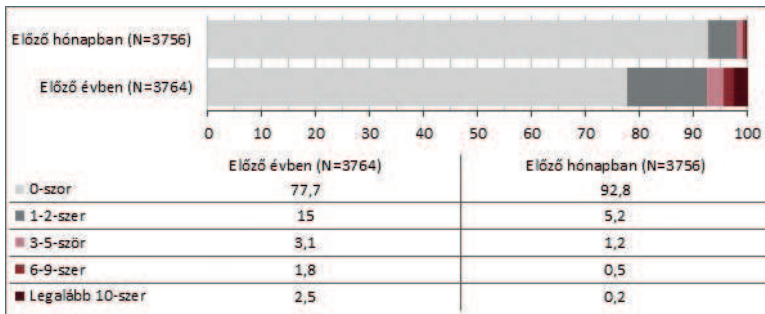
⁷ High-Intensity Drinking (Patrick & Azar, 2018): egy alkalommal 10 vagy több ital elfogyasztása.

A nagyívás éves prevalencia-értéke a fővárosi fiatal felnőttek körében 95%-os megbízhatósággal magasabb, mint a felnőtt népesség esetében országosan mért érték, az extrém intenzitású ivás, illetve a lerészegedés éves prevalencia-értékei pedig tendencijelleggel meghaladják a felnőtt lakosság körében kapott értékeket. Ugyanakkor a felnőtt népességben országosan jellemző tendenciákhoz hasonlóan többnyire a fővárosi fiatal felnőttek életében is havi gyakoriságnál ritkábban fordulnak elő ezek a magatartások, s a lerészegedés havi prevalencia-értéke tekintetében nem is mutatkozik meg a fiatalok intenzívebb ivási magatartása.

7. ábra: A nagyívás gyakorisága az elmúlt évben a 18–34 éves budapesti fiatal felnőttek körében (a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)



8. ábra: A lerészegedés éves és havi gyakorisága a 18–34 éves budapesti fiatal felnőttek körében (a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)



1.2.3. Problémás alkoholfogyasztás a budapesti fiatal felnőttek körében

Az AUDIT-skála alapján a budapesti fiatal felnőttek 5,2%-a ($\pm 0,7$; N=3830) tekinthető kockázatos vagy problémás alkoholhasználónak. A fiatal felnőtt férfiak és nők között e tekintetben alacsony hatásméretű szignifikáns különbséget találtunk ($\chi^2(1)=62,08$; $p<0,001$; $\phi=0,13$): a 18–34 éves budapesti férfiak

körében az előző évi ivási magatartás alapján kockázatosnak/problémásnak tekinthető alkoholfogyasztók aránya 8,1%, míg a fővárosi fiatal felnőtt nők körében 2,5%.

Az elmúlt évben alkoholt fogyasztó budapesti fiatal felnőttek (N=2530) körében a kockázatos vagy problémás ivók aránya 7,9% ($\pm 1,1$). A nemek között ez esetben is gyenge szignifikáns, különbséget találtunk ($\chi^2(1)=34,41$; $p<0,001$; $\phi=0,12$): a közelmúltban alkoholt fogyasztó fővárosi fiatal felnőtt férfiak 10,6%-a, a nőknek pedig 4,3%-a tekinthető kockázatos vagy problémás ivónak.

A 18–64 éves népesség körében országosan kapott értékekkel összehasonlítva egyrészt azt mondhatjuk, hogy a fővárosi fiatal felnőttek körében összességében a kockázatos vagy problémás ivók aránya tendencijelleggel alacsonyabb. Ez úgy áll elő, hogy a felnőtt férfiak körében országosan jellemző értékhez (12% ($\pm 2,6$) N=617) képest a budapesti fiatal felnőtt férfiak esetében (8,1% ($\pm 1,2$) N=1853;) 95%-os megbízhatósággal alacsonyabb, a nők körében pedig hibahatárt meghaladó mértékben magasabb (országosan a 18–64 éves nők esetében 1% ($\pm 0,7$) N=685; budapesti 18–34 éves nők esetében 2,5% ($\pm 0,7$) N=1976) a kockázatos vagy problémás ivók aránya. Ennek megfelelően a fővárosi fiatal felnőttek körében a nemi különbségek kevésbé markánsan jelennek meg, mint általában a felnőtt lakosságban.

2. AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS ÉS A PROBLÉMÁS ALKOHOLFOGYASZTÁS SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

Az előző évi alkoholfogyasztás, valamint az AUDIT-skála alapján kockázatosnak vagy problémásnak tekinthető fogyasztás (továbbiakban problémás fogyasztás) nemi, életkori, urbanizációs mintázódását, képzettségi/munkaerőpiaci/anyagi státusát, jóllétét, mobilitását, vallási és családi integráltságát, anómikus érzelteit, különböző életdimenziókkal való elégedettségét és deviáns családi mintáit először leíró statisztikai eszközökkel, majd – különböző pszichológiai jellemzőkkel kiegészített változószetben – logisztikus regressziós modell alkalmazásával vizsgáljuk.

2.1. Az alkoholfogyasztás szociodemográfiai és pszichológiai mintázódása

Az előző évi alkoholfogyasztás társadalmi-demográfiai mintázódását leíró statisztikai eszközökkel elemezve, a vizsgált társadalmi és demográfiai dimenziók többsége esetén szignifikáns eltérések mutatkoztak (4. és 5. táblázat).

A már korábban is bemutatott közepes hatásméretű nemi mintázódás mellett hasonlóan közepes erősségű különbségek rajzolódtak ki az urbanizációs és jövedelmi státus mutatói mentén. Emellett szignifikáns, de gyenge kapcsolat mutatkozott az életkor, a képzettségi/munkaerőpiaci státus, a vallási integráció, valamint a háztartásméret, a családi deviáns minták, a társas integráció, a deprivációs index, valamint munkavégzéssel töltött órák száma tekintetében.

Amennyiben az egyes indikátorok vonatkozásában kapott mintázódásokat – a különböző teoretikus modelleket megjelenítő – indikátorcsoportok mentén tekintjük át, akkor azt mondhatjuk, hogy a leíró-statisztikai elemzések alapján a nemi, életkori, urbanizációs, képzettségi/munkaerőpiaci státus, valamint a vallási integráció és a családi minták tekintetében kaptunk rendre szignifikáns összefüggéseket. Ugyanakkor az anyagi státus, a családi/társas integráció, valamint a különböző életdimenziókkal való elégedettség mentén vegyes kép rajzolódott ki: e dimenziók némely indikátora esetében megjelent szignifikáns mintázódás, más indikátorok esetében nem. Az intergenerációs képzettségi mobilitás és az anómikus érzületek tekintetében pedig nem tapasztaltunk szignifikáns különbségeket az elmúlt évben fogyasztók és nem fogyasztók között.

Az elmúlt évben fogyasztók átlagosan 2 évvel fiatalabbak azoknál, akik nem ittak alkoholt a vizsgálatot megelőző évben, s az életkori csoportok közül a 55–64 évesek, valamint a 25–44 éves korcsoportok között találtunk hibahatárt meghaladó különbséget. Vidéken – az ötezer főnél kisebb, de legalább ezerfős lélekszámú települések kivételével – 95%-os megbízhatósággal nagyobb az előző évben alkoholt fogyasztók aránya, mint Budapesten. Képzettségi státus tekintetében a képzettség nélküli, alacsony iskolai végzettségűek kisebb éves prevalencia-értékét kell kiemelnünk, mint ahogy a munkaerőpiaci aktivitás és a jövedelmi státus néhány mutatója (deprivációs index, háztartás átlagos jövedelme) mentén is – a teoretikus modellek alapján várt mintázódással ellentétben – inkább a kedvezőtlenebb státusú csoportok védettsége mutatkozik meg. Ugyanakkor adataink – a teoretikus modellekkel összhangban – a vallási integritás és a családi minták szignifikáns szerepét jelzik. Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke 95%-os megbízhatósággal alacsonyabb a vallásos, egyháza tanításait követő, illetve a „maga módján vallásos” válaszolók körében, mint az ateisták vagy a vallásosság tekintetében bizonytalanok esetében. Emellett a leíró statisztikai adatok a fogyasztók körében a deviáns családi minták intenzívebb jelenlétére utalnak (4. és 5. táblázat).

4. táblázat: Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népességben (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	Alkoholfogyasztás LYP (%)	χ^2 (df)	p	V
Nem					
Férfi	617	84,6	115,19(1)	<0,001	0,30
Nő	669	57,2			
Korcsoport					
18–24	151	69,5	13,65(4)	0,008	0,10
25–34	258	73,3			
35–44	333	74,8			
45–54	290	70,7			
55–64	255	61,6			
Településméret					
<1000	90	74,4	37,71(6)	<0,001	0,17
1000–4999	324	66,4			
5000–9999	92	77,2			
10000–49999	324	74,4			
500000–149999	166	78,3			
≥150000	72	81,9			
Bp.	218	56,4			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	136	61,8	10,49(3)	0,015	0,09
szakmunkás	445	71,9			
érettségi	458	68,1			
felsőfok/egyetem utáni képzés	248	76,2			
Szakképzettség megléte					
nincs	204	62,3	7,06(1)	0,006	0,08
van	949	71,7			
Intergenerációs végzettségi mobilitás					
felfelé mobil	666	71,3	1,23(2)	0,542	0,03
nem mobil	540	70,6			
lefelé mobil	53	64,2			
Munkaerőpiaci aktivitás					
nincs keresőtevékenysége	303	60,1	21,21(1)	<0,001	0,13
van keresőtevékenysége	965	73,9			
Háztartás nettó havi jövedelme					
≤125 ezer Ft	34	47,1	21,90(5)	0,001	0,17
126–180 ezer Ft	104	65,4			
181–255 ezer Ft	186	67,7			
256–380 ezer Ft	231	71,0			
381–400 ezer Ft	120	68,3			
>400 ezer Ft	116	84,5			

	N	Alkoholfogyasztás LYP (%)	χ^2 (df)	p	V
A háztartás szubjektív anyagi helyzete					
kényelmesen megélnék	107	72,9	4,09(3)	0,252	0,06
kijönnek a jövedelmükből	807	71,6			
nehezen élnek	289	66,1			
nagyon nehezen élnek	58	65,5			
A háztartás relatív anyagi helyzete a kérdezett percepciója alapján					
magasan a legjobbak között van	13	69,2	3,13 (4)	0,536	0,05
jobb az átlagnál	245	74,3			
átlagos	798	69,4			
rosszabb az átlagnál	206	69,9			
legrosszabbak között van	10	83,3			
Vallásosság					
vallásos, az egyház tanításait követi	102	61,8	16,26(4)	0,003	0,11
vallásos a maga módján	519	69,0			
nem tudja, hogy vallásos-e	81	82,7			
nem vallásos	502	71,1			
ateista	46	87,0			
Együttélő partnerkapcsolat megléte					
nincs együttélő kapcsolata	245	70,2	0,09(1)	0,412	0,01
van együttélő kapcsolata	850	71,0			
Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot ($p < 0,050$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre					

5. táblázat: Különböző szociodemográfiai változók átlagértéke az előző évben alkoholt fogyasztók és nem fogyasztók körében a 18–64 éves népességben (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

Változó	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p	η^2
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Életkor	380	43,1	13,7	905	41,1	12,7	6,78	0,009	0,01
Háztartásméret	379	2,75	1,26	903	3,0	1,24	10,60	0,001	0,01
Családban előforduló kockázati magatartások/devianciák száma	357	1,36	1,30	863	1,77	1,56	19,08	<0,001	0,02
Anómia	355	18,14	6,86	828	18,03	6,37	0,06	0,803	0,00
Társas integráció	381	-0,19	0,86	905	0,05	0,88	19,03	<0,001	0,02
Deprivációs index	381	3,69	4,10	905	2,96	3,67	10,08	0,002	0,01
Munkavégzéssel töltött órák száma/hét	370	27,48	19,65	886	32,91	17,66	23,10	<0,001	0,02
Elégedettség:* a munkájával	370	3,59	1,14	852	3,68	1,08	1,63	0,202	0,00

Változó	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p	η ²
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Elégedettség:* anyagi körülményeivel	341	3,29	1,07	889	3,34	1,03	0,56	0,454	0,00
Elégedettség:* családi kapcsolataival	368	4,20	0,90	890	4,14	0,90	1,02	0,314	0,00
Elégedettség:* párkapcsolatával	350	4,03	1,22	877	4,02	1,18	0,02	0,899	0,00
Elégedettség:* egyéb társas kapcsolataival	366	3,91	0,88	888	3,96	0,89	0,82	0,367	0,00
Elégedettség:* egészségi állapotával	368	3,93	1,00	888	4,06	0,89	4,97	0,026	0,00
WHO általános jóllét	365	8,86	3,21	882	9,30	2,99	5,21	0,023	0,00

Megjegyzések: N: válaszolók száma; F: egyszempontos ANOVA-teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték az F-statisztikához kapcsolódóan; η²: Eta-négyszet hatásméret-mutató; A szignifikáns (p<0,05) összefüggéseket a táblázatban szürke mezővel kiemeltük.
*A különböző életdimenziókkal való elégedettség mérése 5 fokozatú skálán történt, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem elégedett”, az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben elégedett”

A leíró-statisztikai elemzések során használt változók – illetve bizonyos indikátorcsoportok (elégedettség, anyagi helyzet) esetében az elemi változók erős multikollinearitása miatt létrehozott összevont indexek – alkotta változósztettet a pszichológiai változókkal kiegészítve ENTER módszerrel bináris logisztikus regressziós modellt hoztunk létre annak vizsgálatára, hogy a többi változó kontroll alatt tartása mellett mely társadalmi-demográfiai, illetve pszichológiai jellemzők gyakoroltak szignifikáns hatást az elmúlt évi alkoholfogyasztás előfordulására. A modellt bemutató 6. táblázat tartalmazza a bevitt változók és az előző évi alkoholfogyasztás közötti páronkénti, nem kontrollált kapcsolatokat is. A létrehozott többváltozós bináris logisztikus regressziós modell a közelmúltbeli (elmúlt évi) alkoholfogyasztás becslésére (0 = nem fogyasztott alkoholt az elmúlt évben; 1 = fogyasztott alkoholt az elmúlt évben) szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(30)=135,78$; $p<0,001$; Cox & Snell $R^2=0,15$; Nagelkerke $R^2=0,21$). A létrehozott modell 75,0%-ban helyesen jósolja be a résztvevők csoporttagságát összességében, amely ugyan mindössze 2,7%-os emelkedést jelent a kiindulási modell által nyújtott klasszifikációs teljesítményhez (72,3%) képest, azonban az elmúlt évben alkoholt fogyasztó személyek besorolása tekintetében ez a növekedés 27,2%.

A modellbe bevont magyarázó változók közül – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – a nem, a lakóhely, a kulturális státus, a családi minták, az anómiás érzületek, a társas integráltság és a mentalizáció/reflektív funkciók bizonyosság altípusa kapnak szignifikáns szerepet az előző évi alkoholfogyasztás becslésében. A nőkhöz képest a férfiaknak több mint négyszer, a vidéken élőknek a budapestiekhez képest pedig közel kétszer nagyobb az esélye a közelmúlt-

beli alkoholfogyasztásra. Az anómikus érzületek egységnyi emelkedésével pedig – a várakozásoknak megfelelően – kismértékben (4%-kal) emelkedik az alkoholfogyasztás. Ugyanakkor a vonatkozó teoretikus modellek alapján megfogalmazható várakozásokkal ellentétben az OLAAP 2019 adatai alapján a magasabb társadalmi státus és a társas integráltság megóvó tényező helyett kockázati szerepben jelenik meg: a felsőfokú végzettségűeknek – a maximum 8 általánossal rendelkezőkhöz képest – közel háromszoros esélye van a közelmúltbeli fogyasztók közé tartozásra, s a társas integráltság egységnyi növekedése esetén nem csökken, hanem jelentősen (43%-kal) növekszik az elmúlt évi alkoholfogyasztás előfordulásának esélye. Emellett a mentalizáció/reflektív funkciók bizonyosság-alskálaja⁸ mutatott szignifikáns és pozitív kapcsolatot az előző évi alkoholfogyasztás előfordulásával.

⁸ Ha a személy a saját és mások mentális állapotaival kapcsolatban túlságosan biztos és részletes elképzelésekkel bír, melyek csak korlátozottan kapcsolódnak a tényleges valósághoz.

6. táblázat: Az előző évben alkoholt fogyasztók becslésére a különböző szociodemográfiai és pszichológiai változókból épített bináris logisztikus regressziós modellek paramétertáblája a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az előző évi alkoholfogyasztással ⁹		Többváltozós modell az előző évi alkoholfogyasztás előrejelzésére ¹⁰	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Férfi nem (ref.: női nem)	4,12 [3,16–5,38]	<0,001	4,31 [2,93–6,34]	<0,001
Életkor	0,99 [0,98–1,00]	0,010	1,00 [0,98–1,01]	0,842
Lakhely: Budapest – vidék (ref.: Bp.)	2,13 [1,58–2,87]	<0,001	1,96 [1,26–3,04]	0,003
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	1,58 [1,05–2,36]	0,027	1,56 [0,65–3,74]	0,315
érettségi	1,31 [0,88–1,96]	0,180	1,91 [0,79–4,58]	0,149
felsőfok/egyetem utáni képzés	1,95 [1,24–3,07]	0,004	2,95 [1,09–7,95]	0,033
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzettség hiánya)	1,58 [1,15–2,16]	0,005	0,84 [0,44–1,61]	0,597
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
lefelé történő mobilitás	1,37 [0,76–2,47]	0,294	0,92 [0,37–2,27]	0,855
nincs mobilitás	1,32 [0,73–2,40]	0,355	0,99 [0,41–2,39]	0,989
Munkaerőpiaci aktivitás (ref.: nem aktív)	1,88 [1,44–2,47]	<0,001	0,90 [0,22–3,65]	0,887
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,02 [1,01–1,02]	<0,001	1,01 [0,98–1,04]	0,648
Háztartás nettó havi jövedelme (ref.: 400 ezer Ft felett)*				
125 ezer Ft vagy kevesebb	0,16 [0,04–0,38]	<0,001	–	
126–180 ezer Ft	0,35 [0,18–0,67]	0,001	–	
181–255 ezer Ft	0,40 [0,22–0,71]	0,002	–	
256–380 ezer Ft	0,46 [0,26–0,82]	0,008	–	
381–400 ezer Ft	0,41 [0,22–0,76]	0,005	–	
Háztartásméret	1,18 [1,07–1,30]	0,001	1,11 [0,95–1,29]	0,181
Együttélő partnerkapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	1,04 [0,78–1,43]	0,788	–	
Családban előforduló kockázati magatartások/devianciák száma	1,23 [1,12–1,36]	<0,001	1,22 [1,07–1,39]	0,003

⁹ A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó az előző évi alkoholfogyasztás (0 = nem fogyasztott alkoholt, 1 = fogyasztott alkoholt), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

¹⁰ Bináris logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó az előző évi alkoholfogyasztás (0 = nem fogyasztott alkoholt, 1 = fogyasztott alkoholt), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N = 865; 61,81%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az előző évi alkoholfogyasztással ⁹		Többváltozós modell az előző évi alkoholfogyasztás előrejelzésére ¹⁰	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Vallásosság (ref.: vallásos, az egyház tanításait követi)				
vallásos a maga módján	1,39 [0,89–2,15]	0,147	1,47 [0,76–2,87]	0,254
nem tudja, hogy vallásos-e	2,99 [1,48–6,04]	0,002	2,49 [0,90–6,87]	0,081
nem vallásos	1,54 [0,99–2,40]	0,057	1,16 [0,58–2,34]	0,673
ateista	3,96 [1,56–10,01]	0,004	2,55 [0,59–10,98]	0,208
Anómia	1,00 [0,98–1,02]	0,803	1,04 [1,01–1,08]	0,019
Társas integráció	1,36 [1,18–1,56]	<0,001	1,43 [1,12–1,83]	0,005
Hátrányos anyagi helyzet	0,87 [0,77–0,98]	0,017	0,96 [0,74–1,25]	0,778
Társas kapcsolatokkal való elégedettség	0,89 [0,77–1,04]	0,145	1,11 [0,88–1,39]	0,370
Anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség	1,11 [0,95–1,29]	0,179	1,05 [0,81–1,36]	0,710
Egészséggel való elégedettség	1,14 [1,00–1,29]	0,048	1,09 [0,90–1,33]	0,380
WHO általános jóllét	1,05 [1,01–1,09]	0,023	1,07 [0,99–1,15]	0,076
Impulzivitás	1,01 [0,99–1,04]	0,341	1,01 [0,96–1,06]	0,733
Szenzoros élménykeresés	1,04 [1,02–1,07]	<0,001	1,00 [0,97–1,04]	0,866
Rumináció	1,01 [0,99–1,03]	0,460	1,02 [0,98–1,06]	0,398
Aggodalmaskodás	0,99 [0,95–1,03]	0,557	1,04 [0,96–1,12]	0,356
Testi tünetek*	1,02 [0,99–1,03]	0,288	–	–
Mentalizáció: bizonyosság	1,05 [0,92–1,05]	0,449	1,32 [1,01–1,72]	0,042
Mentalizáció: bizonytalanság	1,00 [0,95–1,06]	0,981	1,01 [0,92–1,11]	0,823
Megjegyzések: OR [95% CI]: esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal. Ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében. A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre. * A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.				

2.2. A problémás alkoholfogyasztás mintázódása

Az előző évi alkoholfogyasztókon belül a problémás fogyasztók társadalmi-demográfiai mintázódását leíró statisztikai eszközökkel vizsgálva, a kis hatásméretű nemi különbségek mellett a képzettségi és anyagi státus, a családi deviáns minták, az anómia, a különböző életdimenziókkal való elégedettség és a jóllét tekintetében mutatkoztak többnyire szintén gyenge,¹¹ de szignifikáns mintázódások. Ugyanakkor az életkor, a munkaerőpiaci státus, a családi, illetve társas integ-

¹¹ Közepes erősségű kapcsolat csak két mutató, a vallási integráció és a relatív anyagi helyzet esetében mutatkozott.

ritás, az intergenerációs képzettségi mobilitás tekintetében nem tapasztaltunk szignifikáns különbségeket a problémás és nem problémás fogyasztók között.

A szignifikáns mintázódások általában leképezik a teoretikus modellek alapján várt irányú összefüggéseket. A képzettségi és anyagi státus mentén az alacsonyabb pozíciót elfoglaló fogyasztók körében, a vallási integráció esetében a kisebb integráltságra utaló (ateista, illetve bizonytalan) kategóriákban nagyobb arányú a problémás fogyasztás előfordulása. A problémás fogyasztók körében gyakoribb a deviáns családi minták előfordulása, hangsúlyosabban jelen vannak az anómiás érzületek, s általában az életük minden területével szignifikánsan kevésbé elégedettek, s alacsonyabb körükben a WHO jóllét-skála összpontszáma is (7. és 8. táblázat).

Annak vizsgálata céljából, hogy a többi változó kontroll alatt tartása mellett mely társadalmi-demográfiai és pszichológiai jellemzők gyakorolnak szignifikáns hatást az elmúlt 12 hónapban alkoholt fogyasztók körében a kockázatos vagy problémás alkoholfogyasztás előfordulására, ezúttal is bináris logisztikus regressziós elemzést végeztünk ENTER módszerrel. A modellt bemutató 9. táblázat tartalmazza a bevitt változók és a problémás alkoholfogyasztás közötti páronkénti, nem kontrollált kapcsolatokat is. A problémás alkoholfogyasztás becslésére (0=az előző évben fogyasztott alkoholt, de nem problémás fogyasztó, 1=problémás fogyasztó) létrehozott többváltozós bináris logisztikus regressziós modell szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(30)=107,56$; $p<0,001$; Cox & Snell $R^2=0,16$; Nagelkerke $R^2=0,38$). A létrehozott modell összességében 93,4%-ban helyesen jósolja be a résztvevők csoporttagságát, amely ugyan mindössze 1,2%-os növekedést jelent a kiindulási modell által nyújtott klasszifikációs teljesítményhez (92,2%) képest, azonban problémás fogyasztó személyek besorolása tekintetében a növekedés 24,3%.

A modellben három változó kapott szignifikáns szerepet: a nem, a munkavégzéssel töltött idő és a családban előforduló deviáns minták száma. A modell alapján az elmúlt évben alkoholt fogyasztó férfiaknak négyszer akkora esélye van a problémás alkoholfogyasztásra, mint az elmúlt évben alkoholt fogyasztó nőknek. A munkavégzéssel töltött órák növekedésével 8%-kal, a családi deviáns minták halmozódásával pedig 25%-kal növekszik az elmúlt évben alkoholt fogyasztók körében a problémás fogyasztás kockázata.

7. táblázat: A kockázatos vagy problémás alkoholfogyasztás előfordulása a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves, az elmúlt évben alkoholt fogyasztó népességben (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)

	N	problémás fogyasztók (%)	χ^2 (df)	p	V
Nem					
Férfi	520	14,0	40,59(1)	<0,001	0,21
Nő	382	1,8			
Korcsoport					
18–24	106	6,6	3,74(4)	0,443	0,06
25–34	188	6,9			
35–44	247	9,3			
45–54	205	11,7			
55–64	157	8,3			
Településméret					
<1000	67	6,0	7,09(6)	0,312	0,09
1000–4999	213	8,5			
5000–9999	70	7,1			
10000–49999	240	7,5			
500000–149999	131	14,5			
≥150000	59	6,8			
Bp.	123	8,9			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	83	18,1	23,46(3)	<0,001	0,16
szakmunkás	318	12,6			
érettségi	312	5,1			
felsőok/egyetem utáni képzés	9	4,8			
Szakképzettség megléte					
nincs	127	11,8	1,95(1)	0,113	0,05
van	733	8,0			
Intergenerációs végzettségi mobilitás					
felfelé mobil	475	7,4	4,15(2)	0,126	0,07
nem mobil	380	10,5			
lefelé mobil	33	15,2			
Munkaerőpiaci aktivitás					
nincs kereső tevékenysége	182	8,8	0,001(1)	0,535	0,00
van kereső tevékenysége	712	8,7			

	N	problémás fogyasztók (%)	χ^2 (df)	p	V
Háztartás nettó havi jövedelme					
≤125 ezer Ft	16	18,8	7,24(5)	0,203	0,12
126 ezer – 180 ezer Ft	67	16,4			
181 ezer – 255 ezer Ft	125	8,8			
256 ezer – 380 ezer Ft	163	6,7			
381 ezer – 400 ezer Ft	83	8,4			
>400 ezer Ft	97	8,2			
A háztartás szubjektív anyagi helyzete					
kényelmesen megélnék	78	7,7	10,15(3)	0,017	0,11
kijönnek a jövedelmükből	576	7,3			
nehezen élnek	191	11,5			
nagyon nehezen élnek	39	20,5			
A háztartás relatív anyagi helyzete a kérdezett percepciója alapján					
magasan a legjobbak között van	9	11,1	28,06 (4)	p<0,001	0,18
jobb az átlagnál	181	8,8			
átlagos	552	6,7			
rosszabb az átlagnál	143	13,3			
legrosszabbak között van	10	50,0			
Vallásosság					
vallásos, az egyház tanításait követi	63	4,8	28,06 (4)	p<0,001	0,18
vallásos a maga módján	358	5,6			
nem tudja, hogy vallásos-e	66	16,7			
nem vallásos	356	9,8			
ateista	40	27,5			
Együttélő partnerkapcsolat megléte					
nincs együttélő kapcsolata	173	8,1	0,01(1)	0,536	0,00
van együttélő kapcsolata	602	8,3			
<p>Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató.</p> <p>A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók sötét színű mezővel kerültek kiemelésre</p>					

8. táblázat: Különböző szociodemográfiai változók átlagértéke a problémás és nem problémás alkoholfogyasztók körében a 18–64 éves, az elmúlt évben alkoholt fogyasztó népességben (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

Változó	nem problémás fogyasztó			problémás fogyasztó			F	p	η^2
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Életkor	823	40,91	12,73	80	42,82	12,25	1,65	0,199	0,02
Háztartásméret	821	3,00	1,22	79	3,03	1,51	0,06	0,815	0,00
Családban előforduló kockázati magatartások/ devianciák száma	784	1,66	1,45	76	2,94	2,08	49,12	<0,001	0,05
Anómia	754	17,67	6,23	71	21,91	6,70	29,72	<0,001	0,04
Társas integráció	823	0,05	0,85	80	0,05	1,10	0,00	0,979	0,00
Deprivációs index	823	2,84	3,53	80	4,18	4,70	9,81	0,002	0,01
Munkavégzéssel töltött órák száma / hét	809	32,79	17,17	74	34,40	19,63	0,57	0,452	0,00
Elégedettség:* a munkájával	775	3,71	1,07	75	3,38	1,22	6,26	0,013	0,01
Elégedettség:* anyagi körülményeivel	808	3,38	1,02	78	2,91	1,07	14,59	<0,001	0,02
Elégedettség:* családi kapcsolataival	809	4,19	0,86	78	3,64	1,22	27,16	<0,001	0,03
Elégedettség:* párkapcsolatával	796	4,07	1,14	78	3,52	1,41	15,59	<0,001	0,02
Elégedettség:* egyéb társas kapcsolataival	807	3,99	0,86	78	3,65	1,15	10,58	0,001	0,01
Elégedettség:* egészségi állapotával	808	4,09	0,87	78	3,80	1,12	7,14	0,008	0,01
WHO általános jóllét-skála	802	9,44	2,97	78	7,82	2,89	21,21	<0,001	0,02

Megjegyzések: N: válaszolók száma; F: egyszempontos ANOVA-teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték az F-statisztikához kapcsolódóan; η^2 : Eta-négyzet hatásméret-mutató; A szignifikáns (p<0,05) összefüggéseket a táblázatban szürke mezővel kiemeltük.
* A különböző életdimenziókkal való elégedettség mérése 5 fokozatú skálán történt, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem elégedett”, az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben elégedett”.

9. táblázat: A kockázatos vagy problémás alkoholfogyasztás becslésére a különböző szociodemográfiai és pszichológiai változókból épített bináris logisztikus regressziós modellek paramétertáblája a magyarországi 18–64 éves, az elmúlt évben alkoholt fogyasztó lakosság körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az előző évi alkoholfogyasztással ¹²		Többváltozós modell az előző évi alkoholfogyasztás előrejelzésére ¹³	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Férfi nem (ref.: női nem)	9,07 [4,08–20,15]	<0,001	4,10 [1,42–11,79]	0,009
Életkor	1,01 [0,99–1,03]	0,199	1,03 [0,99–1,08]	0,151
Lakhely (ref.: Bp.)	0,96 [0,50–1,86]	0,907	1,45 [0,44–4,80]	0,545
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	0,66 [0,35–1,27]	0,215	9,12 [0,97–85,34]	0,053
érettségi	0,26 [0,12–0,55]	<0,001	4,20 [0,42–41,90]	0,221
felsőfok/egyetem utáni képzés	0,23 [0,09–0,55]	0,001	4,99 [0,34–73,68]	0,242
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzettség hiánya)	0,64 [0,35–1,16]	0,140	0,49 [0,08–2,86]	0,427
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
lefelé történő mobilitás	0,48 [0,17–1,34]	0,158	0,79 [0,14–4,33]	0,785
nincs mobilitás	0,70 [0,25–1,97]	0,503	0,66 [0,13–3,35]	0,620
Munkaerőpiaci aktivitás (ref.: nem aktív)	0,99 [0,55–1,75]	0,959	0,11 [0,01–1,55]	0,102
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,01 [0,99–1,02]	0,452	1,08 [1,02–1,14]	0,011
Háztartás nettó jövedelme (ref.: 400 ezer Ft felett)*				
125 ezer Ft vagy kevesebb	2,28 [0,53–9,86]	0,272	–	
126–180 ezer Ft	1,99 [0,76–5,21]	0,159	–	
181–255 ezer Ft	1,02 [0,40–2,60]	0,969	–	
256–380 ezer Ft	0,79 [0,31–1,98]	0,609	–	
381–400 ezer Ft	0,95 [0,33–2,72]	0,918	–	
Háztartásméret	1,02 [0,85–1,23]	0,814	1,24 [0,92–1,66]	0,160
Együttélő partnerkapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	1,06 [0,57–1,98]	0,855	–	
Családban előforduló kockázati magatartások/devianciák száma	1,47 [1,30–1,66]	<0,001	1,25 [1,02–1,55]	0,034

¹² A páronkénti kapcsolatokat tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó az AUDIT-skála alapján kockázatosnak vagy problémásnak tekinthető alkoholfogyasztás (0 = az előző évben fogyasztott alkoholt, de nem problémás fogyasztó, 1 = problémás fogyasztó), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

¹³ Bináris logisztikus regressziós modell, melyben a kimeneti változó az AUDIT-skála alapján kockázatosnak vagy problémásnak tekinthető alkoholfogyasztás (0 = az előző évben fogyasztott alkoholt, de nem problémás fogyasztó, 1 = problémás fogyasztó), míg magyarázó változóként az első oszlopban felsorolt változókat egyszerre tartalmazta a modell (N = 621; 66,92%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az előző évi alkoholfogyasztással ¹²		Többváltozós modell az előző évi alkoholfogyasztás előrejelzésére ¹³	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Vallásosság (ref.: vallásos, az egyház tanításait követi)				
vallásos a maga módján	1,22 [0,34–4,35]	0,759	0,62 [0,10–3,76]	0,602
nem tudja, hogy vallásos-e	4,08 [1,05–15,85]	0,042	1,20 [0,17–8,54]	0,854
nem vallásos	2,30 [0,67–7,81]	0,188	0,81 [0,14–4,72]	0,817
ateista	7,75 [1,96–30,71]	0,004	2,27 [0,3–16,96]	0,426
Anómia	1,10 [1,06–1,13]	<0,001	1,01 [0,94–1,09]	0,774
Társas integráció	1,00[0,77–1,30]	0,979	1,47 [0,86–2,50]	0,156
Hátrányos anyagi helyzet	1,37 [1,11–1,69]	0,004	1,36 [0,78–2,40]	0,281
Társas kapcsolatokkal való elégedettség	0,55 [0,43–0,70]	<0,001	0,66 [0,41–1,05]	0,080
Anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség	0,73 [0,56–0,95]	0,021	0,85 [0,47–1,54]	0,596
Egészséggel való elégedettség	0,88 [0,69–1,12]	0,288	1,02 [0,70–1,48]	0,911
WHO Általános jóllét	0,85 [0,79–0,91]	<0,001	0,88 [0,76–1,02]	0,078
Impulzivitás	1,18 [1,12–1,24]	<0,001	1,02 [0,92–1,14]	0,681
Szenzoros élménykeresés	1,09 [1,05–1,13]	<0,001	1,07 [1,00–1,14]	0,062
Rumináció	1,08 [1,04–1,12]	<0,001	1,00 [0,92–1,09]	0,997
Aggdalmaskodás	1,15 [1,07–1,24]	<0,001	0,96 [0,81–1,13]	0,607
Testi tünetek*	1,03 [0,98–1,08]	0,244	–	–
Mentalizáció: bizonyosság	0,42 [0,32–0,55]	<0,001	0,64 [0,34–1,20]	0,165
Mentalizáció: bizonytalanság	1,25 [1,16–1,35]	<0,001	1,03 [0,89–1,20]	0,662
Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidenciaintervallummal. Ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében. A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre. * A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.				

3. AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS FŐBB MUTATÓINAK VÁLTOZÁSA A FELNÖTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

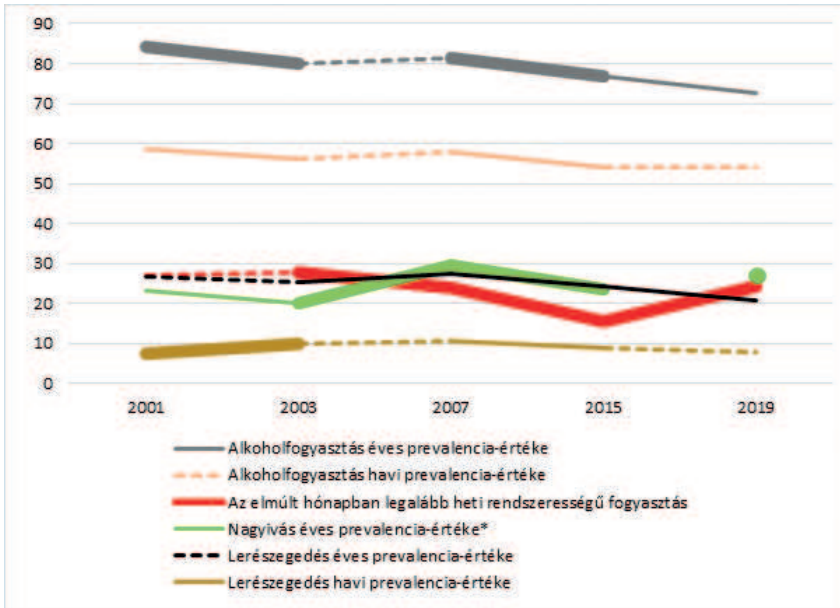
Mint már említettük, a fentiekben bemutatott kutatási eredmények egy 2001 óta zajló, különböző addiktológiai problémák, köztük az alkoholfogyasztás vizsgálatára irányuló, módszerei és tematikája tekintetében egyaránt a folytonosságra törekvő, célzott epidemiológiai vizsgálatsorozat részét képezik. A kutatássorozat keretében eddig öt adatfelvétel készült,¹⁴ melyek alapján immáron

¹⁴ A korábbi vizsgálatok a következők: ADE 2001: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2001 (Paksi, 2003); ADE 2003: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2003 (Elekes & Paksi, 2004); OLAAP 2007: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2007 (Paksi et al., 2009); OLAAP 2015: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai

közel 20 éves időszak változásait tudjuk felvázolni. Az öt vizsgálat összehasonlítható populációját a 18–53 éves népesség jelenti, így a hosszú távú tendenciákat ebben az életkori csoportban tudjuk vizsgálni.

A kutatásokkal lefedett 2001 és 2019 közötti időszakban a felnőtt népesség alkoholfogyasztási szokásait az egyes vizsgálati években kapott eredmények alapján nyomon követve, nehéz egyértelmű tendenciákat megfogalmazni. Az alkoholfogyasztás különböző mutatói mentén – az egyes mérések konfidencia-intervallumát figyelembe véve – sokszor eltérő irányú változások mutatkoztak (a változásokat az 9. ábra grafikusán szemlélteti, a részletező adatok és a hibahatárok pedig megtalálhatók a 10. táblázatban):

9. ábra: Az alkoholfogyasztás főbb mutatóinak változása az egyes vizsgálati években a 2001 és 2019 közötti időszakban (a 18-53 éves népesség körében)



Jelölések: Vastag folyamos vonal: 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

Folyamos vékony vonal: 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

Szagatott vonal: nem történt hibahatáron túli elmozdulás

* A nagyívásra vonatkozó 2019-es adat nem összehasonlítható a korábbi évek adataival

Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Elekes, 2007; Paksi et al., 2009, 2017.

10. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói a 2001 és 2019 között készült vizsgálatok alapján, az egyes vizsgálati évek közötti változások jelzésével (a 18–53 éves népesség körében, a válaszolók százalékában)

Főbb mutatók	2001			2003			2007			2015			2019		
	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI
Alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke	1082	84,3	±1,7	2399	80,1	±1,6	2069	81,3	±1,7	1090	76,9	±2,5	1007	72,5	±2,8
Alkoholfogyasztás havi prevalencia-értéke	1819	58,5	±2,3	2414	56,2	±2,0	2080	57,9	±2,1	1088	54,1	±3,0	1038	54,0	±3,0
Az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességgű fogyasztás	1817	26,9	±2,0	2409	28,1	±1,8	2079	23,9	±1,8	1088	15,6	±2,2	1037	24,3	±2,6
Nagyivás éves prevalencia-értéke	1416	23,2	±2,2	1943	20,2	±1,8	2051	29,6	±2,0	1078	23,4	±2,5	988	27,0*	±2,8
Lerészegedés éves prevalencia-értéke	1580	26,8	±2,2	2201	25,4	±1,8	1912	27,4	±2,0	1050	24,1	±2,6	976	20,9	±2,6
Lerészegedés havi prevalencia-értéke	1563	7,3	±1,3	2187	9,9	±1,3	1910	10,6	±1,4	1043	8,9	±1,7	974	7,8	±1,7

Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Elekes, 2007; Paksi et al., 2009, 2017
 Megjegyzés: N: válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum
 * 2019-ben a nagyivás 5 vagy több ital, míg a korábbi években 6 vagy több ital elfogyasztását mutatja, így a 2019-es adat nem összehasonlítható a korábbi évek adataival

 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli növekedés
 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés
 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli növekedés
 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés

2001 és 2003 között a magyarországi 18–53 éves felnőtt népességben az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke 95%-os biztonsággal, a fogyasztás havi és a nagyivás éves prevalenciája pedig tendenciájában csökkent, az előző havi lerészegedés előfordulása azonban hibahatáron túl növekedett.

A 2003 és 2007 közötti időszakban a heti rendszerességgű fogyasztás és a nagyivás 95%-os megbízhatósággal ellentétes irányban változtak: a heti rendszerességgű alkoholfogyasztás csökkent, a nagyivás éves prevalenciája azonban növekedett. A lerészegedés éves prevalencia-értéke tendencijelleggel szintén emelkedett, a többi mutató nem változott.

A 2007 és 2015 közötti időszakban az adatok a korábbiakhoz képest egyértelműen egységesebb tendenciát jeleztek, valamilyen szinten minden mutató kedvező irányban mozdult el: 95%-os megbízhatósággal csökkent az alkoholfogyasztás és a nagyivás éves prevalencia-értéke, valamint a legalább heti rendszerességgű fogyasztás, a többi mutató pedig tendenciájában javult.

A 2015 és 2019 közötti négy évben azonban ismét eltérő irányú változásokat tapasztaltunk az alkoholfogyasztás különböző mutatói esetében: míg a legalább heti rendszerességgű fogyasztás esetében 95%-os megbízhatósággal növekedést

jeleznek az adatok, addig az alkoholfogyasztás és a lerészegedés éves prevalencia-értékei csökkentek, a havi prevalenciák pedig nem változtak.

Amennyiben nem az egyes vizsgálati évek közötti változásokat vizsgáljuk, hanem összességében az elmúlt közel 20 évben zajló tendenciákat, akkor azt mondhatjuk, hogy a 18-53 éves népességben a legtöbb mutató kedvező irányban mozdult el. 2001 és 2019 között 95%-os megbízhatósággal csökkent az alkoholfogyasztás és a lerészegedés éves prevalencia-értéke, azaz 2019-ben kevesebben ittak, s kevesebben rúgtak be a közelmúltban, mint 18 évvel korábban. Kétharmados biztonsággal csökkenést tapasztaltunk az aktuális ivás, valamint a heti rendszerességű alkoholfogyasztás vonatkozásában is. A teljes periódust vizsgálva egyedül az elmúlt hónapban lerészegedők aránya nem változott, s az alkoholfogyasztás egyik mutatója sem emelkedett (10. táblázat). A 18–53 éves korosztály tekintetében leírtak a 18–64 éves populáció esetében is megmutatkoznak (11. táblázat).

11. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatóinak változása a 2001 és 2019 közötti időszakban (a 18–64 éves népességben, a válaszolók százalékában)

Főbb mutatók	2001			2019		
	N	%	CI	N	%	CI
Alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke	2261	82,2	±1,6	1286	70,4	±2,5
Alkoholfogyasztás havi prevalencia-értéke	2288	56,3	±2,0	1328	52,0	±2,7
Az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességű fogyasztás	2286	27,6	±1,8	1328	24,1	±2,3
Lerészegedés éves prevalencia-értéke	1978	23,9	±1,9	1243	19,5	±2,2
Lerészegedés havi prevalencia-értéke	1961	6,6	±1,1	1240	7,4	±1,5
Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003						
Megjegyzés: N: válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum						
■ 2001-hez képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés						
■ 2001-hez képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés						

4. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG ALKOHOLFOGYASZTÁSA NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

A kezdetektől törekedtünk arra a hazai országos epidemiológiai vizsgálatokban, hogy az alkoholfogyasztás mérése esetében nemzetközi standardoknak eleget tevő mérőeszközökkel dolgozzunk: az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdéseket részben a Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) által kidolgozott Európai Modell Kérdőív (EMQ – European Model Questionnaire (EMCDDA, 2002)), részben pedig a RARHA-SEAS (Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)) Standardised European Alcohol Survey (Moskalewicz et al., 2016) útmutatója alapján alakítottuk ki, ezzel biztosítva,

hogy a hazai felnőtt lakosság alkoholfogyasztási szokásait nemzetközi kontextusba lehessen helyezni.

Ha szeretnénk látni, hogy a felnőtt lakosság alkoholfogyasztásban való érintettsége hol helyezkedik el nemzetközi szinten az önbevallásos vizsgálatok alapján, akkor részben könnyű dolgunk van, tekintettel arra, hogy viszonylag sok nemzetközi adat áll rendelkezésre a felnőtt populáció alkoholfogyasztási szokásairól: az EMCDDA Statistical Bulletin (2021) adatbázisa, az Egészségügyi Világszervezet (WHO 2018) adatai, a GENACIS,¹⁵ RARHA-SEAS (2016) és a RARHA-HARMES¹⁶ (2008–2013), vagy az Eurostat adatbázisa, az EHIS.¹⁷ Ezen adatbázisok közül a RARHA-SEAS, illetve az EHIS kutatások több ország bevonásával, egységes nemzetközi protokoll mentén készültek. A többi adatbázis (EMCDDA, WHO, GENACIS) nemzeti vizsgálatok eredményeit, illetve azok alapján készült másodelemzéseket ad közre.

Azonban az „adatbőség” mellett is számos adatbázis, vizsgálat esetében nehézséget jelent azoknak nemcsak a hazai adatokkal való összehasonlítása, hanem az egyes nemzetközi adatbázisok egymással való összevetése is: a kutatások heterogén (nem nemzetközi standard eszközt, ajánlást alkalmazó) módszerei és/vagy az adatfelvételek időbeni szinkronitásának hiánya, a kutatások által lefedett időszak eltérő volta miatt stb. További problémát jelent, hogy nem minden adatbázis esetében ismert a nemzeti adatok forrása (pl. WHO), egy-egy kutatás eredményei több nemzetközi szervezetnél kerülnek lejelentésre, az adatokban a redundancia jelensége állhat fenn.

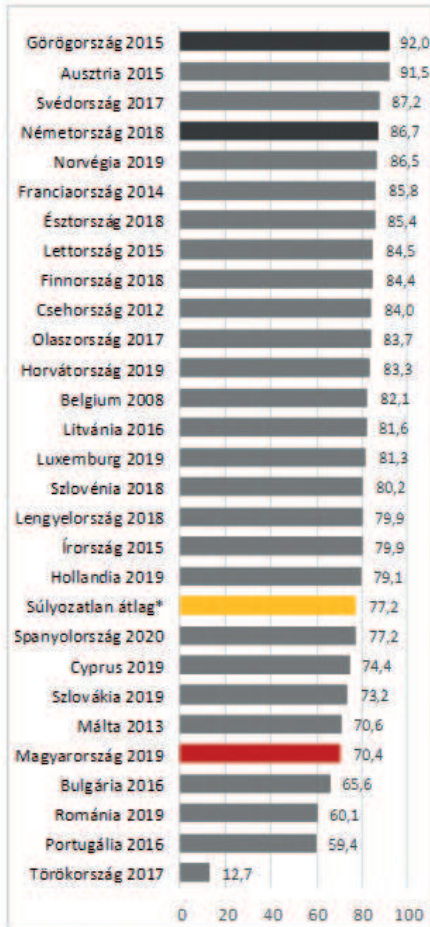
A hazai alkoholfogyasztási adatokat az EMCDDA- és a WHO-adatok kontextusába helyezve mutatjuk be, a korlátozó tényezőket figyelembe véve. A RARHA-, a GENACIS- és az EHIS-adatok bemutatásától eltekintünk, ugyanis az OLAAP 2019 adatfelvételtől távolabb eső időszakot ölel fel az adatbázisban szereplő vizs-

¹⁵ GENACIS: Gender, Alcohol and Culture: An International Study. A „Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol” által létrehozott adatbázis, amely 40 ország önbevallásos alkohol-adatait tartalmazza a 2007–2012-es időszakra vonatkozóan. Ez az adatbázis nem publikus. További információ: <https://genevepharmacie.nu/genacis/>

¹⁶ HARMES: Harmonising Alcohol-Related Measures in European Surveys. Az egyes országok önbevallásos vizsgálatait hasonlították össze (Magyarország esetében az EHIS 2009 adataival dolgoztak), tehát nem egy azonos módszer mentén készült kutatásról van szó.

¹⁷ EHIS: European Health Interview Survey. Az Eurostat a következő adatfelvételi éveket ajánlotta az egyes hullámokra: 2008–2009, 2013–2014, 2019. Az Eurostat-adatbázisban jelenleg a 2014-es adatok érhetőek el az alkoholfogyasztás éves gyakoriságára vonatkozóan: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_all1e/default/table?lang=en. A 2019. évi eredmények közzését 2021 tavaszára tervezte az Eurostat, de a tanulmány írásának pillanatában azok még nem elérhetőek, és a hazai EHIS-lebonyolítónak, a KSH-nak sincs információja arról, hogy ténylegesen mikor lesznek publikusak a 2019-es adatok.

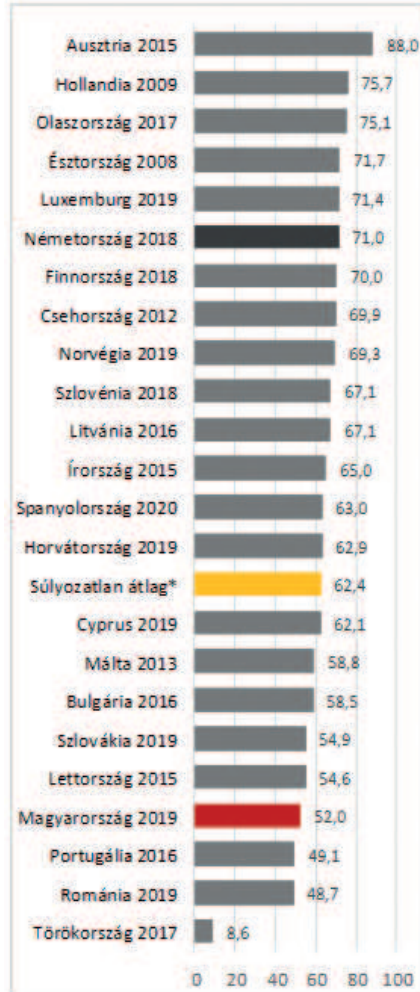
10. ábra: Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értékének alakulása az Európai Unió országaiban, valamint Törökországban és Norvégiában (a válaszolók %-ában)



Saját szerkesztés a Statistical Bulletin (2021) alapján, az adatfelvétel évének feltüntetésével. Az ábrán a 18–64 éves populációra vonatkozó adatokat sötétebb sávokkal, az OLAAP 2019 adatait pirossal jelöltük.

* Az országok éves prevalencia-értékeinek súlyozatlan átlaga, sárga színnel kiemelve.

11. ábra: Az alkoholfogyasztás havi prevalencia-értékének alakulása az Európai Unió országaiban, valamint Törökországban és Norvégiában (a válaszolók %-ában)



Saját szerkesztés a Statistical Bulletin (2021) alapján, az adatfelvétel évének feltüntetésével. Az ábrán a 18–64 éves populációra vonatkozó adatokat sötétebb sávokkal, az OLAAP 2019 adatait pirossal jelöltük.

* Az országok havi prevalencia-értékeinek súlyozatlan átlaga, sárga színnel kiemelve.

gálatok adatfelvételi időpontja (GENACIS: 2007–2012, EHIS: 2014, RARHA: 2016), és ezek alapján trendet sem tudunk felvázolni. Mindemellett ezen adatbázisok esetében is – ugyanúgy, ahogy az EMCDDA- vagy WHO-adatoknál (ezekre később részletesebben kitérünk) – számos korlátozó tényező játszik közre az adatok összehasonlításánál: más adatfelvételi technikát (online, face to face), más mérőeszközöket alkalmaztak, a nagyívás esetében más italegységgel dolgoztak stb.

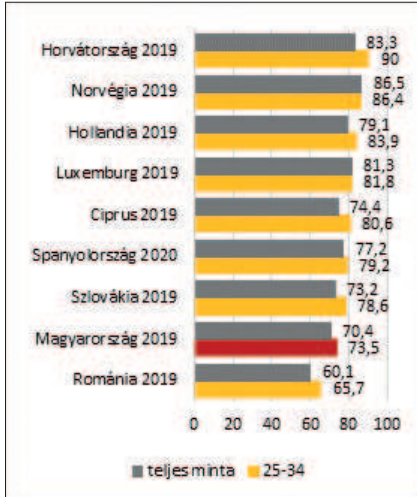
Az EMCDDA minden évben jelentést készít Európa országainak kábítószer-helyzetéről (pl. EMCDDA, 2020). Az EMCDDA protokollja hosszú ideig az volt, hogy csak kábítószerrel kapcsolatos adatokat, jelentéseket tegyenek publikussá, így az alkohol-adatok nem voltak nyilvánosan elérhetőek annak ellenére, hogy az egyes országok az önbevallásos felnőtt, illetve fiatalok populációra vonatkozó alkoholfogyasztási adatokat is jelentették az EMCDDA felé. Az elmúlt években változott a protokoll, és az EMCDDA nyitni kezdett afelé, hogy az alkohollal kapcsolatos adatokat is elérhetővé tegye a szakemberek számára. Mindazonáltal az EMCDDA továbbra sem készít jelentést az alkoholfogyasztási adatok alapján, azonban az EMCDDA-honlapról, az ún. *Statistical Bulletin*-ben érhetőek el az egyes országok népességeinek önbevallásos alkoholfogyasztási adatai. Nem és korcsoport szerinti bontásban az élet-, éves és havi prevalencia-adatok szerepelnek az adatbázisban.

Az önbevallásos alkoholfogyasztási adatok többnyire ugyanazokból a kutatásokból származnak, mint a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó adatok. Ezen kutatások esetében azt véljük, hogy jellemzően az EMCDDA EMQ (*European Modell Questionnaire*) (EMCDDA 2002) protokollt alkalmazzák, amelyben szerepel útmutatás az alkoholfogyasztási szokások lekérdezési módjára vonatkozóan, azonban pontos információnk nincs arról, hogy mely országok alkalmazták az EMQ-t, így az EMCDDA-adatbázis hátránya lehet az esetlegesen eltérő protokoll alkalmazása. Továbbá hátrányt jelent az, hogy az utolsó adatfelvétel időpontja az egyes országokban nem ugyanakkor történt: 2008 és 2020 között valamelyik évben (többségük az OLAAP 2019-es adatfelvétellel megegyező vagy ahhoz közeli időpontban). Az EMCDDA trend-adatokat¹⁸ nem tett közzé, így csak a legfrissebb alkohol-adatokat mutatjuk be az *Statistical Bulletin 2021*¹⁹ adatai alapján. Az országok jelentős része a 15–64 éves korosztály körében készítette a kutatást, és nem a 18–64 évesek körében, ahogy a hazai felnőtt lakossági vizsgálat. Az alább bemutatott országok kutatásai országos reprezentatív mintán készültek.

¹⁸ Egy-egy ország esetében vannak fent több időpontra is adatok, de mivel nem sok országról van szó, és nem hosszú időszakot átölelően, ezek bemutatásától eltekintünk. A trend-adatokat a WHO-adatok alapján mutattuk be.

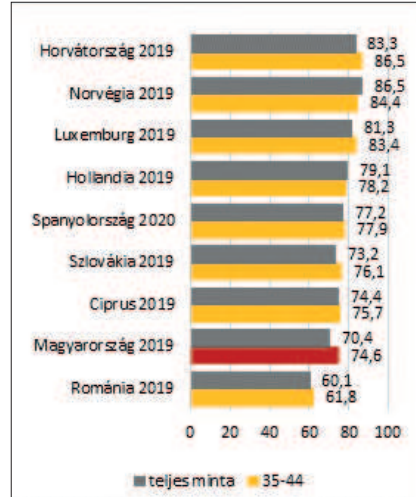
¹⁹ https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/gps_en

12. ábra: Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értékének alakulása az Európai Unió országaiban a 25–34 éves korosztályban (a válaszolók %-ában)



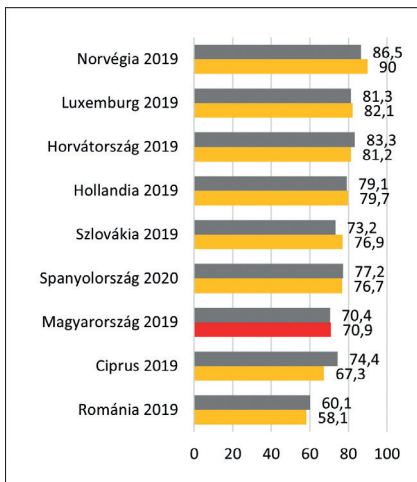
Saját szerkesztés
a Statistical Bulletin (2021) alapján

13. ábra: Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értékének alakulása az Európai Unió országaiban a 35–44 éves korosztályban (a válaszolók %-ában)



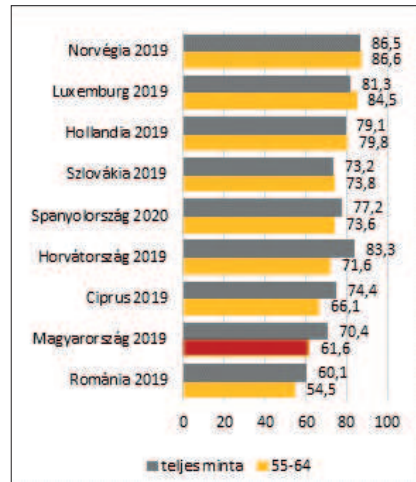
Saját szerkesztés
a Statistical Bulletin (2021) alapján

14. ábra: Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értékének alakulása az Európai Unió országaiban a 45–54 éves korosztályban (a válaszolók %-ában)



Saját szerkesztés
a Statistical Bulletin (2021) alapján

15. ábra: Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értékének alakulása az Európai Unió országaiban az 55–64 éves korosztályban (a válaszolók %-ában)



Saját szerkesztés
a Statistical Bulletin (2021) alapján

Az EMCDDA-adatok azt jelzik, hogy a kevésbé érintett országok közé tartozunk: az alkoholfogyasztás éves és havi prevalencia adatai alapján kirajzolódó országgrangorban (10. és 11. ábra) Magyarország az utolsók között szerepel. A legalacsonyabb éves és havi prevalencia-értékeket Törökországban, Portugáliában és Romániában mérték. Az éves fogyasztási ráták esetében első helyen szereplő Görögország 1,3-szor magasabb prevalencia-értéket mutat Magyarországhoz képest, a havi fogyasztási rátákat tekintve pedig Ausztria szerepel első helyen mintegy 1,7-szer nagyobb havi prevalencia-értékkel. Az adatszolgáltató országok éves prevalencia-értékeinek súlyozatlan átlaga 1,1-szer, a havi prevalenciák átlaga pedig 1,2-szer nagyobb a hazai lakosság körében mért éves és havi prevalencia-értékhez képest.

Mint ahogy korábban is írtuk, az országok többségében a 15–64 éves korosztályra állnak rendelkezésre adatok, a hazai vizsgálat 18–64 éves életkori csoportjától eltérően, így az OLAAP legutóbbi adatfelvételével megegyező 2019-es kutatással rendelkező országok²⁰ adatait összehasonlítottuk a hazai adatokkal korcsoportok szerinti bontásban is. A 12–15. ábra mutatja, hogy az egyes életkori csoportokban valamelyest eltérő sorrend rajzolódik ki az országok éves prevalencia-értékei mentén, azonban Magyarország a 2019-es adatok alapján a teljes minta vonatkozásában elfoglalt helyéhez hasonlóan minden korcsoportban az utolsó előtti helyen helyezkedik el, megelőzve Romániát (kivéve a 45–54 éves korosztályt, ahol Ciprus is hazánk mögé került a rangsorban).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2000 óta mintegy ötévente publikál alkoholfogyasztásról adatokat a 15 évesnél idősebb populációra vonatkozóan világszerte (WHO 2018). A legutóbbi adat 2016-ra vonatkozik. Az alkoholfogyasztás közvetlen indikátorai közül a következőket vizsgálta a WHO (2018): alkoholt soha életükben nem fogyasztók; a kérdezést megelőző 12 hónapban nem fogyasztók, de korábban igen; a kérdezést megelőző 12 hónapban fogyasztók; az elmúlt 30 napban legalább egyszer egy alkalommal 60 gramm vagy annál több tiszta alkohol fogyasztók aránya.²¹ Korosztály, nem és az országok gazdasági helyzete szerint közöl adatot az Egészségügyi Világszervezet.

²⁰ Kivéve Spanyolországot, ahol 2020-ban történt az adatfelvétel.

²¹ Definíció forrása: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/458>

A WHO az adatok forrásának a nemzeti önbevallásos vizsgálatokat, valamint a GENACIS-adatbázist jelölte meg, de nincs részletesebb információnk az egyes országokban készült vizsgálatokról,²² mindazonáltal a WHO hangsúlyozza, hogy minden erőfeszítést megtettek annak érdekében, hogy az egyes országokban lezajló vizsgálatok módszertanát ellenőrizzék, ezzel biztosítva az adatok összehasonlíthatóságát²³ (WHO 2018). A hazai adatokkal való összehasonlítás esetében néhány korlátozó tényezővel kell számolnunk.

- A WHO 2000, 2005, 2010 és 2016 évekere közlő adatokat, ezzel szemben a hazai adatfelvételek 2001, 2003, 2007, 2015 és 2019 években történtek.²⁴
- Nemcsak az adatfelvétel éve, hanem a vizsgált korosztály sem esik teljesen egybe: míg a WHO a 15+ korosztályra, addig a hazai adatfelvételek a 18–64 éves korosztályra vonatkoznak, kivéve a 2003-as adatfelvételt, mikor csak a 18–53 éves korosztály körében készült a kutatás.
- Nincs pontos információnk az egyes országokban lezajló vizsgálatok módszeréről, azonban a WHO-jelentés szerint a kutatások módszertanilag kontrollálva voltak, ezzel biztosítva az adatok összehasonlíthatóságát.

A fenti korlátokat figyelembe véve a WHO adatokat összevetjük a hazai adatokkal, azonban hangsúlyozzuk, hogy az adatok összehasonlításával óvatosan kell eljárni. Tekintettel arra, hogy a hazai vizsgálatok az alkoholfogyasztás életprevalenciáját, valamint a nagyívás havi prevalenciáját nem vizsgálják, az alkoholfogyasztás éves prevalenciáját tudjuk összehasonlítani, a fenti korlátokat figyelembe véve. Tehát a szélsőséges alkoholfogyasztás mutatóit nem tudjuk nemzetközi kontextusba helyezni. Mindemellett nem és korcsoport szerinti bontásban tudjuk összehasonlítani az alkoholfogyasztás éves prevalenciáját. A WHO régiók szerint (Afrika, Amerika, Kelet-Mediterrán, Európa, Délkelet-Ázsia, Kelet-Csendes-óceán) közli az adatokat, azonban mi csak az Európa-régió adataival hasonlítjuk össze a hazai adatokat.

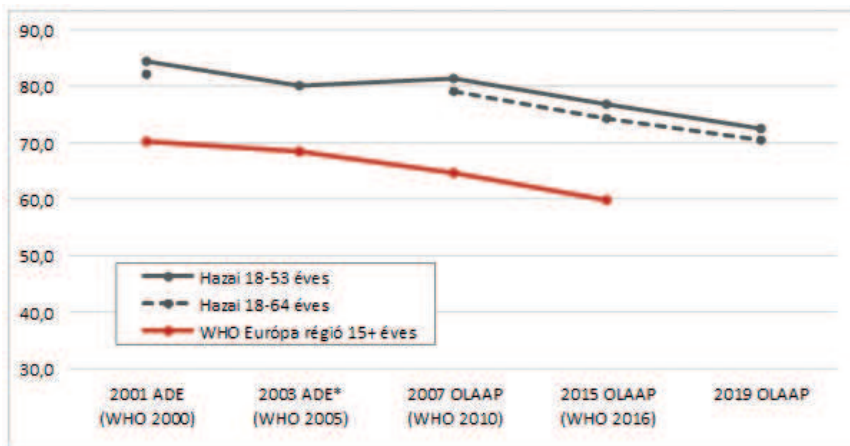
²² A WHO létrehozott egy adatbázist, ahonnan az összes alkoholfogyasztással kapcsolatos WHO-adatot el lehet érni: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>. Ezen adatok elemzése szerepel a WHO (2018) jelentésben.

²³ A WHO (2018) szerint azonban arra nem volt mód, hogy minden esetben ellenőrizzék, hogy etikai bizottság által jóvá lett-e hagyva az adott vizsgálat; hogy lektorált folyóiratban publikálták-e; és hogy milyen forrásból fedezték a kutatás költségeit.

²⁴ Az OLAAP 2019 kutatás egy közel húszéves, 2001 óta zajló, különböző addiktológiai problémák vizsgálatára irányuló célzott epidemiológiai vizsgálatosorozat részét képezi. A vizsgálatosorozat keretében korábban következő adatfelvételek készültek: ADE 2001: Alkohol- és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2001 (Paksi, 2003); ADE 2003: Alkohol- és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2003 (Elekes & Paksi, 2004); OLAAP 2007: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2007 (Paksi et al., 2009); OLAAP 2015: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2015 (Paksi et al., 2017).

A felnőtt lakosság körében az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke hasonló tendenciát mutat Magyarországon és a WHO adatai alapján az Európa-régióban. Magyarországon az alkoholfogyasztás összességében csökkenő tendenciát mutat 2001 és 2019 között, kivéve a 2003 és 2007 közötti időszakot, amikor is szignifikánsan nem változott az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke. Hasonlóképpen a WHO Európa-régióra vonatkozó adataiban is 2000 és 2016 között összességében csökkenő tendencia figyelhető meg, kivéve a 2000 és 2005 közötti időszakot, amikor Európában stagnált az alkoholfogyasztás éves prevalenciája.²⁵ A hazai felnőtt lakosság körében jellemzően 1,2–1,3-szor magasabb fogyasztási ráták figyelhetők meg Európa-régió átlagához képest. Összességében azt mondhatjuk tehát, hogy az éves prevalencia-értékek alapján az elmúlt másfél-két évtizedben a magyarországi felnőtt népesség mindvégig nagyobb érintettsége mellett a hazai alkoholfogyasztás időbeli alakulása leképpezte az európai változásokat (16. ábra).

16. ábra: Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke Magyarországon a 2001 és 2019 között készült vizsgálatok alapján (a 18–53 és a 18–64 éves népességben, a válaszolók százalékában), illetve Európa-régióban a régiós országokban átlagosan, 2000–2016 között (15+ népesség körében a válaszolók százalékában)



* 18-53 éves korosztály körében készült a kutatás

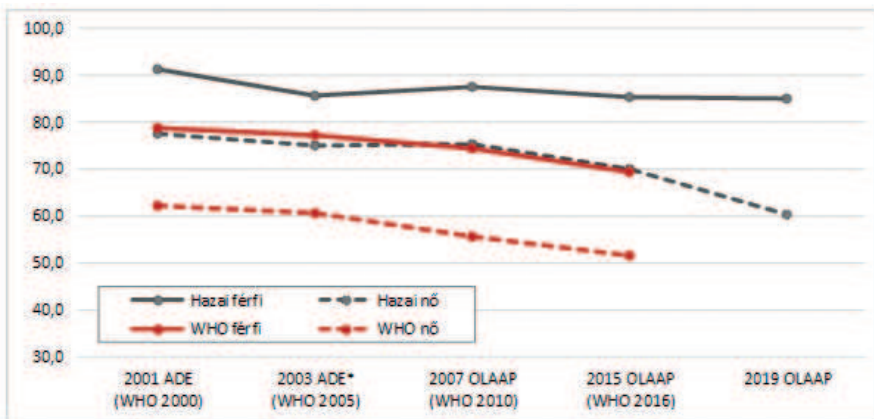
Korábbi hazai adatok forrásai: Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Elekes, 2007; Paksi et al., 2009, 2017
WHO-adatok forrása: WHO, 2018

Mind Magyarországon, mind Európa-régió átlagában a férfiak körében rendre magasabb a kérdezést megelőző 12 hónapban alkoholt fogyasztók aránya 2000

²⁵ A WHO-régiók esetében nincs adat arról, hogy a változás szignifikáns-e.

és 2016 között, mint a nők körében. Az alkoholfogyasztás trendjeit illetően hasonlóan csökkenő tendencia figyelhető meg a vizsgált időszakban átlagosan az európai férfiak és nők, valamint a hazai nők körében is, a hazai férfiak alkoholfogyasztásban való érintettsége tekintetében azonban nem történt hibahatáron túli elmozdulás. Az elterjedtség mértékét tekintve a vizsgált időszakban Magyarországon mindkét nem esetében az európai átlagához képest magasabb érintettség mutatkozik. A hazai férfiak körében az európai férfiakhoz képest jellemzően 1,1–1,2-szer nagyobb ráták tapasztalhatóak, a hazai nők esetében pedig az európai átlagnál kb. 1,3-szor nagyobb ráták figyelhetőek meg, ezzel elérve az európai férfiak fogyasztási rátáit.

17. ábra: Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke nemi bontásban Magyarországon a 2001 és 2019 között készült vizsgálatok alapján (a 18–53 éves népességben, a válaszolók százalékában), illetve Európa-régióban a régiós országok átlagában, 2000–2016 között (15+ népesség körében, a válaszolók százalékában)

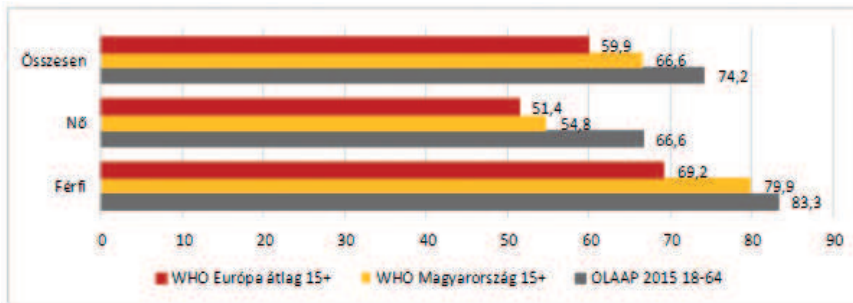


* 18–53 éves korosztály körében készült a kutatás

Korábbi hazai adatok forrásai: Paksi, 2003; Elekes & Paksi, 2004; Elekes, 2007; Paksi et al., 2009, 2017
WHO-adatok forrása: WHO, 2018

Az OLAAP 2015-ös éves prevalencia-értékeit összevetve a WHO 2016-os magyarországi rátáival, illetve a WHO adatai alapján számított európai átlaggal, azt láthatjuk, hogy a WHO által becsült magyarországi ráta valamelyest alacsonyabb mind a nők, mind a férfiak körében az OLAAP-kutatásban kapott prevalencia-értékekhez képest, de még így is magasabb, mint az európai átlag. Tehát a WHO által becsült adatok is megerősítik, hogy a hazai nők és férfiak körében magasabb a kérdezést megelőző 12 hónapban fogyasztók aránya, mint az európai átlag.

18. ábra: Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke nemi bontásban Magyarországon 2015-ben az OLAAP adata alapján (a 18–64 éves népességben, a válaszolók százalékában), valamint 2016-ban a WHO adatai alapján (15+ népesség körében a válaszolók százalékában), illetve Európa-régióban a régiós országok átlagában, 2016-ban (15+ népesség körében a válaszolók százalékában)

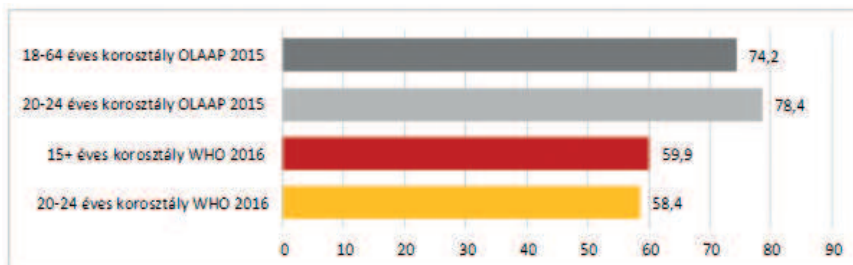


Hazai adatok forrásai: Paksi et al., 2017

WHO adatok forrása: WHO Adatbázis, WHO, 2018

Tekintettel az OLAAP-kutatás és a WHO-adatok eltérő életkori lefedettségére, a hazai és a WHO-adatok egyik összehasonlítható életkori csoportjára, a fiatal felnőttekre vonatkozóan külön is megnéztük az éves prevalencia-értékek alakulását. A WHO adatai alapján az Európa-régióban nincs különbség a 20-24 éves és a teljes népesség (15+) alkoholfogyasztásban való érintettsége között, s Magyarországon is csak hibahatáron belüli eltérést tapasztaltunk. Ennek megfelelően, a teljes népességhez képest a 20-24 éves korosztály körében Magyarországon még inkább magasabb a kérdezést megelőző 12 hónapban alkoholt fogyasztók aránya a WHO Európa-régiós korosztályos átlaghoz képest.

19. ábra. Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke korcsoport szerint (20–24 éves és teljes népesség) Magyarországon 2015-ben, illetve Európa-régióban a régiós országok átlagában 2016-ban (Mo.: 18–64 éves népesség, WHO: 15+ népesség körében), válaszolók százalékában



Hazai adatok forrásai: Paksi et al., 2017

WHO adatok forrása: WHO, 2018

4.1. A magyarországi felnőtt népesség alkoholfogyasztásának nemzetközi kontextusával kapcsolatos eredmények összegzése

A nemzetközi kitekintésünk során azt a célt tűztük ki, hogy a hazai lakosság alkoholfogyasztási adatait nemzetközi kontextusba helyezzük. Számos adatbázis (GENACIS, RARHA, EMCDDA, EHIS, WHO) jelent támpontot arra, hogy a hazai felnőtt népesség alkoholfogyasztási szokásait nemzetközi viszonylatban lássuk, azonban a nehézséget az adatok összehasonlítását korlátozó tényezők (pl. az eltérő módszerrel, időpontban készült kutatások) jelentik. A korlátozó tényezők figyelembevételével két adatbázis, az EMCDDA és a WHO mentén hasonlítottuk össze a hazai és nemzetközi adatokat.

A WHO-adatok azt jelzik, hogy a hazai alkoholfogyasztás rátájának időbeli változása a 2000 és 2016 közötti időszakban hasonló volt a nemzetközi tendenciákhoz, azonban mindvégig a hazai felnőtt népesség nagyobb érintettsége figyelhető meg az európai régióhoz képest. Ezzel szemben az EMCDDA adatai alapján azt látjuk, hogy Magyarország a kevésbé érintett országok közé tartozik: az alkoholfogyasztás éves és havi prevalencia adatai alapján kirajzolódó országgrangorban Magyarország az utolsók között szerepel.

Kérdésként vetődik fel: hogy mi lehet az oka annak, hogy az EMCDDA-adatok ennyire máshova helyezik Magyarországot, mint a WHO-adatok? Míg ez előbbi az utolsók közé rangsorol minket, ez utóbbi épp azt jelzi, hogy az átlag felett helyezkedünk el.

A WHO és az EMCDDA egymásnak ellentmondó rátái az ún. lefedettségi ráta²⁶ (*coverage rate*) esetében is megmutatkoznak: a RARHA-SEAS eredményei alapján alacsonyabb a hazai lefedettségi ráta a többi országhoz képest, azaz Magyarországon az önbevallásból származó adatok kisebb mértékben tükrözik a hivatalos fogyasztási adatokat,²⁷ mint sok más országban (Kilian et al., 2020). Ezzel szemben a RARHA-HARMES eredményei szerint épp hogy Magyarországon a legmagasabb a lefedettségi ráta, ami azt jelzi, hogy a hazai önbevallásos adatokkal sikerült a legjobban közelíteni a makrostatisztikai adatokhoz a többi országhoz viszonyítva.

A különböző adatbázisokból származó alkoholfogyasztási mutatókban megmutatózó fenti ellentmondások is arra hívják fel a figyelmet, hogy fontos lenne az iskoláskorúakra vonatkozó ESPAD (European School Survey Project on

²⁶ Saját fordítás, nincs rá bevett szakkifejezés a hazai szakirodalomban. Ez a ráta megmutatja, hogy a makro fogyasztási adatok alapján becsült egy főre jutó alkoholfogyasztás hány százalékát sikerült mérni az önbevallásos vizsgálatokban.

²⁷ A WHO (2018) adatai szerint az egy főre jutó alkoholfogyasztás Magyarországon a WHO átlag felett helyezkedik el, illetve az országgrangorban is a ranglétra elején vagyunk.

Alcohol and other Drugs) és HBSC (Health Behaviour in School aged Children) kutatáshoz hasonlóan, azonos módszertannal, azonos időben végzett, egységes nemzetközi összehasonító adatfelvételek megvalósítása a felnőttek esetében is.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 613–619.
- Elekes Zs. & Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási beszámoló, Budapest: NKFP. Letöltve: 2020.10.10. https://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- Elekes Zs. (2007). *Alkohol és társadalom*. Budapest: Országos Addiktológiai Intézet.
- EMCDDA. (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf
- EMCDDA. (2020). *European Drug Report 2020: Trends and Developments*, Publications. Luxembourg: Office of the European Union.
- EMCDDA. (2021). *Statistical Bulletin 2021*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/gps_en.
- Gerevich J., Bácskai E. & Rózsa S. (2006). A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21, 45–56.
- Kilian, C., Manthey, J., Probst, C., Brunborg, G. S., Bye, E. K., Ekholm, O., Kraus, L., Moskalewicz, J., Sieroslowski, J. & Rehm, J. (2020). Why is per capita consumption underestimated in alcohol surveys? Results from 39 surveys in 23 European countries. *Alcohol and Alcoholism*, 55(5): 554–563. doi: 10.1093/alcalc/aga048
- Moskalewicz, J., Room, R., & Thom, B. (2016). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report*. Warsaw: PARPA. Letöltve: 2020.10.10. www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU%20E2%80%93%2027.02.pdf
- Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P. & Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Prob-

- lémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4), 273–300. <https://doi.org/10.1556/mental.10.2009.4.1>
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 31–55. http://epa.oszk.hu/02400/02454/00066/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2017_02_055-085.pdf
- Patrick, M. E. & Azar, B. (2018). High-Intensity Drinking. *Alcohol Research: Current Reviews*, 39(1), 49–55.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Funete, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88, 791–804.
- WHO (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

GYÓGYSZERFOGYASZTÁS

1. A GYÓGYSZERFOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE

Mind a DSM-5 (APA, 2013), mind pedig az BNO-11 (WHO, 2019) a szerrel kapcsolatos és addiktív zavarok között külön csoportban foglalkozik a nyugtató-, altató-, szorongásoldó hatású gyógyszerek használatával kapcsolatos zavarokkal. A gyógyszerfogyasztást az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatás is ennek megfelelően a nyugtató- és altatófogyasztás mentén vizsgálta. A következőkben a gyógyszerfogyasztás kifejezést kizárólagosan ezen gyógyszercsoportra vonatkoztatva használjuk.

1.1. A gyógyszerfogyasztás elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

A magyarországi 18–64 éves lakosság 8,3%-a ($\pm 1,5\%$) fogyasztott élete során nyugtatót vagy altatót orvosi rendelvényre vagy anélkül. A kutatást megelőző 12 hónapban 7,5% ($\pm 1,4\%$), aktuálisan, a kutatást megelőző hónapban pedig 6,7% ($\pm 1,4\%$) fogyasztott nyugtatót vagy altatót (1. táblázat). A kutatást megelőző évben a felnőtt népesség 1,7%-a ($\pm 0,7\%$) (a fogyasztók több mint egynegyede ($26,3\% \pm 9,4\%$)) hetente legalább 4 alkalommal, a kutatást megelőző 30 napban pedig a felnőtt népesség 1,4%-a ($\pm 0,6\%$) (a fogyasztók valamivel több, mint egyötöde ($21,5\% \pm 8,6\%$)) legalább 20 alkalommal fogyasztott nyugtatót vagy altatót.

A nyugtató és altató fogyasztásában a nemek tekintetében minden prevalencia-érték ($\chi^2(1)=11,60$; $p=0,001$; $\varphi=0,10$; $\chi^2(1)=8,83$; $p=0,003$; $\varphi=0,08$) és az éves, havi használat gyakorisága mentén ($\chi^2(4)=17,75$; $p=0,001$; $V=0,12$; $\chi^2(4)=12,84$; $p=0,012$; $V=0,10$) is szignifikáns mintázódás figyelhető meg (1. táblázat). A nők esetében annak éves és havi prevalencia-értéke is körülbelül kétszerese a férfiak esetében kapott értékeknek. A fogyasztókon belül az éves és havi használat gyakorisága tekintetében azonban már nem találtunk szignifikáns eltéréseket ($\chi^2(3)=3,13$; $p=0,372$; $V=0,19$; $\chi^2(3)=4,60$; $p=0,203$; $V=0,23$).

1. táblázat: A nyugtató-/altatófogyasztás főbb mutatói nemek szerint és összesen a 18–64 éves népesség körében, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Éves prevalencia	604	4,8	684	9,8	0,001	1288	7,5	±1,4
Havi prevalencia	614	4,6	690	8,7	0,003	1304	6,7	±1,4
Az elmúlt évben legalább heti 4 alkalommal fogyasztás	597	0,5	679	2,8	0,001	1277	1,7	±0,7
Az elmúlt hónapban legalább 20 alkalommal fogyasztás	614	0,5	690	2,3	0,012	1304	1,4	±0,6

Megjegyzés: N = válaszolók száma; p = szignifikancia-érték a Khi-négyszet próbához kapcsolódóan; CI=95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum

1.2. A gyógyszerfogyasztás elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság 3,1%-a ($\pm 0,5\%$) fogyasztott már élete során nyugtatót vagy altatót orvosi rendelvényre vagy anélkül. A kutatást megelőző 12 hónapban 2,8% ($\pm 0,5\%$), aktuálisan, a kutatást megelőző hónapban pedig 2,4% ($\pm 0,5\%$) fogyasztott nyugtatót vagy altatót (2. táblázat). A kutatást megelőző évben a budapesti fiatal felnőtt lakosság 0,1%-a ($\pm 0,1\%$) (a fogyasztók 5,5%-a ($\pm 4,9\%$)) hetente legalább 4 alkalommal fogyasztott nyugtatót vagy altatót. A kutatást megelőző 30 napban a budapesti fiatal felnőtt lakosság 0,1%-a ($\pm 0,1\%$) (a fogyasztók 6%-a, $\pm 4,9\%$) fogyasztott több mint 20 alkalommal nyugtatót vagy altatót.

2. táblázat: A nyugtató-/altatófogyasztás főbb mutatói nemek szerint és összesen a 18–34 éves budapesti lakosság körében, a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Éves prevalencia	1833	2,6	1962	3,0	nsz	3795	2,8	±0,5
Havi prevalencia	1845	2,4	1971	2,3	nsz	3817	2,4	±0,5
Az elmúlt évben legalább heti 4 alkalommal fogyasztás	1820	0,1	1952	0,2	nsz	3771	0,1	±0,1
Az elmúlt hónapban legalább 20 alkalommal fogyasztás	1845	0,2	1972	0,2	nsz	3817	0,1	±0,1

Megjegyzés: N = válaszolók száma; p = szignifikancia-érték a Khi-négyszet próbához kapcsolódóan; CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum
nsz: $p > 0,05$

A nyugtató- és altatófogyasztás éves és havi prevalencia-értékében ($\chi^2(1)=0,52$; $p=0,470$; $\varphi=0,01$; $\chi^2(1)=0,05$; $p=0,831$; $\varphi=0,00$) és az éves, ill. havi használat gyakorisága mentén ($\chi^2(4)=4,10$; $p=0,392$; $V=0,03$; $\chi^2(4)=0,45$; $p=0,978$; $V=0,01$) nemek tekintetében nincs szignifikáns mintázódás (2. táblázat). A fogyasztókon belül az éves és havi használat gyakorisága tekintetében szintén nem találtunk szignifikáns eltéréseket ($\chi^2(3)=2,68$; $p=0,443$; $V=0,18$; $\chi^2(3)=0,44$; $p=0,933$; $V=0,07$).

2. A VISSZAÉLÉSSZERŰ GYÓGYSZERFOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGE

A visszaélészerű gyógyszerfogyasztást az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatás is a European Model Questionnaire (EMQ) (EMCDDA, 2002) kérdések 2017-es revíziójának megfelelően (Karjalainen, 2018), az orvosi javaslat nélküli nyugtató- és altatófogyasztás havi és éves prevalencia-értéke és gyakorisága tekintetében vizsgálta. Az orvosi javaslat nélküli használat fogalmát mindkét kutatás – szintén az EMQ 2017 revíziójával összhangban – a recept nélküli használat, illetve a javasoltnál nagyobb adagokban vagy hosszabb ideig, esetleg más célból történő használat együttesére értelmezte.

A felhasznált kutatások az EMCDDA ajánlason túl – elősorban módszertani okokból¹ – vizsgálták a visszaélészerű nyugtató- és altatófogyasztás életprevalenciáját is, az éves prevalenciára vonatkozó kérdés kiegészítésével.²

2.1. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

A magyarországi 18–64 éves lakosság 3,2%-a ($\pm 1\%$) fogyasztott élete során nyugtatót vagy altatót orvosi javaslat nélkül. A felnőtt népesség körében a nem orvosi javaslatra történő nyugtató- és altatófogyasztás éves prevalencia-értéke 2,9% ($\pm 0,9\%$), havi prevalencia-értéke 2,4% ($\pm 0,8\%$) (3. táblázat). A kutatást megelőző évben a felnőtt lakosság 0,1%-a ($\pm 0,2\%$) (a fogyasztók 2,9%-a ($\pm 6,1\%$)) hetente legalább 4 alkalommal fogyasztott nyugtatót vagy altatót orvosi javas-

¹ Az EMCDDA standard kérdéseknek az életprevalenciára és az első fogyasztás életkorára vonatkozó kérdésekkel való kiegészítése alapján lehetővé válik a prevalencia-adatok megbízhatóságának vizsgálata (lásd részletesen a kutatás módszertani eredményeit bemutató tanulmány 2.2.2.1. fejezetében). Ezen módszertani elemzések alapján tudjuk, hogy a rendelvénny nélküli nyugtató-/altatófogyasztásra vonatkozó adatok jelentős inkonzisztens információt tartalmaznak, és – a relatíve nagy válaszhiány miatt különösen az első fogyasztásra vonatkozó adatok – fenntartással kezelendők.

² Az LYP „nem használt” kategóriájának két – „az elmúlt évben nem használt” és „soha nem használt” – további kategóriára való bontásával.

lat nélkül. A kutatást megelőző 30 napban a felnőtt népesség 0,2%-a ($\pm 0,2\%$) (a fogyasztók 6,2%-a ($\pm 8,4\%$)) fogyasztott több mint 20 alkalommal nyugtatót vagy altatót orvosi javaslat nélkül.

A visszaélésszerű nyugtató- és altatófogyasztás éves és havi prevalencia-értéke ($\chi^2(1)=0,04$; $p=0,839$; $\varphi=0,01$; $\chi^2(1)=0,49$; $p=0,486$; $\varphi=0,02$) és az éves, ill. havi használat gyakorisága mentén ($\chi^2(4)=1,00$; $p=0,911$; $V=0,03$; $\chi^2(4)=4,85$; $p=0,303$; $V=0,06$) a nemek tekintetében – az orvosi rendelvényre vagy anélkül történő gyógyszerfogyasztással ellentétben (lásd az 1. táblázatban) – nincs szignifikáns mintázódás (3. táblázat). A fogyasztókon belül az orvosi javaslat nélküli nyugtató- és altatófogyasztás éves és havi használatának gyakorisága tekintetében szintén nem találtunk szignifikáns eltéréseket ($\chi^2(3)=0,95$; $p=0,813$; $V=0,18$; $\chi^2(3)=4,57$; $p=0,206$; $V=0,38$).

3. táblázat: A visszaélésszerű nyugtató-/altatófogyasztás főbb mutatói nemek szerint és összesen a 18–64 éves népesség körében, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Éves prevalencia	605	3,0	682	2,8	nsz	1286	2,9	$\pm 0,9$
Havi prevalencia	614	2,8	691	2,2	nsz	1305	2,4	$\pm 0,8$
Az elmúlt évben legalább heti 4 alkalommal fogyasztás	600	0,0	679	0,1	nsz	1278	0,1	$\pm 0,2$
Az elmúlt hónapban legalább 20 alkalommal fogyasztás	613	0,0	691	0,3	nsz	1305	0,2	$\pm 0,2$
Megjegyzés: N=válaszolók száma; p=szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI=95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum nsz: $p > 0,05$								

A magyarországi felnőtt lakosság 2,3%-a ($\pm 0,7\%$) fogyasztott már élete során alkoholt gyógyszerre, hogy annak hatását növelje.

A felnőtt lakosság 1,7%-a ($\pm 0,7\%$) fogyasztott a kutatást megelőző 12 hónapban orvosi javaslat nélkül nyugtatót vagy altatót a fokozott hatás elérése érdekében. Akik legutóbb orvosi javaslat nélkül nyugtatót vagy altatót fogyasztottak, azoknak főként orvos írta fel (71,1%), illetve baráttól, házastársától vagy más családtagtól (23%) szerezték be. A válaszadók 1%-ával ($\pm 0,6\%$) előfordult már, hogy ingyen vagy pénzért adott valakinek a számára felírt nyugtatóból vagy altatóból. A felnőtt lakosság 16,7%-a ($\pm 2,1\%$) elég könnyen vagy nagyon könnyen tudna 24 órán belül beszerezni nyugtatót, 57% ($\pm 2,8\%$) nem tudja megítélni.

A válaszadók 23,6%-ának ($\pm 2,3\%$) van ismerősei között olyan személy, aki valaha nyugtatót vagy altatót fogyasztott, 13,5%-ának ($\pm 1,9\%$) pedig a szűkebb családjában van olyan személy, aki sok nyugtatót vagy altatót szed(ett).

2.2. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A budapesti 18–34 éves lakosság 2,1%-a ($\pm 0,5\%$) fogyasztott élete során nyugtatót vagy altatót orvosi javaslat nélkül. A budapesti fiatal felnőtt lakosság körében a nem orvosi javaslatra történő nyugtató- és altatófogyasztás éves prevalencia-értéke 1,9% ($\pm 0,4\%$), havi prevalencia-értéke 1,5% ($\pm 0,4\%$) (4. táblázat). A kutatást megelőző évben a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében senki nem fogyasztott hetente legalább 4 alkalommal nyugtatót vagy altatót orvosi javaslat nélkül. Hetente 2-3 alkalommal azonban 0,1%-uk ($\pm 0,1\%$) (a fogyasztók 5%-a ($\pm 5,7\%$)) fogyasztott orvosi rendelvény nélkül nyugtatót, altatót. A kutatást megelőző 30 napban a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében a legalább 20 alkalommal történő, orvosi javaslat nélküli nyugtató-, altatófogyasztás prevalenciája ennek megfelelően szintén a 0%-hoz ($\pm 0,0\%$) közelít (a fogyasztók körében 1,6% ($\pm 3,3\%$)).

A visszaélészerű nyugtató- és altatófogyasztás éves és havi prevalencia-értéke ($\chi^2(1)=0,30$; $p=0,587$; $\varphi=0,01$; $\chi^2(1)=0,43$; $p=0,514$; $\varphi=0,01$) és az éves, ill. havi használat gyakorisága mentén ($\chi^2(3)=2,43$; $p=0,489$; $V=0,03$; $\chi^2(4)=3,64$; $p=0,457$; $V=0,03$) a nemek tekintetében – az orvosi rendelvényre vagy anélkül történő gyógyszerfogyasztáshoz hasonlóan (lásd a 2. táblázatban) – nincs szignifikáns mintázódás (4. táblázat). A fogyasztókon belül az orvosi javaslat nélküli nyugtató- és altatófogyasztás éves és havi használatának gyakorisága tekintetében szintén nem találtunk szignifikáns eltéréseket ($\chi^2(2)=2,35$; $p=0,309$; $V=0,21$; $\chi^2(3)=3,22$; $p=0,359$; $V=0,24$).

4. táblázat: A visszaélészerű nyugtató-/altatófogyasztás főbb mutatói nemek szerint és összesen a 18–34 éves budapesti lakosság körében, a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)

	Férfiak		Nők		p	Összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Éves prevalencia	1834	1,8	1959	2,0	nsz	3793	1,9	$\pm 0,4$
Havi prevalencia	1845	1,6	1971	1,4	nsz	3816	1,5	$\pm 0,4$
Az elmúlt évben legalább heti 4 alkalommal fogyasztás	1827	0,0	1949	0,0	nsz	3776	0,0	$\pm 0,0$
Az elmúlt hónapban legalább 20 alkalommal fogyasztás	1845	0,0	1971	0,1	nsz	3816	0,0	$\pm 0,0$
Megjegyzés: N = válaszolók száma; p = szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum nsz: $p > 0,05$								

A budapesti fiatal felnőtt lakosság 0,8%-a ($\pm 0,3\%$) fogyasztott már élete során alkoholt gyógyszerre, hogy annak hatását növelje. A válaszadók 20,1%-ának ($\pm 1,3\%$) van ismerősei között olyan személy, aki valaha nyugtatót vagy altatót fogyasztott, 10,3%-ának ($\pm 1\%$) pedig a szűkebb családjában van olyan személy, aki sok nyugtatót vagy altatót szed(ett).

3. A GYÓGYSZERFOGYASZTÁS SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A 18–64 éves lakosság körében a gyógyszerfogyasztás mintázódását leíró-statisztikai eszközökkel a főbb szociodemográfiai jellemzők – nem, életkor, urbanizációs és kulturális státus, illetve vallási integritás – mentén vizsgáltuk (5. és 6. táblázat). A vizsgált társadalmi és demográfiai dimenziók mentén rendre szignifikáns ($p < 0,05$) eltérés figyelhető meg. Az 1. táblázatban említett nemi mintázódás mellett az egyes életkori csoportokban is szignifikánsan különbözik a gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értéke: a 18–24 éves korosztályban a legalacsonyabb, az 55–64 éves válaszadók körében a legmagasabb. Az életkor folytonos változója mentén szintén szignifikáns, közepes hatásméretű különbség mutatkozik az elmúlt évben nyugtatót, altatót fogyasztók és nem fogyasztók között. Az elmúlt évben nyugtatót, altatót fogyasztók átlagosan 8 évvel voltak idősebbek az elmúlt évben nem fogyasztókhoz képest. A lakóhely urbanizációs szintje tekintetében az egyes csoportokban a gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értéke szintén szignifikánsan eltérő: Budapesten a legalacsonyabb, az 50 ezer fő feletti lélekszámú településeken pedig a legmagasabb. A kulturális státus tekintetében a kedvezőtlenebb státusú csoportok körében gyakoribb a nyugtató-, altatófogyasztás a kedvezőbb státusú csoportokhoz képest. A várhatóan 8 általános vagy alacsonyabb végzettségűek és szakképzéssel nem rendelkezők körében szignifikánsan magasabb az éves prevalencia-érték. A munkaerőpiaci aktivitás tekintetében a keresőtevékenységgel nem rendelkezők körében szintén szignifikánsan magasabb az előző évi nyugtató- és altatófogyasztás prevalencia-értéke a keresőtevékenységgel rendelkezőkhöz képest. Vallási integráció tekintetében a nagyobb integrált-ságú, a vallásos, az egyház tanításait követők, valamint a – viszonylag kis elemszámú – vallásossága tekintetében bizonytalanok körében a legmagasabb a gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értéke, s a nem vallásos/ateista csoportban pedig populációs átlag alatti.

5. táblázat: A nyugtató-/altatófogyasztás éves prevalencia-értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népesség körében, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)

	N	LYP (%)	χ^2 (df)	p	V/ ϕ
Nem					
Férfi	604	4,8	11,597(1)	0,001	0,10
Nő	684	9,8			
Korcsoport					
18–24	148	0,7	38,854(1)	<0,001	0,17
25–34	261	5,7			
35–44	332	5,7			
45–54	288	6,9			
55–64	259	15,8			
Településméret					
<50 000	824	7,2	6,313(2)	0,043	0,07
≥50 000	239	10,9			
Budapest	225	4,9			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	127	18,1	28,073(3)	<0,001	0,15
szakmunkás	444	8,1			
érettségi	465	6,0			
felsőfok/egyetem utáni képzés	252	3,6			
Szakképzettség					
nincs	197	14,2	16,626(1)	<0,001	0,12
van	1023	6,0			
Munkaerőpiaci aktivitás					
nincs keresőtevékenysége	301	15,9	42,186(1)	<0,001	0,18
van keresőtevékenysége	971	4,7			
Vallásosság					
vallásos, az egyház tanításait követi	105	14,3	11,079(3)	0,011	0,09
vallásos a maga módján	517	7,9			
nem tudja, hogy vallásos-e	79	11,4			
nem vallásos/ateista	560	5,7			
<p>Megjegyzések: N: válaszolók száma; LYP = éves prevalencia-érték; χ^2(df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V együttható (a 2-nél több változóértékkel rendelkező változók esetében); ϕ: Phi korrelációs hatásméret-mutató (a dichotóm változók esetében) A szignifikáns kapcsolatot ($p < 0,05$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.</p>					

6. táblázat: Az előző évben nyugtatót/altatót fogyasztók és nem fogyasztók összehasonlítása az életkor változó mentén a 18–64 éves népesség körében, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján

Változó	Nem fogyasztott			Fogyasztott			t	p	d
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Életkor	1190	41,15	12,87	96	49,20	12,40	0,06	<0,001	0,64
Megjegyzések: N: válaszolók száma; t: független-mintás t-próba teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték a független mintás t-próbához kapcsolódóan; d: Cohen-féle d hatásméret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot ($p < 0,05$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.									

Az 5. és 6. táblázatban bemutatott mintázódásokon felül ENTER módszerrel bináris logisztikus regressziós elemzéseket végeztünk annak vizsgálatára, hogy külön-külön és a többi változó kontroll alatt tartása mellett mely társadalmi-demográfiai és pszichológiai jellemzők kapnak szignifikáns szerepet a kutatást megelőző évi gyógyszerfogyasztás magyarázatában (0=nem fogyasztott, 1=fogyasztott). A 7. táblázat tartalmazza az egyes háttérváltozók és a gyógyszerfogyasztás előfordulása közötti páronkénti, nem kontrollált kapcsolatokat is, de szövegesen csak a többváltozós elemzés eredményeit ismertetjük. A létrehozott többváltozós regressziós modell a gyógyszerfogyasztás becslésére szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(30)=119,56$; $p < 0,001$; Cox & Snell $R^2=0,15$; Nagelkerke $R^2=0,43$). A létrehozott modell 94,8%-ban helyesen jósolja be a résztvevők csoporttagságát összességében, ami ugyan mindössze 0,2%-nyi emelkedést jelent a kiindulási modell által nyújtott klasszifikációs teljesítményhez (94,6%) képest, de a magyarázó változókat is tartalmazó modell 27,6%-ban jósolta be helyesen az előző évben nyugtatót, altatót fogyasztó személyeket. A modell alapján a többi változó kontroll alatt tartása mellett 5 változó kapott szignifikáns magyarázó szerepet az előző évi nyugtató- és altatófogyasztásban: a nem, az életkor, az intergenerációs képzettségi mobilitás, a családban előforduló kockázati magatartások száma és a rumináció. A nem tekintetében a nők szignifikánsan, 3,84-szer nagyobb eséllyel fogyasztottak a kutatást megelőző évben nyugtatót, altatót a férfiakhoz képest. Az életkor évenkénti növekedésével 6%-kal nőtt a nyugtató- és altatófogyasztás esélye. Az intergenerációs képzettségi mobilitás tekintetében a felfelé mobil válaszolókhöz képest a mobilitás hiánya mutatkozott kockázati tényezőnek: a szüleikkel azonos képzettségi státussal rendelkezők 3,19-szer nagyobb eséllyel fogyasztottak nyugtatót vagy altatót, összevetve azokkal, akiknek a várható iskolai végzettségük magasabb volt, mint a velük egyenmű szüleiknek.³ A családban

³ Ugyanakkor megjegyezzük, hogy az intergenerációs képzettségi mobilitás és az előző évi nyugtató-, altatófogyasztás nemkontrollált összefüggése nem bizonyult szignifikánsnak egy, a többváltozós modellnél nagyobb mintán vizsgálva (N = 1272; 91,8%).

előforduló kockázati magatartások számának egységnyi növekedése 65%-kal növelte a nyugtató-, altatófogyasztás esélyét. A Ruminatív Válaszstílus Kérdőív mentén egységnyi fokozódás pedig 12%-kal növelte a gyógyszerfogyasztás esélyét.

7. táblázat: Az előző évben nyugtatót/altatót fogyasztók becslésére a különböző szociodemográfiai és pszichológiai változókból épített bináris regressziós modellek paramétertáblája a 18–64 éves népesség körében, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az előző évi nyugtató- és altatófogyasztással ⁴		Többváltozós modell az előző évi nyugtató- és altatófogyasztás előrejelzésére ⁵	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Női nem (ref.: férfi nem)	2,18 [1,39–3,42]	0,001	3,84 [1,36–10,86]	0,011
Életkor	1,05 [1,03–1,07]	<0,001	1,06 [1,01–1,11]	0,014
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)				
legalább 50 ezer fős vidéki város	1,61 [0,99–2,62]	0,053	1,49 [0,51–4,29]	0,465
Budapest	0,69 [0,36–1,33]	0,268	0,90 [0,24–3,44]	0,876
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	0,39 [0,22–0,68]	0,001	1,50 [0,15–14,81]	0,730
érettségi	0,29 [0,16–0,52]	<0,001	1,43 [0,14–14,56]	0,761
felsőfok/egyetem utáni képzés	0,16 [0,07–1,37]	<0,001	2,93 [0,18–47,09]	0,449
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzettség hiánya)	0,38 [0,24–0,62]	<0,001	1,72 [0,25–11,58]	0,580
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
nincs mobilitás	0,83 [0,53–1,29]	0,395	3,19 [1,15–8,81]	0,025
lefelé történő mobilitás	1,25 [0,47–3,31]	0,660	4,68 [0,60–36,69]	0,141
Munkaerőpiaci aktivitás (ref.: aktivitás megléte)	3,77 [2,46–5,78]	<0,001	0,19 [0,00–9,37]	0,404
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	0,97 [0,96–0,98]	<0,001	0,94 [0,86–1,03]	0,184

⁴ A páronkénti, nemkontrollált összefüggések tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a kutatást megelőző évben történő nyugtató- vagy altatóhasználat (LYP) (0 = nem fogyasztott, 1 = fogyasztott), a magyarázó változó pedig az adott sorban szereplő változó volt.

⁵ A többváltozós bináris logisztikus regressziós modellben a kimeneti változót szintén a kutatást megelőző évben történő nyugtató- vagy altatóhasználat (LYP) (0 = nem fogyasztott, 1 = fogyasztott) képezte, a magyarázó változóként azonban az 1. oszlopban szereplő összes változó egyszerre bevonásra került (N = 752; 54,3%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az előző évi nyugtató- és altató-fogyasztással ⁴		Többváltozós modell az előző évi nyugtató- és altatófogyasztás előrejelzésére ⁵	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Hátrányos anyagi helyzet	1,77 [1,47–2,13]	<0,001	1,31 [0,72–2,42]	0,379
Háztartásméret	0,69 [0,57–0,84]	<0,001	1,01 [0,68–1,48]	0,981
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)	0,81 [0,46–1,42]	0,461	0,35 [0,12–1,03]	0,058
Családban előforduló kockázati magatartások száma	1,66 [1,48–1,86]	<0,001	1,65 [1,30–2,10]	<0,001
Vallásosság (ref.: nem vallásos/ateista)				
vallásos, egyház tanításait követő	2,78 [1,44–5,34]	0,002	2,88 [0,73–11,42]	0,132
vallásos a maga módján	1,43 [0,88–2,30]	0,149	1,01 [0,36–2,82]	0,990
nem tudja	2,08 [0,94–4,57]	0,069	2,73 [0,59–12,60]	0,199
Anómia	1,12 [1,09–1,15]	<0,001	1,03 [0,94–1,13]	0,549
Élettel való elégedettség (általános)	0,41 [0,34–0,50]	<0,001	0,77 [0,44–1,34]	0,349
Társas integráció	0,65 [0,51–0,83]	<0,001	1,08 [0,61–1,89]	0,800
Általános jóllét	0,76 [0,73–0,83]	<0,001	0,98 [0,80–1,19]	0,811
Impulzivitás	1,11 [1,06–1,15]	<0,001	1,09 [0,96–1,24]	0,173
Szenzoros élménykeresés	0,98 [0,94–1,01]	0,162	0,93 [0,85–1,01]	0,087
Rumináció	1,14 [1,11–1,18]	<0,001	1,12 [1,01–1,24]	0,026
Aggodalmaskodás	1,24 [1,16–1,31]	<0,001	0,99 [0,81–1,21]	0,916
Testi tünetek	6,94 [4,52–10,66]	<0,001	1,76 [0,61–5,10]	0,295
Mentalizáció: bizonyosság	0,57 [0,46–0,72]	<0,001	1,71 [0,83–3,53]	0,147
Mentalizáció: bizonytalanság	3,61 [2,40–5,45]	<0,001	1,02 [0,36–2,91]	0,969
Meggjegyzések: OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal. Ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében. A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.				

4. A VISSZAÉLÉSSZERŰ GYÓGYSZERFOGYASZTÁS SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A 18–64 éves lakosság körében a visszaélősszerű gyógyszerfogyasztás mintázódását – az orvosi rendelvényre vagy anélkül történő gyógyszerfogyasztáshoz hasonlóan – leíró-statisztikai eszközökkel a főbb szociodemográfiai jellemzők (nem, életkor, urbanizációs és kulturális státus, illetve vallási integritás) mentén vizsgáltuk (8. és 9. táblázat). Ahogy az a 3. táblázatban is látható, nemek tekintetében nincs szignifikáns mintázódás a visszaélősszerű gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értékében. Az életkori csoportok és az életkor folytonos változója szerint a kutatást megelőző évi visszaélősszerű gyógyszerfogyasztásban szintén nem mutatkozott szignifikáns összefüggés. A lakóhely urbanizációs szintje, a válaszolók kulturális státusa tekintetében, illetve a szakképzéssel rendelkezők és nem rendelkezők között ugyancsak nem mutatkozott szignifikáns mintázódás. A leíró-statisztikai eszközökkel vizsgált összefüggések közül a munkaerőpiaci aktivitás és a vallásosság mentén mutatkozott mindössze szignifikáns mintázódás. A munkaerőpiaci aktivitás tekintetében a keresőtevékenységgel nem rendelkezők körében szignifikánsan magasabb az előző évi visszaélősszerű nyugtató- és altatófogyasztás prevalencia-értéke a keresőtevékenységgel rendelkezőkhöz képest. Vallási integráció mentén pedig a vallásossága tekintetében bizonytalanok körében a legmagasabb a visszaélősszerű gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értéke, s – az orvosi rendelvényre vagy anélkül történő gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értékével ellentétben – a vallásos, egyház tanításait követők körében a legalacsonyabb, populációs átlag alatti.

8. táblázat: A visszaélősszerű nyugtató-/altatófogyasztás éves prevalencia-értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népesség körében, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)

	N	LYP (%)	χ^2 (df)	p	V/ φ
Nem					
Férfi	605	3,0	0,041(1)	0,839	0,01
Nő	682	2,8			
Korcsoport					
18–24	148	0,7	5,860(4)	0,210	0,07
25–34	261	3,8			
35–44	332	2,7			
45–54	287	2,1			
55–64	258	4,3			

	N	LYP (%)	χ^2 (df)	p	V/ ϕ
Településméret					
<50 000	822	2,1	4,958(2)	0,084	0,06
\geq 50 000	239	4,6			
Budapest	224	3,6			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	127	5,5	6,329(3)	0,097	0,07
szakmunkás	444	3,6			
érettségi	462	2,2			
felsőfok/egyetem utáni képzés	252	1,6			
Szakképzettség					
nincs	197	4,6	2,427(1)	0,119	0,05
van	1022	2,5			
Munkaerőpiaci aktivitás					
nincs keresőtevékenysége	300	5,3	8,924(1)	0,003	0,08
van keresőtevékenysége	971	2,1			
Vallásosság					
vallásos, az egyház tanításait követi	105	1,9	8,965(3)	0,030	0,08
vallásos a maga módján	515	1,6			
nem tudja, hogy vallásos-e	79	6,3			
nem vallásos/ateista	560	3,9			
Megjegyzések: N: válaszolók száma; LYP = éves prevalencia-érték; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V együttható (a 2-nél több változóértékkel rendelkező változók esetében) ϕ : Phi korrelációs hatásméret-mutató (a dichotóm változók esetében). A szignifikáns kapcsolatot ($p < 0,05$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.					

9. táblázat: Az előző évben visszaélészerűen nyugtatót/altatót fogyasztók és nem fogyasztók összehasonlítása az életkor változó mentén a 18–64 éves népesség körében, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján

Változó	Nem fogyasztott			Fogyasztott			t	p	d
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás			
Életkor	1247	41,64	12,99	37	44,62	13,46	-1,37	0,172	0,23
Megjegyzések: N: válaszolók száma; t: független mintás t-próba teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték a független mintás t-próbához kapcsolódóan; d: Cohen-féle d hatásméret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot ($p < 0,05$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.									

Az 8. és 9. táblázatban bemutatott mintázódásokon felül ENTER-módszerrel – az orvosi rendelvényre vagy anélkül történő gyógyszerfogyasztáshoz hasonlóan – bináris logisztikus regressziós elemzéseket végeztünk annak vizsgálatára, hogy külön-külön és a többi változó kontroll alatt tartása mellett mely társadalmi-demográfiai és pszichológiai jellemzők kapnak szignifikáns szerepet a kutatást meg-

előző évi visszaélősszerű gyógyszerfogyasztás magyarázatában (0=nem fogyasztott, 1=fogyasztott). A 10. táblázat tartalmazza az egyes háttérváltozók és a visszaélősszerű gyógyszerfogyasztás előfordulása közötti páronkénti, nemkontrollált kapcsolatokat, de szövegesen jelen fejezetben is csak a többváltozós elemzés eredményeit ismertetjük. A létrehozott többváltozós regressziós modell ezúttal is szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell ($\chi^2(30)=82,22$; $p<0,001$; Cox & Snell $R^2=0,10$; Nagelkerke $R^2=0,64$), összességében 98,8%-ban helyesen jósolja be a résztvevők csoporttag-ságát, ami azonban mindössze 0,6%-nyi emelkedést jelent a kiindulási modell által nyújtott klasszifikációs teljesítményhez (98,2%) képest. Ugyanakkor a magyarázó változókat is tartalmazó modell a fogyasztók besorolásában jelentősen jobban teljesített: 45,7%-ban jósolta be helyesen az előző évben visszaélősszerűen nyugtatót, altatót fogyasztó személyeket. A modell alapján a többi változó kontroll alatt tartása mellett mindössze 2 változó kapott szignifikáns magyarázó szerepet az előző évi visszaélősszerű nyugtató- és altatófogyasztásban: a családban előforduló kockázati magatartások száma és az étellel való általános elégedettség. A családban előforduló kockázati magatartások számának növekedésével 2,94-szer nagyobb, míg az általános elégedettség-index egységnyi fokozódásával 81%-kal kisebb a visszaélősszerű gyógyszerfogyasztás esélye. Utóbbi esetében a 95%-os megbízhatósági szinten számított nagy konfidencia-intervallum miatt a csökkenés mértéke fenntartással kezelendő.

10. táblázat: Az előző évben visszaélősszerűen nyugtatót/altatót fogyasztók becslésére a különböző szociodemográfiai és pszichológiai változókból épített bináris logisztikus regressziós modellek paramétertáblája a 18–64 éves népesség körében, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az előző évi visszaélősszerű nyugtató- és altatófogyasztással ⁶		Többváltozós modell az előző évi visszaélősszerű nyugtató- és altatófogyasztás előrejelzésére ⁷	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Női nem (ref.: férfi nem)	0,95 [0,49–1,83]	0,869	9,48 [0,73–123,04]	0,086
Életkor	1,02 [0,99–1,04]	0,173	1,05 [0,94–1,18]	0,408

⁶ A páronkénti, nemkontrollált összefüggések tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a kutatást megelőző évben történő visszaélősszerű nyugtató- vagy altatóhasználat (LYP) (0 = nem fogyasztott, 1 = fogyasztott), a magyarázó változó pedig az adott sorban szereplő változó volt.

⁷ A többváltozós bináris logisztikus regressziós modellben a kimeneti változót szintén a kutatást megelőző évben történő visszaélősszerű nyugtató- vagy altatóhasználat (LYP) (0 = nem fogyasztott, 1 = fogyasztott) képezte, magyarázó változóként azonban az 1. oszlopban szereplő összes változó egyszerre bevonásra került (N=752; 54,3%).

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az előző évi visszaélészerű nyugtató- és altatófogyasztással ⁶		Többváltozós modell az előző évi visszaélészerű nyugtató- és altatófogyasztás előrejelzésére ⁷	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)				
legalább 50 ezer fős vidéki város	2,31 [1,07–4,97]	0,033	1,29 [0,08–21,97]	0,863
Budapest	1,82 [0,78–4,21]	0,164	27,16 [0,73–1008,96]	0,073
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)				
szakmunkás	0,62 [0,24–1,54]	0,303	41,59 [0,10–17818,03]	0,228
érettségi	0,39 [0,15–1,04]	0,060	64,79 [0,10–42966,14]	0,208
felsőfok/egyetem utáni képzés	0,26 [0,07–0,93]	0,038	37,36 [0,04–39564,40]	0,308
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzettség hiánya)	0,53 [0,25–1,12]	0,097	0,31 [0,00–49,93]	0,652
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)				
nincs mobilitás	0,76 [0,38–1,54]	0,446	1,96 [0,20–19,40]	0,567
lefelé történő mobilitás*	1,20 [0,26–5,48]	0,814	0,00 [0,00–]	0,997
Munkaerőpiaci aktivitás (ref.: aktivitás megléte)	2,73 [1,40–5,34]	0,003	0,00 [0,00–68,40]	0,245
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	0,97 [0,96–0,99]	0,001	0,82 [0,63–1,07]	0,144
Hátrányos anyagi helyzet	1,52 [1,14–2,03]	0,004	0,49 [0,10–2,29]	0,362
Háztartásméret	0,86 [0,65–1,15]	0,311	1,67 [0,72–3,88]	0,232
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)	0,51 [0,21–1,22]	0,129	0,35 [0,03–4,87]	0,434
Családban előforduló kockázati magatartások száma	1,82 [1,58–2,11]	<0,001	2,94 [1,46–5,90]	0,002
Vallásosság (ref.: nem vallásos/ateista)				
vallásos, egyház tanításait követő*	0,44 [0,09–2,02]	0,288	0,00 [0,00–]	0,996
vallásos a maga módján	0,40 [0,18–0,90]	0,027	0,91 [0,06–14,56]	0,946
nem tudja	1,75 [0,65–4,71]	0,266	5,52 [0,25–122,58]	0,280
Anómia	1,11 [1,06–1,17]	<0,001	1,07 [0,86–1,33]	0,538
Élettel való elégedettség (általános)	0,36 [0,27–0,47]	<0,001	0,19 [0,04–0,84]	0,029
Társas integráció	0,86 [0,59–1,25]	0,418	0,36 [0,07–1,79]	0,210
Általános jóllét	0,80 [0,73–0,88]	<0,001	0,74 [0,50–1,08]	0,118
Impulzivitás	1,19 [1,11–1,27]	<0,001	0,95 [0,69–1,31]	0,759

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az előző évi visszaélészerű nyugtató- és altatófogyasztással ⁶		Többváltozós modell az előző évi visszaélészerű nyugtató- és altatófogyasztás előrejelzésére ⁷	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Szenzoros élménykeresés	1,06 [1,01–1,12]	0,015	0,89 [0,72–1,08]	0,233
Rumináció	1,18 [1,12–1,24]	<0,001	1,12 [0,91–1,38]	0,281
Aggdalmaskodás	1,20 [1,10–1,32]	<0,001	0,73 [0,46–1,17]	0,189
Testi tünetek	4,54 [2,53–8,13]	<0,001	0,16 [0,01–2,88]	0,214
Mentalizáció: bizonyosság	0,31 [0,20–0,48]	<0,001	0,27 [0,05–1,50]	0,134
Mentalizáció: bizonytalanság	5,16 [3,02–8,82]	<0,001	1,70 [0,23–12,75]	0,605

Megjegyzések: OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal.
 Ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében.
 A többváltozós modellben szignifikáns ($p < 0,05$) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.
 * A többváltozós modellben a cellában szereplő esetszám 0.

5. A GYÓGYSZERFOGYASZTÁS ELTERJEDTSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA A FELNÖTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A korábbi, 2001 és 2019 közötti epidemiológiai vizsgálatok lehetővé teszik a felnőtt (18–64 éves) népesség gyógyszerfogyasztási szokásainak nyomon követését. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás nyomon követése az EMCDDA (2002) 2017-es revíziója (Karjalainen, 2018) előtti standardjának megfelelő változó mentén történik, mely az orvosi javaslat nélküli nyugtató-, altatófogyasztás mellett magába foglalja az alkohol gyógyszerre történő fogyasztását is.⁸ A négy korábbi vizsgálati évben⁹ kapott eredmények alapján a gyógyszerfogyasztás és visszaélés tekintetében hullámzó tendencia figyelhető meg, melyet az 1. ábra szemléltet, a részletes adatok és hibahatárok pedig a 11. táblázatban láthatók.

2001 és 2007 között a magyarországi 18–64 éves felnőtt lakosság körében a gyógyszerfogyasztás éves és havi prevalencia-értéke 95%-os megbízhatósággal jelentősen lecsökkent. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értéke 68%-os megbízhatósággal szintén szignifikáns csökkenést mutatott, a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás havi prevalencia-értéke azonban változatlan maradt.

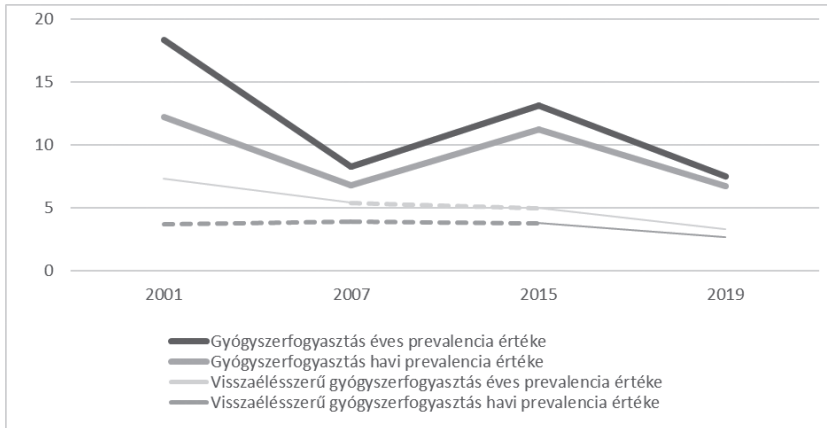
⁸ A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás prevalencia-értékei emiatt valamelyest eltérhetnek a gyógyszerfogyasztás elterjedtségének főbb mutatóit bemutató fejezetben közölt értékektől.

⁹ A kutatássorozat keretében 2003-ban is történt adatfelvétel (Elekes & Paksi, 2004), azonban az a magyarországi népesség 18–53 éves mintáján készült, így a 18–64 éves népességben történt változásokat csak a másik négy hullám alapján tudjuk bemutatni.

A 2007 és 2015 közötti időszakban a gyógyszerfogyasztás éves és havi prevalencia-értéke 95%-os megbízhatósággal ismét megnövekedett (a 2001-es prevalencia-értékeket azonban nem érte el). A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás éves és havi prevalencia-értékében nem történt hibahatáron túli változás (95 és 68%-os megbízhatósággal sem).

2015 és 2019 között minden mutató mentén kedvező változás figyelhető meg. 95%-os megbízhatósággal csökkent a gyógyszerfogyasztás éves és havi prevalencia-értéke és tendencijelleggel csökkent a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás éves és havi prevalencia-értéke is.

1. ábra: A gyógyszerfogyasztás főbb mutatóinak változása az egyes vizsgálati években a 2001 és 2019 közötti időszakban a 18–64 éves lakosság körében, az ADE 2001, OLAAP 2007, OLAAP 2015 és OLAAP 2019 vizsgálatok adatai alapján



Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Paksi et al., 2009, 2017

Vastag folyamatos vonal: 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

Vékony folyamatos vonal: 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

Szaggatott vonal: nem történt hibahatáron túli elmozdulás

Amennyiben nem a vizsgálati évek közötti változásokat vizsgáljuk, hanem összességében a 18 év eredményeit, elmondható, hogy a 18–64 éves lakosság körében a gyógyszerfogyasztás és a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás is mérséklődött (12. táblázat). 2001 és 2019 között 95%-os megbízhatósággal csökkent a gyógyszerfogyasztás éves és havi prevalencia-értéke. Szintén 95%-os megbízhatósággal csökkenés figyelhető meg a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értékében, s tendencijelleggel 2019-ben a vizsgálatot megelőző hónapban is kevesebben fogyasztottak rendelvény nélkül nyugtatót, altatót és/vagy gyógyszerre alkoholt, mint 2001-ben.

11. táblázat: A gyógyszerfogyasztás főbb mutatói 2001 és 2019 közötti időszakban a 18–64 éves lakosság körében az ADE 2001, OLAAP 2007, OLAAP 2015 és OLAAP 2019 vizsgálatok¹⁰ adatai alapján, az egyes vizsgálati évek közötti változások jelzésével

Főbb mutatók	2001 ¹¹		2007		2015		2019	
	%	CI	%	CI	%	CI	%	CI
Gyógyszerfogyasztás életprevalencia-értéke	–	–	10,5	±1,3	15,1	±1,9	8,3	±1,5
Gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értéke	18,3	±1,6	8,3	±1,1	13,1	±1,8	7,5	±1,4
Gyógyszerfogyasztás havi prevalencia-értéke	12,2	±1,4	6,8	±1,0	11,2	±1,7	6,7	±1,4
Visszaélészerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia-értéke	–	–	7,9	±1,1	5,8	±1,3	4,2	±1,1
Visszaélészerű gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értéke	7,3	±1,1	5,4	±0,9	5,0	±1,2	3,3	±1,0
Visszaélészerű gyógyszerfogyasztás havi prevalencia-értéke	3,7	±0,8	3,9	±0,8	3,8	±1,0	2,7	±0,9
Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Paksi et al., 2009, 2017 CI: 95%-os megbízhatósági szinthez tartozó hibahatár								
 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés								
 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli növekedés								
 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés								

12. táblázat: A gyógyszerfogyasztás főbb mutatóinak változása a 2001 és 2019 közötti időszakban a 18–64 éves lakosság körében, az ADE 2001 és OLAAP 2019 vizsgálatok adatai alapján

Főbb mutatók	2001			2019		
	N	%	CI	N	%	CI
Gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értéke	2127	18,3	±1,6	1288	7,5	±1,4
Gyógyszerfogyasztás havi prevalencia-értéke	2111	12,2	±1,4	1305	6,7	±1,4
Visszaélészerű gyógyszerfogyasztás éves prevalencia-értéke	2043	7,3	±1,1	1247	3,3	±1,0
Visszaélészerű gyógyszerfogyasztás havi prevalencia-értéke	2031	3,7	±0,8	1254	2,7	±0,9
Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003						
Megjegyzés: N: válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum						
 2001-hez képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés						
 2001-hez képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés						

¹⁰ A 2003-ban is történt adatfelvétel (Elekes & Paksi, 2004), azonban a gyógyszerfogyasztási szokások a többi évtől eltérő módon és 18–53 éves mintán kerültek felmérésre, ami nem teszi lehetővé az eredmények összehasonlítását a másik négy év eredményeivel.

¹¹ 2001-ben a gyógyszerfogyasztási szokások életprevalencia-értékei a többi évtől eltérő módon kerültek felmérésre, ami nem teszi lehetővé az eredmények összehasonlítását a másik négy év eredményeivel.

Tekintettel arra, hogy a 2015-ös (Paksi et al., 2017) és a 2019-es OLAAP-vizsgálatok módszertani adatai a nem orvosi rendelvényre történő altató-/nyugtatófogyasztás mérésének megbízhatósági paramétereiben kedvezőtlen tendenciák jelenlétére utalnak, az utóbbi két vizsgálat között mért változások kohorszlelemzéssel korrigált becslésével (Paksi et al., 2020) is próbálunk közelebb kerülni a valós tendenciák megismeréséhez. Amennyiben a 2015-ös és 2019-es OLAAP-vizsgálat azonos időszakban (1954 és 1996 között) születettekre vonatkozó adatait egy kohorszvizsgálat egymást követő hullámaiként kezeljük, becslést fogalmazhatunk meg arra vonatkozóan, hogy mekkora a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás összesített életprevalencia-értékének minimálisan elvárható értéke 2019-ben (13. táblázat).

13. táblázat: A visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás kohorszlelemzéssel korrigált 2019-es életprevalencia-értéke az OLAAP 2015 és OLAAP 2019 vizsgálatok adatai alapján

	2015	2019
Vizsgált kohorsz	18–60	22–64
N	1227	1165
Mért életprevalencia (SE)	5,2% ($\pm 1,2$)	4,3% ($\pm 1,2$)
Új belépők aránya az elmúlt 4 évben (LTP %-ában)	–	9,1%
Új belépők nélküli életprevalencia (SE)	–	$4,3 \cdot 90,9 = 3,9\%$ ($\pm 1,1$)

A korábbi adatok forrása: Paksi et al., 2020

A 18–60 éves korosztályban 2015-ben 5,2% volt a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia-értéke, ami a 2019-ben minimálisan várható életprevalencia-értéket is jelenti a 22–64 éves csoportban, a mintavételen kívüli hibáknak a korábbi kutatásokkal azonos szinten tartása mellett, és feltételezve, hogy a korcsoportban nem történt új kipróbálás a két vizsgálat között eltelt 4 évben. A 2019-es vizsgálatban a 22–64 éves korosztályban a mért életprevalencia-érték 4,3%. A valaha fogyasztók 9,1%-a az elmúlt 4 évben használt először visszaélésszerűen gyógyszert. Ennek alapján a 2019-es vizsgálatban 3,9% azok mért aránya, akik már 4 évvel korábban is fogyasztottak nyugtatót, altatót orvosi javaslat nélkül, vagy alkoholt gyógyszerrel. Ez az érték hibahatáron belül megegyezik a referencia-adatbázisul használt 2015-ös értékkel, tehát azt mondhatjuk, hogy a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás módszertani paramétereinek az elmúlt 4 évben tapasztalt romlása nem eredményezett hibahatáron túli alulbecslést a 2019-es vizsgálatban, így a mért adatok alapján felvázolt tendenciák nem szorulnak korrigálásra. Mindazonáltal az adatok értelmezése során nem feledkezhünk meg arról, hogy a magyarországi felnőtt lakosság mért életprevalencia-értékeire vonatkozó adatok jelentős inkonzisztens információt tartalmaznak és fenntartással kezelendők.

6. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG GYÓGYSZERFOGYASZTÁSA NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

A benzodiazepin hatóanyagú nyugtatók, altatók világszerte széles körben alkalmazott gyógyszerek (EMCDDA, 2020b). A Kábítószer és a Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontjának (EMCDDA) felmérései alapján Európában a gyógyszerek közül az opioid fájdalomcsillapítók mellett a benzodiazepinekkel és a szintén nyugtató, altató hatású ún. Z-szerekkel történik a legtöbb visszaélés (EMCDDA, 2019).

A gyógyszerfogyasztás és a visszaélések monitorozásának egyik fő nehézsége az országok közötti eltérő terápiás gyakorlatok és a terápiákra vonatkozó információk hiánya. A monitorozást tovább nehezíti, hogy az elmúlt években a tiltott kábítószeres európai piacán jelentősen megnőtt a nem ellenőrzött és az új benzodiazepinek száma. Az uniós Korai Jelzőrendszer felé 2017-ben közel 3500, 2018-ban közel 4700 esetben jelezték új benzodiazepinek lefoglalását (az összes lefoglalt új pszichoaktív szer 12%-a). Jelenleg 30 új benzodiazepint tartanak megfigyelés alatt (EMCDDA, 2020b). E szerek többsége Kínából érkezik por formájában, amit Európában feldolgoznak tablettákká, és bár többnyire a leggyakrabban felírt benzodiazepinek (alprazolam, diazepam) legális helyettesítőiként értékesítik őket (EMCDDA, 2019), a kábítószercpiacon az országok többségében gyógyszerként nem engedélyezett etizolam is könnyen elérhető és összefüggésbe hozható az opioidokat használó személyek körében kábítószer okozta halálesetek számának növekedésével (EMCDDA, 2020b).

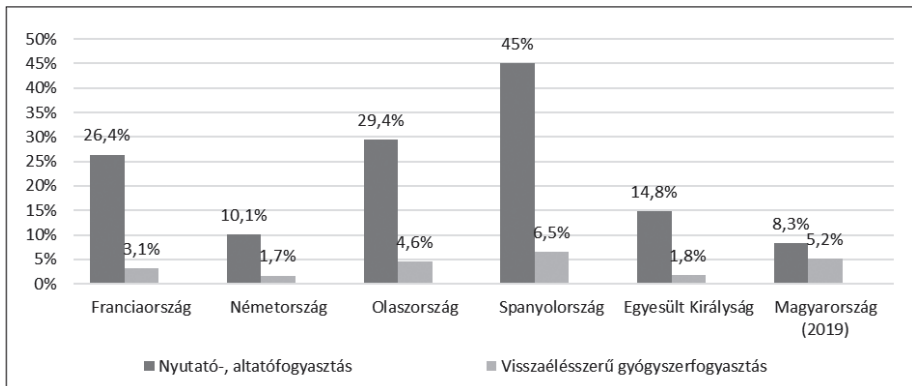
A fenti tényezők miatt a gyógyszerfogyasztás és a visszaélések egyik fontos mutatója a gyógyszerfüggőség miatt kezelésre jelentkezők és a kábítószertúladagolással kapcsolatos halálozások száma, ahol a szervezetben gyógyszerek is kimutathatók. 2018-ban 19 európai ország 27 „órszem” kórházának adatai alapján a sürgősségi betegmegjelenéseknél a használt szerek 17%-a volt vényköteles vagy vény nélkül kapható gyógyszer (leggyakrabban benzodiazepinek vagy opioidok) (EMCDDA, 2020c). Az ismeretlen benzodiazepinek a hetedik leggyakoribb szer a sürgősségi betegmegjelenéseknél (EMCDDA, 2020c).

A betegmegjelenéseken túl a gyógyszerfogyasztás és a visszaélések elterjedtségére a normál populációban elsősorban a lakossági felmérések, önbevallásos módszerek alapján következtethetünk. Az EMCDDA 2000 óta publikálja az egyes európai országok szerhasználattal kapcsolatos epidemiológiai felméréseinek eredményeit. Az EMCDDA mellett a vényköteles gyógyszerekkel való visszaéléssel, diverzióval és addikcióval kapcsolatos amerikai megfigyelő rend-

szer (RADARS¹²) is végez epidemiológiai felméréseket több európai országban (Hockenhull et al., 2020). Egy 2017-ben, öt országban végzett reprezentatív felmérés eredményeivel összevetve az OLAAP 2019 vizsgálat eredményeit, a nyugtató- és altatófogyasztás magyarországi életprevalencia-értéke (8,3%) a legalacsonyabb, leginkább a Németország felnőtt lakosságában mért prevalencia-értékhez közelít (10,1%) (2. ábra).

A RADARS vizsgálatban is használt visszaélészerű gyógyszerfogyasztás (mely az orvosi javaslat nélküli nyugtató-, altatófogyasztás mellett magába foglalja a gyógyszer alkohollal történő fogyasztását is) életprevalencia-értéke a magyarországi felnőtt lakosság körében 4,2% ($\pm 1,1\%$). Ez az érték a 2017-ben Franciaország (3,1%) és Olaszország (4,6%) felnőtt lakosságának körében mért életprevalencia-értékek között helyezkedik el (Hockenhull et al., 2020) (2. ábra).

2. ábra: A nyugtató-, altatófogyasztás és visszaélészerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia-értékei (a magyarországi 18–64 éves lakosság körében), összevetve öt európai ország 2017-ben mért értékeivel



Adatok forrása: Hockenhull et al., 2020

Az OLAAP 2019 kutatás során a magyarországi felnőtt lakosság körében mért nyugtató- és altatófogyasztás életprevalencia-értékét összevetve a 2017-ben öt ország felnőtt lakosságában mért életprevalencia-értékekkel, azt láthatjuk, hogy Magyarország két évvel később is elmarad az országok 2017-es átlagától. Ha azonban a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia-értékeit nézzük, láthatjuk, hogy a hat ország közül Magyarország a 3. helyen szerepel.

Az OLAAP 2019 kutatás gyógyszerfogyasztásra és visszaélészerű fogyasztásra vonatkozó eredményei kapcsán érdemes továbbá megjegyezni, hogy az EMCDDA (2020a) legfrissebb nemzetközi felmérései a COVID-19 világjár-

¹² Abuse, Diversion and Addiction Related Surveillance System.

ványnak köszönhetően jelentősen megnövekedett alkohol- és benzodiazepin-fogyasztásról számolnak be. Ennek hátterében a járvány és a korlátozások okozta szorongással, depresszióval való megküzdés és az egyéb kábítószerre való korlátozott hozzáférés okozta megvonási tünetek enyhítése áll (EMCDDA, 2020a). Mivel az OLAAP 2019 kutatás megelőzte a COVID-19 megjelenésének idejét, az ebben a fejezetben közölt, a felnőtt magyar lakosság gyógyszerfogyasztására vonatkozó prevalencia-értékek a járvány okozta nemzetközileg megnövekedett gyógyszerfogyasztást és visszaélést nem tartalmazzák.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- Elekes Zs. & Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, Budapest: NKFP. Letöltve: 2020.10.10. https://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- EMCDDA (2002) *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf
- EMCDDA. (2019). *EU Drug Markets Report*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12078/20192630_TD0319332ENN_PDF.pdf
- EMCDDA. (2020a). EMCDDA trendspotter briefing: Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13130/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-2_1.pdf
- EMCDDA. (2020b). *Európai kábítószer-jelentés*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13238/TD-0420439HUN.pdf>
- EMCDDA. (2020c). *European Drug Report—Trends and Developments*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN_web.pdf
- Hockenhull, J., Amioka, E., Black, J. C., Forber, A., Haynes, C. M., Wood, D. M., Dart, R. C. & Dargan, P. I. (2020). Non-medical use of benzodiazepines and GABA analogues in Europe. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 87(4), 1684–1694. <https://doi.org/10.1111/bcp.14537>

- Karjalainen, K. (2018). *Misuse of medicines – revision of the EMQ module*. GPS Expert Meeting, National Institute For Health And Welfare. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/9363/3.%20K.%20Karjalainen%20-%20Misuse%20of%20medicines%20-%20revision%20of%20the%20EMQ%20module.pdf>
- Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P. & Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség adiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4), 273–300. <https://doi.org/10.1556/mental.10.2009.4.1>
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 31–55. http://epa.oszk.hu/02400/02454/00066/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2017_02_055-085.pdf
- Paksi B., Demetrovics Zs., Griffiths, M. D., Magi A. & Felvinczi K. (2020). Estimating and managing the changing methodological parameters of self-report surveys of addictive behaviors based on the waves of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH) in 2007 and 2015. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 22(1): 29–42. <http://mppt-nph.hu/images/magazin/pdf/vol22issue1/v22i1p29.pdf>
- WHO (2019). *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

A DOHÁNYZÁS ÉS AZ E-CIGARETTA HASZNÁLATA

1. BEVEZETŐ: A DOHÁNYZÁS EPIDEMIOLÓGIAI VIZSGÁLATÁNAK JELENTŐSÉGE

A dohányzás a korai halálozás és számos betegség egyik legfontosabb elkerülhető kockázati tényezője (Stanaway et al., 2018). Magyarországon több mint 24 ezer ember halála volt kapcsolatba hozható a dohányzással 2014-ben (Wéber, 2016). A dohányzás nemcsak a fogyasztó és a környezetében élők egészségét károsítja (Max et al., 2012), hanem következményei komolyan terhelik az egészségügyi ellátórendszert, és mérhető gazdasági károkat okoznak (Goodchild, Nargis & Tursan d'Espaignet, 2018). A dohánytermékek előállítása és fogyasztásának melléktermékei nagymértékben rombolják a természeti környezetet is (WHO, 2017; Zafeiridou et al., 2018). A hagyományos cigaretta használata mellett újabb termékek is megjelentek, ezek közül talán hazánkban a leggyakoribb az e-cigaretta (Péntes & Urbán, 2019). Az e-cigaretta népegészségügyi kockázatainak jelentősége ugyan még vitatott (Levy et al., 2018; Stratton et al., 2018), növekvő használata hozzájárulhat a hagyományos dohányzás fenntartásához és normalizálásához.

Mivel a dohányzás az egyik legfontosabb elkerülhető halálok, a dohányzás visszaszorítása kiemelt népegészségügyi feladat (Kovács & Horváth, 2019). Ráadásul rendelkezünk azokkal az eszközökkel, amelyek képesek hosszú távon csökkenteni a dohányzás gyakoriságát akkor, ha azokat szisztematikusan és eltökélten alkalmazzák (Ngo et al., 2017). Ennek kiemelten fontos része a dohányzás monitorozása is, amiben jelentős szerepe van a megfelelő módszertannal végzett OLAAP-kutatásnak is.

A jelen fejezetben a hagyományosabb gyakorisági adatok mellett kitérünk olyan eredményekre, amelyekre vonatkozóan reprezentatív hazai adatok kevésbé elérhetők. Így foglalkozunk az e-cigaretta használatával, a hagyományos dohányzásról való leszokással, a dohányzás és az e-cigaretta használatával összefüggő szociodemográfiai és pszichológiai faktorokkal. Mindezek végén, mintegy húsz év adatainak összevetésével, becslést teszünk a dohányzás alakulásának trendjére.

2. A DOHÁNYZÁS ÉS AZ E-CIGARETTA-HASZNÁLAT ELTERJEDTSÉGE

2.1. A dohányzás elterjedtsége a felnőtt lakosság körében

A dohányzást és az elektronikus cigaretta (e-cigaretta) használatát a lakosság körében több mutatóval jellemezhetjük. Dohányzáson a dohánynövényt tartalmazó hagyományos dohánytermékek fogyasztását értjük.¹ Ezzel szemben az e-cigaretta-használat alatt olyan, általában akkumulátorból, fűtőszálat tartalmazó porlasztóból, nikotinos vagy nikotinmentes folyadékot (e-liquid) tartalmazó tartályból és szipkából felépülő eszközök használatát értjük, amelyek képesek a dohányzást imitálni. A dohányzás és az e-cigaretta-használat kapcsán egyrészt elkülönítünk rendszeres, napi szintű és alkalmi, nem napi szintű használatot, másrészt fókuszálhatunk az aktuális használatra és az eddigi életprevalenciára is. Ezek alapstatisztikáit az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat: A dohányzás és az e-cigaretta használatának előfordulása nemek szerint és összesen a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	férfiak		nők		p	összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Aktuális használat prevalenciája								
<i>Hagyományos dohányzás</i>	648	46,8	734	24,8	p<0,001	1383	35,1	±1,3
Rendszeres (napi) dohányzás	649	43,8	735	21,8	p<0,001	1383	32,1	±2,5
Alkalmi dohányzás	648	3,1	735	3,0	0,920	1383	3,0	±0,9
<i>E-cigaretta-használat</i>	643	4,2	726	2,5	p=0,075	1369	3,3	±0,9
E-cigaretta rendszeres napi használata	644	0,9	727	0,8	p=0,833	1369	0,8	±0,5
E-cigaretta alkalmi használata	643	3,3	726	1,8	p=0,080	1369	2,5	±0,4
Életprevalencia								
<i>Hagyományos dohányzás</i>	631	62,3	711	45,3	p<0,001	1342	53,3	±1,4
Rendszeres (napi) dohányzás	623	50,9	699	28,0	p<0,001	1322	38,8	±2,6
<i>E-cigaretta-használat</i>	623	8,0	714	7,4	p=0,680	1337	7,7	±1,4
E-cigaretta rendszeres (napi) használata	611	1,0	700	0,9	p=0,813	1312	1,0	±0,5
A dohányzásról való leszokás								
Leszokott a dohányzásról*	630	14,1	712	19,7	p=0,007	1342	17,1	±1,0
Rendszeres dohányzásról leszokott**	624	5,0	698	5,0	p=0,969	1322	5,0	±0,6
Megjegyzés: N = válaszolók száma; p = szignifikancia-érték. CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum. * Jelenleg nem dohányzik, de valaha dohányzott valamilyen gyakorisággal. ** Jelenleg nem dohányzik, de valaha rendszeresen dohányzott.								

¹ Ideértve a gyári vagy kézzel sodort cigaretta, szivar, szivarka, pipadohány, vízpipa vagy más dohánytermékeket. Az elterjedőben lévő hevített dohánytermékekre külön nem kérdeztünk rá.

2.1.1. A hagyományos cigaretta használata

Az OLAAP 2019-es adatfelvétel azt mutatta, hogy a 18–64 éves magyar népesség 35,1%-a [32,6–37,6] dohányzik aktuálisan.² Fontos kiemelni, hogy a férfiak és a nők gyakorisága szignifikánsan eltér egymástól. Míg a férfiak 46,8%-a [43,0–50,6], addig a nők 24,8%-a [21,7–27,9] dohányzik. A dohányzás gyakoriságát illetően szokás megkülönböztetni a rendszeres, napi szintű dohányzást és az alkalmi, nem napi szintű dohányzást. A 2019-es adatfelvétel alapján a magyarországi 18–64 éves népesség körében aktuálisan a lakosság 32,1%-a [29,7–34,6] dohányzik rendszeresen, azaz napi szinten, és 3,0%-a [2,2–4,1] alkalmanként, azaz nem minden nap. A rendszeres, napi szintű dohányzás aktuális gyakoriságában szignifikáns és határozott nemi különbség mutatkozik. A férfiak 43,8%-a [39,9–47,7] a nők 21,8%-a [18,9–25,0] számolt be rendszeres dohányzásról. A férfiak 2,79-szer [2,20–3,52] nagyobb eséllyel dohányoznak naponta, mint a nők. Az alkalmi dohányzás esetében szignifikáns nemi különbség nem mutatható ki.

A hagyományos cigaretta életprevalencia-értéke azok arányát mutatja a népességben, akik életük során valaha dohányoztak. A magyar 18–64 éves népesség 53,3%-a [50,6–56,0] dohányzott életében valaha. Kiemelt fontossága van a rendszeres, napi szintű dohányzásnak. A jelenlegi adatfelvétel alapján a magyarországi 18–64 éves népesség 38,8%-a dohányzott valaha rendszeresen, azaz napi szinten. Ebben a mutatóban is szignifikáns nemi különbség mutatkozik (férfiak: 50,9%; nők: 28,0%). A magyar férfiaknak 2,67-szeres [2,12–3,35] az esélyük arra a nőkhöz viszonyítva, hogy az eddigi életük során rendszeresen dohányozzanak.

2.1.2. Az e-cigaretta használata

Az e-cigaretta aktuális használatáról a lakosság 3,3%-a [2,4–4,4] számolt be.³ A férfiak és a nők körében hasonlóan alakult az aktuális használat, a látszólag fennálló különbség statisztikailag nem szignifikáns (férfiak: 4,2% versus nők:

² Az aktuális dohányzást a *Szokott-e Ön rendszeresen vagy alkalmanként cigarettázni?* (igen, rendszeresen [naponta]; igen, alkalmanként; nem) kérdéssel mértük. Magyarazatként megadtuk, hogy *„Cigarettázás alatt a hagyományos cigarettázást értjük, ami a dohánynyóvényt tartalmazó dohánytermékek fogyasztását jelenti, mint például a gyári vagy kézzel sodort cigaretta, szivar, szivarka, pipadohány, vízipipa vagy más dohánytermékek”*.

³ Az aktuális e-cigaretta-használatot a *„Szokott-e Ön rendszeresen vagy alkalmanként e-cigarettát használni?”* kérdéssel mértük (igen, rendszeresen [naponta]; igen, alkalmanként; nem). Magyarazatként megadtuk, hogy *„Az e-cigaretta – azaz elektronikus vagy elektromos cigaretta – olyan egyszer vagy többször használatos patronokkal/e-liquiddel utántölthető elektronikus termék, amely a folyadékot tartalmazó patronok hevítésével a cigarettához hasonló nikotintartalmú vagy nikotinmentes pára fogyasztását teszi lehetővé.”*

2,5%). A rendszeres aktuális napi használat gyakorisága 0,8% volt a felmérés időpontjában.

A 18–64 év közötti lakosság 7,7%-ának [6,3–9,3] van valamilyen e-cigaretttával kapcsolatos használói tapasztalata. Ebben a mutatóban sem találtunk szignifikáns nemi különbséget. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a napi rendszeres e-cigaretta-használat életprevalencia-értéke a vizsgált népességben nagyon alacsonynak (1,0%) mutatkozott.

2.1.3. A hagyományos cigaretta és az e-cigaretta kettős használata

A jelenleg e-cigaretttázók 66,7%-a rendszeresen használ hagyományos cigarettát is. Az e-cigaretttázók körében 8,9%-os gyakorisággal jelenik meg a hagyományos cigaretta alkalmi használata. Érdeemes megjegyezni, hogy a jelenleg e-cigaretttázóknak csak mintegy 24,4%-a nem használ hagyományos cigarettát, tehát kizárólag e-cigaretttázó.

A jelenleg hagyományos cigarettát rendszeresen használók 10,5%-a használt korábban e-cigarettát valamilyen intenzitással. Túlnyomó többségük (68,2%) csak kipróbálta az e-cigarettát. Az alkalmi dohányosok 15,4%-ának van valamilyen tapasztalata az e-cigarettával.

2.1.4. A dohányzásról való leszokás

A 18 és 64 év közötti teljes lakossági mintán a valamilyen szintű dohányzásról leszokottak aránya 17,1% [15,1–19,1]. A nők körében szignifikánsan nagyobb a leszokási arány, a nők 48%-kal nagyobb eséllyel (EH=1,48 [1,11–1,98]) szoktak le a cigarettáról, mint a férfiak. A rendszeres napi dohányzásról leszokottak aránya 5,0% [3,9–6,3] volt. Ennek gyakoriságában nem mutatkozott szignifikáns különbség a két nem között.

2.1.5. A nikotinfüggés gyakorisága a rendszeres dohányosok körében (felnőtt lakosság)

A nikotinfüggés általunk használt mutatója, a fiziológiai függés mértéke a napi szinten dohányzók körében értelmezhető, ezért a nikotinfüggés jellemzőit csupán a rendszeres dohányosok körében mértük fel, és három indikátort használtunk, nevezetesen a naponta elszívott cigaretták számát, a reggeli felébredést követő első cigarettára gyújtás időpontját és az ezekből képezett *dohányzás súlyossága indexet*.⁴ A kutatás adatai szerint a magyarországi 18–64 év közötti

⁴ A *dohányzás súlyossága index* (Heatherton és mtsai, 1989) a nikotinfüggés széles körben

felnőtt lakosság 7,9%-át [6,4–9,4] magas nikotinfüggés jellemzi, ami a vizsgált korcsoportra vonatkozó lakosságszámra⁵ vetítve mintegy félmillió embert érint (501 297 fő; \pm 95 183). Ennél nagyobb a közepes nikotinfüggéssel jellemezhetőeknek az aránya, akik a magyar felnőtt lakosság 21,4%-át (\pm 2,3%) teszik ki, ami lakosságszámra vetítve 1 357 943 főt (\pm 145 947) jelent. Az alacsony nikotinfüggéssel jellemezhetőek aránya az előző csoportokhoz képest alacsony (2,5%; \pm 0,8), azaz a lakosságszámra vetítve 158 638 főt (\pm 50 764) jelent. A nikotinfüggés részletes adatait a rendszeresen dohányzók körébe a 2. táblázatban foglaltuk össze. A rendszeres dohányzók túlnyomó többsége közepes vagy erős nikotinfüggést mutat.

A nikotinfüggés mutatói esetében rendre megfigyelhetünk nemi mintázódást. A rendszeresen dohányzó férfiak szignifikánsan több szál cigarettát szívnak el naponta, mint a nők (17,5 szál [szórás=6,54] versus 14,7 szál [szórás=6,87], $t=4,24$ $p<0,001$; Cohen $d=0,42$). Emellett a rendszeres dohányosok esetében az első rágyújtás ideje a férfiak 94,2%-ánál, míg a nők 81,3%-ánál esik a felébredést követő első 30 percre ($\chi^2=17,82$; $p<0,001$; $EH=3,75$ [1,97–7,17]).

Az összesített dohányzás súlyossága index alapján a férfiaknak szignifikánsan magasabb a nikotinfüggése, mint a nőknek (férfiak: átlag=3,11, szórás=0,98; illetve nők: átlag=2,61, szórás=1,16; $t(273,485)=4,51$, $p<0,001$; Cohen $d=0,47$). Amennyiben ezt a függőség kategóriáiban fejezzük ki, akkor a rendszeresen dohányzó férfiaknak 1,90-szer [1,16–3,11] nagyobb az esélye a magas nikotinfüggésre, mint a rendszeresen dohányzó nőknek.

használt mutatója, amely két kérdésből számítható ki. A jelen vizsgálatban használt két kérdés: „Azokon a napokon, amikor hagyományos cigarettát használ, ébredés után mennyi idővel gyújt rá az első cigarettára?” (‘5 percen belül’: 3 pont; ‘6–30 perc’: 2 pont; ‘31–60 percen belül’: 1 pont; ‘60 perccel később’: 0 pont), illetve „Azokon a napokon, amikor cigarettázik, akkor naponta általában hány szál cigarettát szív el?” (‘31 vagy több szál’: 3 pont; ‘21–30 szál’: 2 pont; ‘11–20 szál’: 1 pont; ‘10 vagy kevesebbet’: 0 pont). Kategóriákban kifejezve: alacsony nikotinfüggőség: 0–1 pont; közepes nikotinfüggés: 2–3 pont; magas nikotinfüggés: 4–6 pont (Svicher et al., 2018; magyarul lásd Péntzes, 2020).

⁵ A BM Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkársága (BM NYHÁT) 2019. január 1-i nyilvántartása szerint az érvényes lakcímmel rendelkező 18–64 éves felnőtt lakosság létszáma 6 345 527 fő.

2. táblázat: A nikotinfüggés mutatóinak és kategóriáinak előfordulása nemek szerint a rendszeresen dohányzó felnőtt lakosság körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	férfiak		nők		p	összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Naponta elszívott cigaretták száma								
31 szál vagy több	270	2,2	156	1,3	p<0,001	426	1,9	±1,3
21–30 szál		11,5		5,8			9,4	±2,8
11–20 szál		63,7		51,9			59,4	±4,7
10 vagy kevesebb		22,6		41,0			29,3	±4,31
A reggeli első cigarettára való rágyújtás ideje								
5 percen belül	277	26,0	155	17,4	p<0,001	432	23,0	±4,0
6–30 percen belül		68,2		63,9			66,8	±4,4
31–60 percen belül		4,3		13,5			7,4	±2,5
60 percnél később		1,4		5,2			2,8	±1,6
A nikotinfüggés kategóriái*								
Magas nikotinfüggés	263	29,3	151	17,9	p<0,001	414	25,1	±4,2
Mérsékelt nikotinfüggés		67,3		67,5			67,4	±4,5
Alacsony nikotinfüggés		3,4		14,6			7,4	±2,5
Megjegyzés: N=válaszolók száma; p=szignifikancia-érték; CI=95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum * A dohányzás súlyossága index kategóriái: alacsony nikotinfüggőség: 0–1 pont; közepes nikotinfüggőség: 2–3 pont; magas nikotinfüggés: 4–6 pont (Svicher et al., 2018; Péntes, 2020).								

2.1.6. A dohányzásról leszokásra való készenlét

A dohányzásról való leszokás támogatásának népegészségügyi programokban és klinikai beavatkozásoknál kiemelt jelentőségű eleme a dohányos leszokási motivációja. Ennek felmérésére Prochaska és DiClemente a változás szakaszairól kidolgozott modelljét (Prochaska et al., 1992) vettük alapul. A részletes eredményeket a 3. táblázatban mutatjuk be. A rendszeres – napi szintű – dohányosok 45,1%-a [±4,7] gondolkodik valamilyen szinten azon, hogy abbahagyja a dohányzást. A rendszeres dohányosok mindössze 2,1%-a [±1,4] van a leszokás tervezésének vagy a cselekvésnek a stádiumában, és mintegy 4,2% [±2,6] fontolgatja komolyabban a leszokást. A leszokás tervezésében vagy a cselekvés stádiumában levő dohányosok megfelelő szakmai segítséggel nagyobb hatékonysággal tudnának leszokni. Ugyanakkor ez komoly erőforrásokat igényelne, hiszen ehhez a teljes 18 és 64 év közötti lakosságra vetítve 41 432 fő [± 26 873] támogatását kellene biztosítani. A leszokás iránt érdeklődő, azt komolyan fontolgató napi rendszerességű dohányosok száma pedig a teljes lakosságra vetítve 82 863 fő [± 51 296]. A leszokásra való készenlétet illetően nemi különbséget

nem találtunk. Az iskolai végzettséget illetően a legalább érettségi végzettséggel bírók (vagy folyamatban lévő tanulmányaik alapján várhatóan érettségit szerzők) szignifikánsan nagyobb arányban töprengenek a leszokáson (4. táblázat).

3. táblázat: A dohányzásról való leszokásra való készenlét előfordulása a rendszeres, napi szinten dohányzók körében, nemek szerint (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	férfiak		nők		p	összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Nem gondolkodik a leszokáson	276	58,3	154	48,7	0,412	430	54,9	±4,7
Gondolkodik, de nem tudja, mikor teszi le		27,9		35,1			30,5	±4,4
Gondolkodik, de nem egy éven belül szeretne		7,2		10,4			8,4	±2,6
Egy éven belül, de meg nem kész a cselekvésre (1 éven belül)		4,3		3,9			4,2	±1,9
Előkészületben van (6 hónapon belül)		1,1		1,3			1,2	±1,0
Elhatározott a cselekvésre (1 hónapon belül)		1,1		0,6			0,9	±0,9
Megjegyzés: p: Fisher egzakt p								

4. táblázat: A dohányzásról való leszokásra való készenlét előfordulása a rendszeres, napi szinten dohányzók körében, várható legmagasabb iskolai végzettség szerint (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Nem érettségizett		Érettségizett		p
	N	%	N	%	
Nem gondolkodik a leszokáson	261	59,4	169	47,9	0,061
Gondolkodik, de nem tudja, mikor teszi le		28,7		32,5	
Gondolkodik, de nem egy éven belül szeretne		8,0		9,5	
Egy éven belül, de meg nem kész a cselekvésre		2,3 _a		7,1 _b	
Előkészületben van		0,8		1,8	
Elhatározott a cselekvésre		0,8		1,2	
Megjegyzés: p: Fisher egzakt p; a különböző betűvel jelzett értékek szignifikánsan ($p < 0,05$) eltérnek egymástól.					

2.2. A dohányzás elterjedtsége a budapesti fiatal felnőttek körében

A BLS 2019-es vizsgálatának eredményei alapján – a felnőtt népesség körében országosan mért értékkel hibahatáron belül megegyező arányban – a budapesti fiatal felnőttek 31,3%-a ($\pm 1,5\%$) rendszeres napi szintű dohányzásról, 3,7%-a ($\pm 0,6\%$) alkalmi dohányzásról számolt be (5. táblázat). A budapesti fiatal felnőttek körében szignifikánsan alacsonyabb mértékű az e-cigaretta aktuális használata a felnőtt lakosságra országosan jellemző használathoz képest (2,2%

versus 3,3%; $z=2,2$, $p=0,0265$), azonban a rendszeres napi használat mértékében nem találtunk szignifikáns különbséget. Ugyanakkor a teljes 18–64 év közötti lakossághoz képest a budapesti fiatal felnőttek az életük során szignifikánsan nagyobb arányban próbálták ki vagy használták valaha az e-cigaretta (14,0% versus 7,7%, $z=6,1$, $p<0,001$).

5. táblázat: A dohányzás előfordulása nemek szerint és összesen a budapesti 18–34 éves fiatal felnőtt lakosság körében (a BLS 2019 adatfelvétel alapján, a válaszolók százalékában)

	férfiak		nők		p	összesen		
	N	%	N	%		N	%	CI
Aktuális használat prevalenciája								
Dohányzás	1872	44,7	1998	26,0	<0,001	3870	35,0	±1,5
Rendszeres (napi) dohányzás	1873	40,4	1998	22,8	<0,001	3871	31,3	±1,5
Alkalmi dohányzás	1872	4,2	1997	3,2	0,094	3869	3,7	±0,6
E-cigaretta-használat	1869	2,6	1998	1,7	0,036	3867	2,2	±0,5
E-cigaretta rendszeres napi használat	1869	1,0	1997	0,7	0,286	3866	0,9	±0,3
Életprevalencia								
Dohányzás	1867	57,1	1984	39,5	<0,001	3851	48,0	±1,6
Rendszeres (napi) dohányzás	1840	42,3	1971	24,5	<0,001	3811	33,1	±1,5
E-cigaretta-használat	1821	16,7	1928	11,4	<0,001	3749	14,0	+1,1
E-cigaretta rendszeres napi használat	1797	1,2	1914	0,7	0,169	3711	0,9	±0,3
Megjegyzés: N=válaszolók száma; p=szignifikancia-érték; CI=95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum								

3. A DOHÁNYZÁS SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MINTÁZÓDÁSA A FELNŐTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

3.1. A dohányzás szociodemográfiai mintázódása a felnőtt lakosság körében

A hagyományos dohányzás és az e-cigaretta használatának mintázódását a főbb szociodemográfiai jellemzők – életkor, urbanizációs és kulturális státus – mentén vizsgáltuk a 18–64 éves népesség körében. A rendszeres – napi szintű – dohányzásra vonatkozó adatokat a 6. táblázatban mutatjuk be. Mint már korábban bemutattuk, az aktuális dohányzást illetően a férfiak 2,79-szer nagyobb eséllyel dohányoznak rendszeresen, mint a nők, az élettartamot illetően pedig 2,66-szor nagyobb az esélye a férfiaknak a rendszeres dohányzásra. A várható legmagasabb iskolai végzettség szerint is szignifikáns mintázódást látunk. A legalacsonyabb iskolai végzettségű csoportban a rendszeres dohányzás esé-

lye 4,27-szer [2,73–6,69] nagyobb a legmagasabb iskolai végzettségűekhez viszonyítva. Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy a legmagasabb iskolai végzettségűekhez viszonyítva minden más csoportban magasabb a rendszeres dohányzás esélye (szakmunkásoknál: 3,63 [2,32–4,88], érettségizetteknél pedig 1,87 [1,28–2,74]). A mintázódás lényegében független attól, hogy az élettartamra vonatkozó vagy az aktuális rendszeres dohányzást vizsgáljuk. Az összefüggések leíró-statisztikai elemzése során az életkor és a lakhely urbanizációs szintje nem mutatott összefüggést a rendszeresen dohányzók arányával.

A hagyományos dohányzáshoz képest eltérő mintázatot látunk az e-cigarettával kapcsolatban (7. táblázat). Nem meglepő, de szembetűnő az e-cigaretta használatának eltérő életprevalencia-értéke a különböző életkori csoportokban. Az élettartam-mutatóban az e-cigaretta kipróbálása elterjedtebb a fiatalok körében. Az életkori csoportok szignifikánsan különböznek az élettartam során való használatban, de az aktuális használatban nem. Mindez arra utalhat, hogy elsősorban az e-cigarettával kapcsolatos tapasztalatszerzésben lehet a lényeges életkori különbség. Továbbá területi eltérések is mutatkoznak, azaz a közepes méretű településeken (>50 000 fő, Budapestet kivéve) szignifikánsan nagyobb arányban szereztek e-cigarettával kapcsolatos tapasztalatokat.

Népegészségügyi jelentősége okán megvizsgáltuk a dohányzásról leszokás kapcsolatát is a főbb szociodemográfiai jellemzőkkel (lásd 8. táblázat). Bár a felmérés időpontjában a leszokásra való készenlétben nem (lásd 3. táblázat), a leszokottak arányában azonban találtunk nemi különbséget. A nők 48%-kal nagyobb eséllyel (EH=1,48 [1,11–1,98]) szoktak le a dohányzásról, mint a férfiak. Az eltérés értelmezhető azzal, hogy a leszokás olyan mutató, ami az élettartam során bekövetkezett változást tükrözi a leszokás státuszában, ezzel szemben a leszokásra való készenlét az aktuális motivációs státuszt tükrözi a leszokással kapcsolatban a még dohányzók körében. A nemi mintázat mellett szignifikáns urbanizációs mintázat is megfigyelhető: a vidékiek körében a dohányzásról való leszokás háromszor nagyobb eséllyel (EH=3,05 [1,78–5,22]) fordult elő a budapestiekhez viszonyítva. A településméretet is figyelembe véve pedig a Budapesten élőkhez viszonyítva az 50 ezer főnél nagyobb létszámú településeken élők több mint kétszer (EH=2,73 [1,48–5,06]), az ennél kisebb településeken mintegy háromszor nagyobb eséllyel (EH=3,13 [1,82–5,39]) szoktak le a cigarettáról. Ez az összefüggés lényegében nem változott az életkor és a várható legmagasabb iskolai végzettség kontrollálásával sem. Ennek a mintázódásnak a háttérben részben a dohánytermékek eltérő hozzáférhetőségét is feltételezhetjük, azonban ennek vizsgálatához nem rendelkezünk hozzáférhető adatokkal. A leszokók aránya eltért a várható legmagasabb iskolai végzettség mentén is. A dohányzásról való leszokás legnagyobb arányban a legmagasabb iskolai

végzettségű csoportban mutatkozott. A felsőfokú iskolát végzettek körében mintegy kétszerese a dohányzásról való leszokás esélye (EH=2,14 [1,21–3,79]) a legfeljebb nyolc általánost végzettekhez képest.

6. táblázat: A rendszeres dohányzás mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Aktuális rendszeres (napi) dohányzás					Rendszeres (napi) dohányzás – élettartam				
	N	%	χ^2 (df)	p	ϕ/V	N	%	χ^2 (df)	p	ϕ/V
Nem										
férfi	649	43,8	76,50 (1)	<0,001	0,21	623	50,9	72,38 (1)	<0,001	0,23
nő	735	21,8				699	28,0			
Életkor										
18–24	161	28,0	5,45 (4)	0,244	0,06	154	31,2	8,24 (4)	0,083	0,08
25–34	281	32,0				270	36,7			
35–44	352	34,6				331	42,9			
45–54	307	34,9				297	41,8			
55–64	281	28,1				270	36,7			
Budapest–vidék										
vidék	1153	32,5	0,62 (1)	0,430	0,02	1108	39,7	2,37 (1)	0,124	0,04
Budapest	231	30,0				214	34,1			
Településméret										
<50 000	908	33,0	1,14 (2)	0,564	0,03	879	40,3	2,93 (2)	0,231	0,05
≥50 000	245	30,6				229	37,6			
Budapest	231	30,0				214	34,1			
Várható legmagasabb iskolai végzettség										
8 általános vagy kevesebb	160	46,0 _a	63,24 (3)	<0,001	0,21	153	51,6	49,92 (3)	<0,001	0,19
szakmunkás	485	40,4 _a				462	47,4			
érettségi	476	27,3 _b				456	33,1			
felsőfok/ egyetem utáni képzés	262	16,9 _c				251	25,5			
Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan V: Cramer-féle V együttható (a 2-nél több változóértékkel rendelkező változók esetében) ϕ : Phi korrelációs hatásméret-mutató (a dichotóm változók esetében) A szignifikáns kapcsolatot (p<0,05) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre. Az eltérő alsó indexek statisztikailag szignifikáns (p<0,05) különbséget jeleznek.										

7. táblázat: Az e-cigaretta-használat mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	Aktuális e-cigaretta-használat					E-cigaretta használat – élettartam				
	N	%	χ^2 (df)	p	φ/V	N	%	χ^2 (df)	p	φ/V
Nem										
férfi	643	4,2	3,17(1)	0,075	0,05	623	8,0	0,17 (1)	0,680	0,01
nő	726	2,5				714	7,4			
Életkor										
18-24	160	3,8	5,07 (4)	0,280	0,06	154	12,3 _a	13,90 (4)	0,008	0,10
25-34	280	5,0				275	10,5 _a			
35-44	348	3,4				342	8,2 _{ab}			
45-54	304	2,8				296	4,7 _b			
55-64	278	1,8				271	5,2 _{ab}			
Budapest–vidék										
vidék	1140	3,4	0,39 (1)	0,535	0,02	1117	8,2	3,50 (1)	0,061	0,05
Budapest	229	2,6				219	4,6			
Településméret										
<50 000	899	3,2	1,46 (2)	0,483	0,03	879	7,2 _a	11,29 (2)	0,004	0,09
≥50 000	243	4,5				239	12,6 _b			
Budapest	229	2,6				103	4,6 _a			
Várható legmagasabb iskolai végzettség										
8 általános vagy kevesebb	159	1,9	2,62 (3)	0,453	0,044	152	3,3 _a	7,22 (3)	0,065	0,07
szakmunkás	477	2,9				470	7,0 _b			
érettségi	473	3,4				464	8,4 _b			
felsőfok/ egyetem utáni képzés	260	4,6				252	10,3 _b			
<p>Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V együtttható (a 2-nél több változóértékkel rendelkező változók esetében); φ: Phi korrelációs hatásméret-mutató (a dichotóm változók esetében). A szignifikáns kapcsolatot ($p < 0,050$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.</p> <p>Az eltérő betűkkel jelzett értékek statisztikailag szignifikánsan ($p < 0,05$) térnek el egymástól a páros z-teszt szerint.</p>										

8. táblázat: A dohányzásról leszokás* mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	(%)	χ^2 (df)	p	ϕ/V
Nem					
férfi	630	14,1	7,24 (1)	0,007	0,07
nő	712	19,7			
Korcsoport					
18–24	159	12,6	3,0 (4)	0,549	0,05
25–34	224	17,6			
35–44	337	18,1			
45–54	301	16,3			
55–64	222	18,4			
Budapest–vidék					
vidék	1124	19,0	18,68 (1)	<0,001	0,12
Budapest	217	6,9			
Településméret					
<50.000	887	19,4 _a	19,26(2)	<0,001	0,12
≥50.000	237	17,3 _a			
Budapest	217	17,3 _a			
Várható legmagasabb iskolai végzettség					
8 általános vagy kevesebb	158	11,5 _a	9,95	0,019	0,09
szakmunkás	467	15,0 _a			
érettségi	462	18,2 _{ab}			
felsőfok/egyetem utáni képzés	257	22,2 _b			
<p>Megjegyzések: * A dohányzásról leszokás definíciója: korábban rendszeresen vagy alkalmanként dohányzott, de aktuálisan nem dohányzik se rendszeresen, se alkalmanként. N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V együttható (a 2-nél több változóértékkel rendelkező változók esetében); ϕ: Phi korrelációs hatásméret-mutató (a dichotóm változók esetében). A szignifikáns kapcsolatot ($p < 0,050$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.</p>					

3.2. A dohányzás és az e-cigaretta-használat összefüggései szociológiai és pszichológiai változókkal

A szociodemográfiai, szociológiai és pszichológiai változók kapcsolatát az aktuális rendszeres dohányzással, illetve az élettartamra vonatkozó e-cigaretta-használattal több lépésben vizsgáltuk. Ahogy a 9. és a 10. táblázatban láthatjuk, az első lépésben a magyarázó változók és a célváltozók közötti páronkénti, nemkontrollált kapcsolatokat vizsgáltuk, majd a demográfiai és a szociológiai változókat együttesen beépítve magyaráztuk a dohányzói státuszt (szociodemográfiai

modell), végül mindehhez a pszichológiai változókat is beléptettük a modellünkbe (pszichoszociális modell), együtt vizsgálva ezt a három változó csoportot.

3.2.1. A dohányzás és az e-cigaretta-használat szociodemográfiai meghatározottsága

A férfiak korábban bemutatott magasabb esélye a rendszeres dohányzásra a szociodemográfiai változókat kontroll alatt tartó többváltozós elemzésben is fennmaradt, bár az esélyhányados értéke kismértékben csökkent.

A páronkénti, nemkontrollált elemzésekben a korábban már bemutatott nemi és végzettségi mintázódás mellett a munkavégzéssel töltött több idő, a hátrányos helyzet, az átlagnál rosszabb szubjektív anyagi helyzet, a családban előforduló kockázati magatartások, valamint az anómia magasabb mértéke jár együtt a dohányzás nagyobb esélyével. A vallásosság a nem vallásos / ateista beállítódással szemben a dohányzás alacsonyabb esélyét mutatta.

A többváltozós modellben a szociodemográfiai változók statisztikai kontrollálása mellett a dohányzás szignifikáns magyarázó változói a nem, az iskolai végzettség, a családi diszfunkciók, a vallásosság és az anómia voltak. A többváltozós elemzésben is megmaradt, hogy az alacsonyabb iskolai végzettség a rendszeres dohányzás magasabb esélyével jár együtt. További fontos eredmény, hogy a dohányzás stabil kockázati tényezője a családi diszfunkciót jelző kockázati magatartások száma az egyéb változók kontrollálása mellett is megmaradt. Hasonlóképpen az anómia kockázati szerepe a többi változó kontrollálása mellett is megjelent. Végül a kockázati tényezők mellett a vallásosság stabil protektív tényezőnek mutatkozott a többváltozós elemzésekben is.

A szociodemográfiai változók kapcsolatát az e-cigaretta-használattal is megvizsgáltuk (10. táblázat). Az e-cigaretta élettartam során történő használatát alkalmaztuk a célindikátornak, hogy növeljük az elemzés statisztikai erejét. A páronkénti elemzések azt mutatják, hogy az e-cigarettával kapcsolatos tapasztalat nagyobb eséllyel jelent meg a fiatalabbak, a magasabb iskolai végzettségűek, a nagyvárosi (de nem fővárosi) lakosok, az anyagi helyzetüket az átlagosnál jobbnak érzelők, a nagyobb háztartásokban élők és a nem vallásosok, valamint a vallásosságuk tekintetében bizonytalanok körében. Továbbá érdemes még kiemelni, hogy a családban előforduló kockázati magatartások / családi diszfunkciók is az e-cigaretta használatának nagyobb esélyével járnak együtt. A szociodemográfiai változókat kontroll alatt tartó többváltozós elemzésekben az életkornak, a település méretének, a családban előforduló kockázati magatartásoknak, az anómiának, valamint a vallásosságának marad szignifikáns magyarázó ereje. Az e-cigaretta-használat kapcsolata a szociodemográfiai változókkal számos pontban eltér a hagyományos

cigaretta-hoz viszonyítva. Az e-cigaretta használata esetében nem találunk nemi, illetve kulturális státusz szerint különbséget, ugyanakkor a hagyományos dohányzástól eltérően szignifikáns életkori és urbanizációs mintázatot igen: a fiatalabbak körében, valamint a vidéki városokban élők esetében magasabb az e-cigaretta használatának esélye. A vallásosság megóvó szerepe ugyan mindkét dohányzói magatartás esetében megjelent, azonban a vallással kapcsolatos beállítódásuk tekintetében bizonytalanok körében nagyobb az e-cigaretta használatának esélye.

3.2.2. A pszichológiai változók kapcsolata a dohányzással és az e-cigaretta-használattal

A páronkénti elemzésben a pszichológiai változóink közül az impulzivitás, a szenzoros élménykeresés, az aggodalmaskodás, a testi tünetek és a mentalizáció bizonytalanság faktora egyaránt együtt járt a rendszeres dohányzás nagyobb esélyével. Másképpen fogalmazva, a dohányzókra az impulzivitás, a szenzoros élménykeresés, az aggodalmaskodás, a testi tünetek és a mentalizáció bizonytalanság-faktorának magasabb szintje jellemző. Ezzel szemben az étellel való elégedettség, az általános jóllét és a mentalizáció bizonyosság-faktorának magasabb szintje a rendszeres dohányzás kisebb esélyével jár együtt. Azaz a rendszeres dohányosokra alacsonyabb étellel való elégedettség, rosszabb általános jóllét és a mentalizáció bizonyosság-faktorának alacsonyabb szintje jellemző a nem dohányosokhoz viszonyítva. A többváltozós elemzésben – a demográfiai, szociológiai és pszichológiai változók együttes beléptetésével – az étellel való elégedettség és a szenzoros élménykeresés a dohányzás szignifikáns magyarázó változója maradt. Azaz az egyéb változók kontrollja mellett elmondható, hogy a dohányosokra alacsonyabb étellel való elégedettség és magasabb szenzoros élménykeresés jellemző. A pszichológiai változók modellbe vonása – az anómia szerepének kiesésén kívül – a szociodemográfiai tényezők szerepét érdemben nem befolyásolta.

Az e-cigaretta használatára vonatkozóan a páronkénti elemzések alapján a pszichológiai változók közül a magasabb impulzivitás, magasabb szenzoros élménykeresés, a rumináció, az aggodalmaskodás, valamint az alacsonyabb bizonyosság járt együtt az e-cigaretta használatának nagyobb esélyével. Ugyanakkor a szociodemográfiai és pszichológiai változók kontrollja mellett a többváltozós elemzésben a pszichológiai változók közül csupán a szenzoros élménykeresés mutatott szignifikáns kapcsolatot az e-cigaretta élettartam során történő használatával. A pszichológia tényezők kontroll alatt tartása esetén – a szociodemográfiai modellhez képest – az életkor, az anómia, illetve a vallással kapcsolatos beállítódás elvesztette szignifikáns szerepét.

9. táblázat: Bináris logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata az aktuális rendszeres dohányzással a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a rendszeres dohányzással ⁶		Szociodemográfiai modell a rendszeres dohányzás előjelzésére ⁷		Pszichoszociális többváltozós modell a rendszeres dohányzás előjelzésére ⁸	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Férfi nem (ref.: női nem)	2,79 [2,20–3,52]	<0,001	2,56 [1,90–3,45]	<0,001	2,17 [1,55–3,05]	<0,001
Életkor	1,00 [0,99–1,01]	0,845	1,00 [0,99–1,01]	0,930	1,01 [0,99–1,02]	0,429
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)						
legalább 50 ezer fős vidéki város	0,89 [0,66–1,21]	0,461	0,89 [0,59–1,31]	0,525	0,77 [0,49–1,22]	0,271
Budapest	0,87 [0,63–1,19]	0,368	0,98 [0,65–1,48]	0,921	1,01 [0,64–1,59]	0,966
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)						
szakmunkás	0,79 [0,55–1,13]	0,192	0,72 [0,34–1,56]	0,408	0,97 [0,41–2,29]	0,943
érettségi	0,44 [0,30–63]	<0,001	0,55 [0,25–1,18]	0,126	0,59 [0,25–1,39]	0,225
felsőfok/ egyetem utáni képzés	0,23 [0,15–0,37]	<0,001	0,32 [0,13–0,76]	0,011	0,33 [0,12–0,90]	0,031
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzettség hiánya)	0,80 [0,60–1,08]	0,151	0,89 [0,48–1,65]	0,712	0,80 [0,40–1,59]	0,519
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)						
nincs mobilitás	1,23 [0,97–1,56]	0,083	0,97 [0,70–1,34]	0,835	0,90 [0,62–1,30]	0,568
lefelé történő mobilitás	1,35 [0,76–2,39]	0,313	0,97 [0,47–1,98]	0,932	1,09 [0,48–2,46]	0,836
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	1,01 [1,00–1,01]	0,03	1,01 [1,00–1,02]	0,205	1,01 [1,00–1,03]	0,029

⁶ A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó a rendszeres dohányzás (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

⁷ Bináris logisztikus regressziós modell, amiben a kimeneti változó a rendszeres dohányzás (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként a szociodemográfiai változókat egyszerre tartalmazta a modell.

⁸ Bináris logisztikus regressziós modell, amiben a kimeneti változó a rendszeres dohányzás (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként a szociodemográfiai és a pszichoszociális változókat egyszerre tartalmazta a modell.

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a rendszeres dohányzással ⁶		Szociodemográfiai modell a rendszeres dohányzás előrejelzésére ⁷		Pszichoszociális többváltozós modell a rendszeres dohányzás előrejelzésére ⁸	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 125 ezer Ft vagy kevesebb)*						
126–180 ezer Ft	0,98 [0,45–2,12]	0,954				
181–255 ezer Ft	0,79 [0,38–1,63]	0,518				
256–380 ezer Ft	0,70 [0,34–1,42]	0,320				
381–400 ezer Ft	0,50 [0,23–1,08]	0,078				
400 ezer Ft felett	0,54 [0,25–1,17]	0,120				
Hátrányos helyzet index	1,43 [1,27–1,60]	<0,001	1,02 [0,97–1,08]	0,437	1,24 [0,97–1,58]	0,092
Szubjektív anyagi helyzet (ref.: átlagnál jobb)						
átlagos	1,14 [0,84–1,55]	0,407				
átlagnál rosszabb	2,50 [1,71–3,64]	<0,001				
Háztartásméret	1,07 [0,98–1,17]	0,125	1,11 [0,98–1,25]	0,111	1,14 [0,98–1,31]	0,077
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	0,93 [0,69–1,24]	0,614				
Családban előforduló kockázati magatartások száma (ref.: 0 kockázat)						
1	4,30 [2,78–6,66]	<0,001	3,85 [2,36–6,29]	<0,001	5,04 [2,81–9,03]	<0,001
2	5,08 [3,23–7,98]	<0,001	4,31 [2,60–7,16]	<0,001	5,21 [2,86–9,50]	<0,001
3 vagy több	6,20 [3,90–9,86]	<0,001	5,37 [3,17–9,09]	<0,001	5,42 [2,88–10,19]	<0,001
Vallásosság (ref.: nem vallásos / ateista)						
vallásos	0,52 [0,41–0,66]	<0,001	0,61 [0,45–0,83]	<0,001	0,69 [0,48–0,98]	0,040
nem tudja	1,04 [0,65–1,66]	0,875	1,04 [0,58–1,86]	0,893	0,99 [0,52–1,89]	0,967
Anómia	1,06 [1,04–1,08]	<0,001	1,04 [1,01–1,06]	0,012	1,01 [0,98–1,05]	0,489
Élettel való elégedettség (általános)	0,70 [0,62–0,79]	<0,001			0,77 [0,61–0,96]	0,020
Társas integráció index	0,88 [0,77–1,00]	0,054	1,13 [0,93–1,38]	0,217	1,12 [0,89–1,41]	0,356

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések a rendszeres dohányzással ⁶		Szociodemográfiai modell a rendszeres dohányzás előrejelzésére ⁷		Pszichoszociális többváltozós modell a rendszeres dohányzás előrejelzésére ⁸	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Általános jóllét	0,93 [0,89–0,96]	<0,001			1,00 [0,93–1,07]	0,994
Impulzivitás*	1,05 [1,02–1,08]	<0,001				
Szenzoros élménykeresés	1,04 [1,02–1,06]	<0,001			1,06 [1,03–1,10]	<0,001
Rumináció	1,02 [1,00–1,04]	0,074			1,00 [0,96–1,04]	0,985
Aggodalmaskodás	1,05 [1,01–1,09]	0,020			0,98 [0,91–1,06]	0,605
Testi tünetek	1,46 [1,05–2,02]	0,024			1,38 [0,81–2,36]	0,240
Mentalizáció: bizonyosság	0,87 [0,77–0,98]	0,025			1,23 [0,97–1,56]	0,092
Mentalizáció: bizonytalanság	1,59 [1,18–2,16]	0,003			1,02 [0,62–1,68]	0,934
Nagelkerke R ²			23%		27%	
			N=1049		N=890	

Megjegyzések: OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal.
 Ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében.
 A szignifikáns ($p < 0,050$) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.
 * A magyarázó változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.

10. táblázat: Bináris logisztikus regressziós modellek: szociodemográfiai és pszichológiai tényezők kapcsolata az élettartamra vonatkozó e-cigaretta-használattal a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az e-cigaretta-használattal ⁹		Szociodemográfiai modell az e-cigaretta használatának előrejelzésére ¹⁰		Pszichoszociális modell az e-cigaretta használatának előrejelzésére ¹¹	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Férfi nem (ref.: női nem)	1,10 [0,73–1,64]	0,658	0,92 [0,55–1,54]	0,754	0,70 [0,38–1,26]	0,233
Életkor	0,97 [0,96–0,99]	<0,001	0,97 [0,95–1,00]	0,016	0,98 [0,96–1,01]	0,154
Településméret (ref.: 50 ezer fő alatti lakosságú település)						
legalább 50 ezer fős vidéki város	1,86 [1,17–2,95]	0,009	2,02,92 [1,14–3,59]	0,017	1,96 [1,02–3,75]	0,043
Budapest	0,65 [0,33–1,28]	0,215	0,63 [0,27–1,45]	0,279	0,65 [0,26–1,61]	0,352
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: 8 általános vagy kevesebb)						
szakmunkás	2,28 [0,87–6,02]	0,095	2,65 [0,67–1021]	0,157	2,41 [0,57–10,21]	0,234
érettségi	2,76 [1,06–7,19]	0,039	2,70 [0,70–10,39]	0,149	2,15 [0,51–9,09]	0,298
felsőfok/ egyetem utáni képzés	3,42 [1,27–9,20]	0,015	3,87 [0,86–17,38]	0,078	4,02 [0,78–20,69]	0,096
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzettség hiánya)	1,10 [0,63–1,92]	0,736	0,78 [0,33–1,83]	0,562	0,73 [0,28–1,88]	0,509
Intergenerációs képzettségi mobilitás (ref.: felfelé történő mobilitás)						
nincs mobilitás	0,92 [0,60–1,41]	0,707	1,30 [0,74–2,26]	0,359	1,43 [0,76–2,66]	0,266
lefelé történő mobilitás	1,47 [0,59–3,65]	0,407	2,31 [0,76–7,02]	0,139	1,62 [0,40–6,56]	0,497
Munkavégzéssel töltött idő (órák száma)	0,99 [0,98–1,00]	0,215	0,99 [0,98–1,01]	0,282	1,00 [0,99–1,02]	0,814

⁹ A páronkénti kapcsolatok tesztelése külön-külön elvégzett bináris logisztikus regressziós modellek keretében történt, melyben a kimeneti változó az e-cigaretta-használat (életprevalencia) (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg a magyarázó változó az adott sorban megemlített változó volt.

¹⁰ Bináris logisztikus regressziós modell, amiben a kimeneti változó az e-cigaretta-használat (életprevalencia) (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként a szociodemográfiai változókat egyszerre tartalmazta a modell.

¹¹ Bináris logisztikus regressziós modell, amiben a kimeneti változó az e-cigaretta-használat (életprevalencia) (0 = Nincs jelen, 1 = Jelen van), míg magyarázó változóként a szociodemográfiai és a pszichoszociális változókat egyszerre tartalmazta a modell.

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az e-cigaretta-használattal ⁹		Szociodemográfiai modellel az e-cigaretta használatának előrejelzésére ¹⁰		Pszichoszociális modell az e-cigaretta használatának előrejelzésére ¹¹	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Háztartás havi nettó jövedelme (ref.: 125 ezer Ft vagy kevesebb)*						
126–180 ezer Ft	3,06 [0,47–19,87]	0,241				
181–255 ezer Ft	2,31 [0,37–14,52]	0,372				
256–380 ezer Ft	1,64 [0,26–10,28]	0,597				
381–400 ezer Ft	1,92 [0,29–12,73]	0,501				
400 ezer Ft felett	2,70 [0,42–17,38]	0,297				
Hátrányos helyzet index	0,89 [0,72–1,10]	0,275	0,93 [0,85–1,03]	0,854	0,97 [0,64–1,48]	0,903
Szubjektív anyagi helyzet (ref: átlagnál jobb)						
átlagos	0,53 [0,33–0,84]	0,007				
átlagnál rosszabb	0,60 [0,32–1,13]	0,114				
Háztartásméret	1,19 [1,03–1,38]	0,022	1,19 [0,96–1,48]	0,117	1,29 [1,02–1,64]	0,033
Együttélő kapcsolat megléte (ref.: kapcsolat hiánya)*	0,72 [0,44–1,17]	0,183				
Családban előforduló kockázati magatartások száma (ref.: 0 kockázat)						
1	4,14 [1,63–10,50]	0,003	3,73 [1,41–9,88]	0,008	3,24 [1,08–9,71]	0,036
2	5,03 [1,96–12,89]	0,001	4,90 [1,80–13,29]	0,002	4,21 [1,36–12,99]	0,012
3 vagy több	5,26 [2,02–13,75]	0,001	5,34 [1,95–14,64]	0,001	5,20 [1,69–16,03]	0,004
Vallásosság (ref.: nem vallásos/ateista)						
vallásos	0,52 [0,33–0,82]	0,005	0,72 [0,41–1,26]	0,247	0,66 [0,35–1,28]	0,221
nem tudja	2,23 [1,19–4,19]	0,012	2,28 [1,06–4,91]	0,035	2,20 [0,96–5,03]	0,063
Anómia	1,02 [0,99–1,06]	0,152	1,06 [1,01–1,11]	0,013	1,01 [0,96–1,08]	0,641
Élettel való elégedettség (általános)	0,85 [0,70–1,05]	0,124			0,83 [0,58–1,18]	0,303
Társas integráció index	1,24 [0,98–1,57]	0,076	0,98 [0,70–1,36]	0,890	0,88 [0,61–1,27]	0,498

	Páronkénti, nemkontrollált összefüggések az e-cigaretta-használattal ⁹		Szociodemográfiai modell az e-cigaretta használatának előrejelzésére ¹⁰		Pszichoszociális modell az e-cigaretta használatának előrejelzésére ¹¹	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Általános jóllét	0,97 [0,90–1,03]	0,292			0,94 [0,84–1,05]	0,279
Impulzivitás*	1,08 [1,04–1,13]	<0,001				
Szenzoros élménykeresés	1,09 [1,05–1,12]	<0,001			1,08 [1,03–1,14]	0,002
Rumináció	1,06 [1,03–1,09]	0,001			1,03 [0,96–1,10]	0,453
Aggodalmaskodás	1,07 [1,01–1,14]	0,033			1,00 [0,86–1,12]	0,942
Testi tünetek	1,34 [0,78–2,28]	0,292			0,75 [0,32–1,78]	0,942
Mentalizáció: bizonyosság	0,73 [0,58–0,90]	0,004			1,13 [0,76–1,68]	0,554
Mentalizáció: bizonytalanság	1,55 [0,96–2,51]	0,075			1,00 [0,49–2,03]	0,991
Nagelkerke R ²			1012		861	
			14,3%		18,5%	

Megjegyzések: OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal.
 Ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében.
 A szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.
 * A prediktor-változót nem tartalmazza a többváltozós modell, mivel azon nagyszámú hiányzó adat található.

4. A DOHÁNYZÁS ELTERJEDTSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA FELNÖTT LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A különböző addiktológiai problémák, köztük a dohányzás elterjedtségének vizsgálatára irányuló, közel 20 éve zajló vizsgálatssorozat erőssége az azonos mérési módszerek azonos életkori csoportok reprezentatív mintáján való alkalmazása. Ez lehetővé teszi a dohányzás elterjedtségében bekövetkező változások monitorozását. Tekintve a keresztmetszeti adatokban jelentkező jelentős nemi különbségeket, valamint a férfiak és nők dohányzásának eltérő epidemiológiai alakulását (Wensink et al., 2020; Wéber, 2016), a változásokat érdemes nemi bontásban is, valamint a dohányzás különböző mutatóira külön-külön vizsgálni. Az adatokat a 11. táblázatban adjuk közre.

A dohányzás *aktuális elterjedtségét* vizsgálva – a napi és az alkalmi használói csoportot összevonva – a férfiak körében ugyan nem látszik világos trend, a nők körében azonban csökkenő gyakoriság figyelhető meg. A férfiak körében

a 2007-es felmérést kivéve statisztikai különbség nem mutatkozott. Csupán a 2001-es és a 2007-es ($z=2,05$, $p=0,040$), valamint a 2007-es és a 2019-es adat ($z=2,31$, $p=0,021$) között figyelhető meg szignifikáns különbség. Ez alapján kimondható, hogy a 18–64 év közötti férfiak körében a mintegy 20 éves periódust áttekintve nem látunk változást a dohányzás aktuális előfordulásában. A nők esetében a különböző időpontban elvégzett felmérések adatait összehasonlítva csökkenő gyakoriság figyelhető meg, a különbségek több esetben statisztikailag is szignifikánsnak mondhatók (2001 versus 2019 $z=4,00$, $p<0,001$; 2007 versus 2019 $z=3,58$, $p<0,001$), ugyanakkor ez a csökkenő tendencia az utóbbi két felmérésben már nem mutatkozott szignifikánsnak (2015 versus 2019 $z=1,68$, $p=0,093$).

Némileg eltérő kép alakul ki, ha a rendszeres (napi) dohányzás életprevalencia-értékében bekövetkező változásokat vizsgáljuk. A férfiak csoportjában a 2001-es felméréséhez képest minden későbbi felmérés során, így a teljes időszak vonatkozásában is, szignifikánsan alacsonyabb napi szintű dohányzásra vonatkozó életprevalenciát mértünk (2001 vs. 2007 $z=2,94$, $p<0,003$; 2001 vs. 2015 $z=3,16$, $p<0,002$; illetve 2001 vs. 2019 $z=2,50$, $p<0,012$), de a változás 2001 és 2007 között következett be, a későbbi években tapasztalt értékek már nem térnek el szignifikánsan egymástól. A nők esetében is szignifikánsan csökkent az elmúlt közel két évtizedben a napi rendszerességű dohányzás életprevalencia-értéke, de a trend részletei kicsit másként alakultak. A 2001-es és a 2007-es felmérésben stagnálás volt kimutatható (35,0% vs. 35,2%), az ezt követő időszakban 2015-re szignifikáns csökkenés (2001 vs. 2015 $z=2,28$, $p<0,023$), majd a későbbiekben ennek az alacsony értéknek a stabilizálódása (2015 vs. 2019 $z=0,80$, $p<0,396$) volt megfigyelhető.

Fontos információt szolgáltathat a cigaretta kipróbálásának és rendszeressé válásának életkora. A férfiak rendre korábban próbálják ki a cigarettát, mint a nők. Bár a nők körében a dohányzás kipróbálásának életkora nem változott a vizsgálatokkal lefedett periódusban, a férfiak körében összességében szignifikánsan későbbre tevődik a cigaretta kipróbálása. A rendszeres dohányzás elkezdésében ugyanakkor nem látunk határozott változást az egyes felméréseket összehasonlítva, de 2001 és 2019 között a válaszokból összességében a rendszeres dohányzás megkezdésének csökkenő életkorával jellemezhető trend alakul ki.

**11. táblázat: A dohányzás elterjedtségének összehasonlítása 2001 és 2019 között
(a magyarországi 18–64 éves népesség körében, a válaszolók százalékában)**

	ADE2001	OLAAP-2007	OLAAP-2015	OLAAP-2019	χ^2 (df) / Welch F (df)	p
Aktuális dohányzás prevalenciája						
Teljes minta N	2352	2657	1486	1383	7,47 (3)	0,058
Prevalencia % 95% CI	39,3 _a ±2,0	36,7 _b ±1,8	36,5 _b ±2,4	35,1 _b ±2,4		
Férfiak N	1151	1309	685	648	7,86 (3)	0,049
Prevalencia % 95% CI	45,4 _a ±2,9	41,3 _b ±2,7	45,6 _{ab} ±3,7	46,8 _a ±3,8		
Nők N	1201	1348	801	735	19,66 (3)	<0,001
Prevalencia % 95% CI	33,4 _a ±2,7	32,3 _{ab} ±2,5	28,6 _{bc} ±3,1	24,8 _c ±3,1		
A dohányzás életprevalenciája*						
Teljes minta N	2314	2657	1486	1342	28,23 (3)	<0,001
Prevalencia % 95% CI	58,3 _a ±2,0	54,7 _b ±1,9	49,7 _c ±2,5	53,3 _b ±2,7		
Férfiak N	1138	1309	685	630	12,11 (3)	<0,008
Prevalencia % 95% CI	67,6 _a ±2,7	62,5 _b ±2,6	60,2 _b ±3,7	62,3 _b ±3,8		
Nők N	1176	1348	801	711	15,04 (3)	<0,002
Prevalencia % 95% CI	49,4 _a ±2,9	47,1 _a ±2,7	40,7 _b ±3,4	45,3 _{ab} ±3,7		
A rendszeres (napi) dohányzás életprevalenciája**						
Férfiak N	1151	1330	685	623	13,71 (3)	0,004
Prevalencia % 95% CI	57,1 _a ±2,9	51,2 _b ±2,7	49,5 _b ±3,7	50,9 _b ±3,9		
Nők N	1201	1375	801	698	15,64 (3)	0,001
Prevalencia % 95% CI	35,0 _a ±2,7	35,2 _a ±2,5	30,1 _b ±3,2	28,1 _b ±3,3		
A dohányzás kipróbálásának életkora						
Férfiak N	560	679	300	310	5,55 (3, 882,6)	0,001
Átlag életkor (szórás)	15,29 _a (3,19)	15,72 _{ab} (3,35)	15,33 _a (2,83)	15,95 _b (2,19)		
95% CI	15,03-15,56	15,46-15,97	15,01-15,65	15,71-16,20		
Nők N	437	525	251	255	0,56 (3, 721,8)	0,642
Átlag életkor (szórás)	16,57 (3,42)	16,37 (3,48)	16,30 (3,05)	16,52 (2,24)		
95% CI	13,24– 16,89	16,07–16,66	15,92–16,68	16,25–16,80		

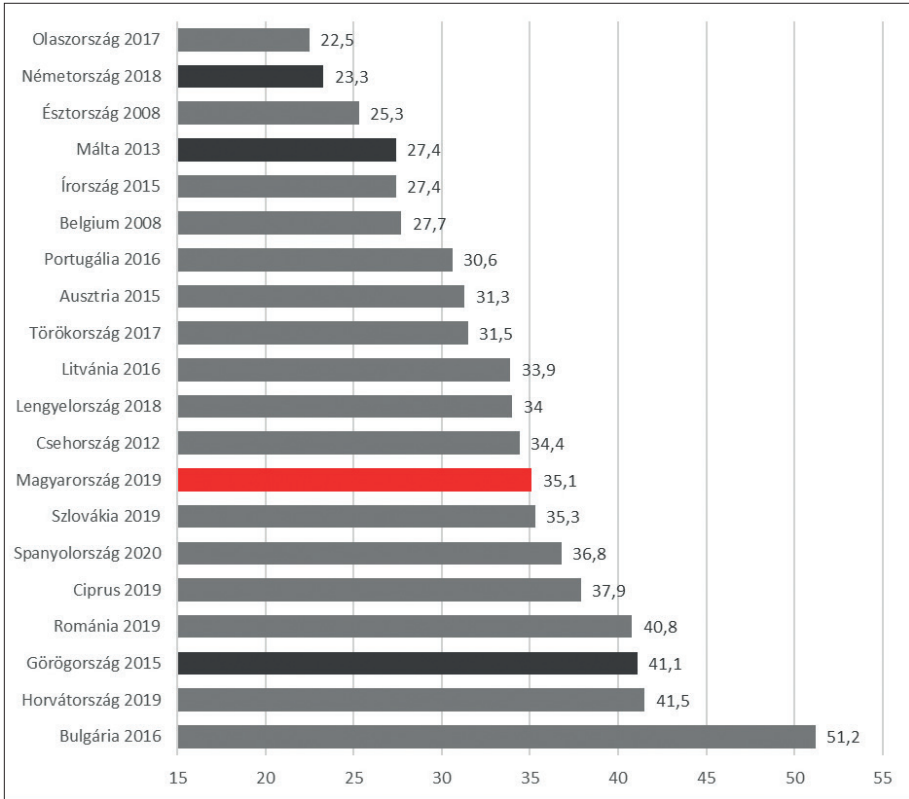
	ADE2001	OLAAP-2007	OLAAP-2015	OLAAP-2019	χ^2 (df) / Welch F (df)	p
A rendszeres dohányzás elkezdésének életkora						
Férfiak N	477	550	235	256	5,15 (3, 703,4)	0,002
Átlag életkor (szórás)	17,61 _a (3,13)	17,67 _a (3,41)	16,84 _b (2,85)	17,25 _{ab} (2,46)		
95% CI	17,32–17,89	17,38–17,95	16,48–17,21	16,95–17,55		
Nők N	302	389	183	160	2,80 (3, 486,91)	0,040
Átlag életkor (szórás)	18,91 _a (4,64)	18,86 _a (4,83)	18,62 _a (5,11)	18,00 _a (3,09)		
95% CI	18,39–19,44	18,38–19,34	17,87–19,36	17,52–18,49		
<p>Megjegyzés: N: válaszolók száma; * Azok aránya, akik életük során valaha rendszeresen vagy alkalmanként dohányoztak. ** Azok aránya, akik valaha napi rendszerességgel dohányoztak. CI=95%-os megbízhatósági szinthez tartozó hibahatár. Az azonos betűvel jelzett értékek szignifikánsan ($p < 0,05$) nem térnek el egymástól: pl. az „ab” betűjellel jelzett érték azt mutatja, hogy az sem az „a”-val, sem a „b”-vel jelzett értéktől nem tér el szignifikánsan.</p>						

5. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT LAKOSSÁG DOHÁNYZÁSA A NEMZETKÖZI KUTATÁSOK KONTEXTUSÁBAN

A dohányzás és az e-cigaretta-használat monitorozása kritikus a hatékony nép-egészségügyi stratégiák kidolgozása szempontjából (WHO, 2008). Az OLAAP 2019 vizsgálat adatfelvételének időszakában a 18–64 éves felnőtt magyar lakosság közel egyharmada dohányzott napi rendszerességgel, ugyanakkor az alkalmi dohányzás aránya ennek töredéke volt. A különböző, hazánkban is zajló kutatások eltérő indikátorai, eltérő célcsoportjai, valamint különböző mintavételi módszerei megnehezítik a prevalencia-adatok összehasonlítását (Tombor et al., 2010). Az adatok közvetlen összehasonlítását a nemzetközi adatokkal is nehezíti teszi az, hogy a számos elérhető statisztika más-más életkori csoportra közöl adatokat. Az EMCDDA rendelkezésére álló, aktuális dohányzásról közölt adatai Európán belül is nagy variabilitásról tanúskodnak (lásd 1. ábra). Míg például az aktuális dohányzás prevalenciája 22,5% volt Olaszországban 2017-ben, addig 51,2% volt Bulgáriában 2016-ban (EMCDDA, 2021), hogy csak két szélső értéket emeljünk ki. Még azon kevés országban is, ahol a jelen kutatásunkkal azonos életkori csoportot (18–64 év) vizsgáltak, az aktuális dohányzásra vonatkozó prevalenciák jelentős varianciáját látjuk: Málta: 27,4% (2013), Görögország: 41,1% (2015) és Németország: 23,3% (2018). Ezekkel szemben az

Egyesült Királyságban csupán 14,1%-os aktuálishohányzás-prevalenciát mértek a 18 évnél idősebb lakosság körében (Office for National Statistics, 2020). Komoly eltérést látunk Magyarország helyzetét illetően a férfiak és a nők dohányzásában (lásd 2. ábra). Míg a nők dohányzásának aktuális elterjedtsége alapján hazánk az itt vizsgált országok középső tartományába esik, addig a férfiak prevalenciája a legmagasabb értéket mutató, többnyire kelet-európai országok között pozicionálódik.

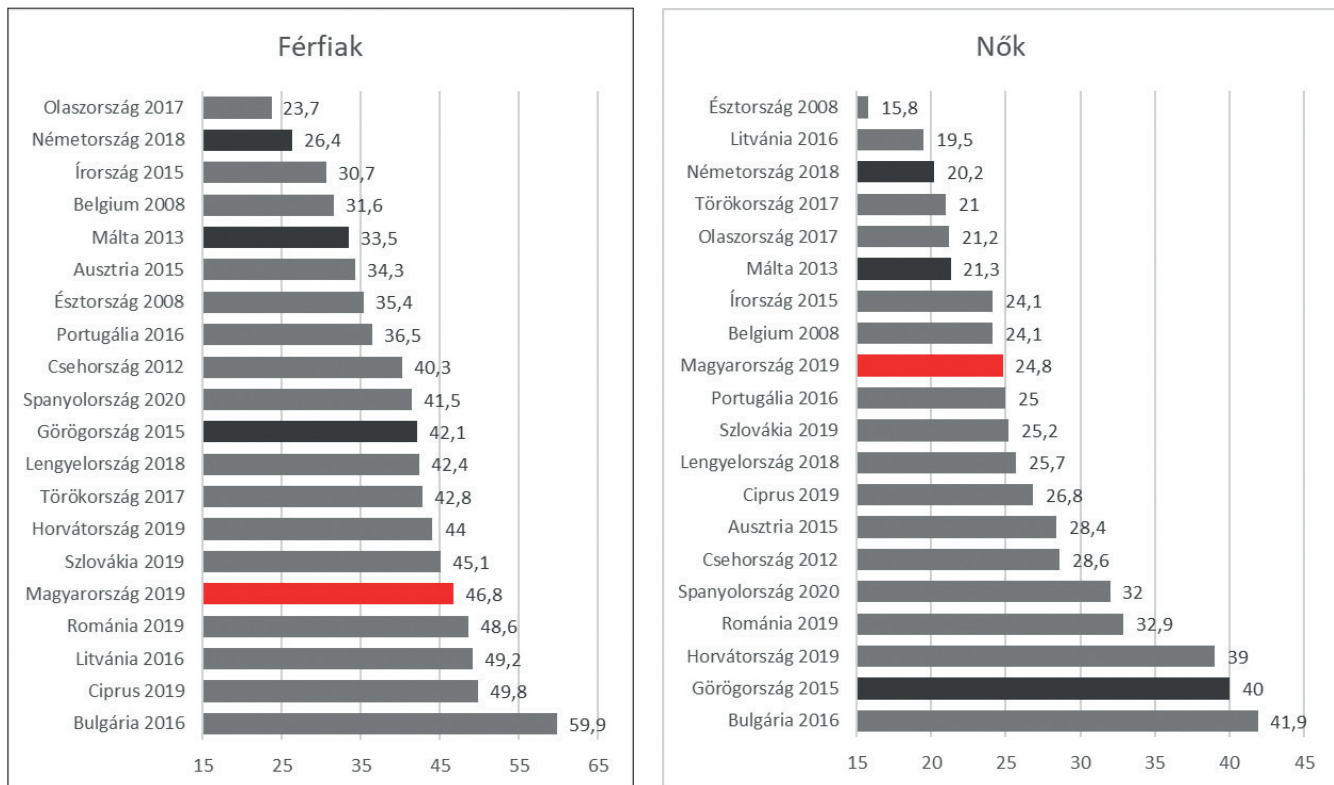
1. ábra: Az aktuális dohányzás prevalencia-értékének alakulása az Európai Unió országaiban, valamint Törökországban (a válaszolók %-ában)



Megjegyzés: Saját szerkesztés a Statistical Bulletin (2021) alapján, az adatfelvétel évének feltüntetésével. Az ábrán a 18–64 éves populációra vonatkozó adatokat sötétebb sávokkal jelöltük.

Az *Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról* rendszeres adatfelvétele következetesen azonos módszertannal dolgozva lehetővé teszi a dohányzásban beálló változások detektálását is. Ennek vizsgálata arra mutat, hogy bár a férfiak körében nem, de a nők esetében kedvező változások figyelhetők meg az

2. ábra: A férfiak és a nők aktuális dohányzására vonatkozó prevalencia-értékek alakulása az Európai Unió országaiban, valamint Törökországban (a válaszolók %-ában)



Megjegyzés: Saját szerkesztés a Statistical Bulletin (2021) alapján, az adatfelvétel évének feltüntetésével.

Az ábrán a 18–64 éves populációra vonatkozó adatokat sötétebb sávval jelöltük.

aktuális dohányzás prevalenciájában. Fontos megjegyezni, hogy ez idő alatt az Egyesült Államokban a 18 évnél idősebb korosztályban a hagyományos cigaretta fogyasztásának prevalenciája az utóbbi 15 év alatt 20,9%-ról [20,3–21,5] (Jamal et al., 2016) 14%-ra [13,5–14,5] (Cornelius et al., 2020) mérséklődött. Ugyanakkor enyhe emelkedés volt megfigyelhető az alternatív dohánytermékek fogyasztásában, de 2019-ben az összes dohánytermékek használóinak prevalenciája így is 20,8% [20,2–21,4] volt az USA 18 évnél idősebb népességének körében (Cornelius et al., 2020), ami lényegesen kedvezőbb érték, mint amit a dohányzással kapcsolatban a jelen vizsgálatban mértünk. Bár a közvetlen nemzetközi összehasonlításokat csak óvatosan lehet megtenni a vizsgált eltérő életkori csoportok miatt, fontos konklúzióink, hogy a dohányzás hazai gyakorisága a dél-, közép- és kelet-európai országokéhoz hasonló (lásd 1. ábra). Ugyanakkor kiemelendő, hogy az itt közölt hazai adatok lényegesen kedvezőtlenebb képet mutatnak a nyugat-európai országok és az Egyesült Államok adataihoz viszonyítva. Mindez szükségessé teszi a dohányzás visszaszorítását elősegítő, többkomponensű, bizonyítottan hatékony társadalmi programok indítását, azok hosszú távú fenntartását és monitorozását, amire számos jó gyakorlattal is rendelkezünk (Rosen et al., 2010).

A különböző társadalmi csoportok lényegesen eltérnek a dohányzás gyakoriságában. A dohányzásban fennálló, általunk is dokumentált nemi különbségek háttérben összetett hatásmechanizmusok és kulturális tényezők állhatnak. Jelen kutatásunkban is kimutattuk, hogy a férfiak korábban kezdenek dohányozni és magasabb nikotinfüggést mutatnak, mint a nők. Egy másik hazai kutatás figyelemre méltó adata ugyanakkor, hogy a dohányzásban fennálló nemi különbségek csak a fiatalabb korcsoportokban mutatkoztak meg, a lányok a dohányzás szempontjából sajnálatosan beérik a fiúkat a középiskolában (Urbán, 2019), ami várhatóan a jövőbeni epidemiológiai felmérésekben is meg fog mutatkozni.

A kutatók még adósak azzal, hogy megfelelő és a prevenció szempontjából is informatív magyarázatot nyújtsanak a nem, a nemi szerepek (gender) dohányzással kapcsolatos összefüggéseiről.

A dohányzás nagyobb eséllyel fordul elő az alacsonyabb iskolai végzettségű vagy az alacsonyabb szocioökonómiai státuszú csoportokban. Az az eredményünk, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében magasabb a dohányzás előfordulása, összhangban van a korábbi kutatásokkal (Escobedo & Peddicord, 1996; Higgins et al., 2015; Urbán et al., 2006). A dohányzás magasabb prevalenciája az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében részben magyarázható azzal is, hogy – ahogy az adatainkból látszik – a magasabb iskolai végzettségűek nagyobb arányban szoknak le a cigarettáról (lásd még Reid et al., 2010), aminek a háttérben a dohányzással kapcsolatos változó attitűdöket és társas normákat, valamint a rendelkezésre álló több erőforrást sejtethjük.

A krónikus distressz-állapotok indikátorai is összefüggenek a dohányzás meg-növekedett esélyével. Így az anómia, a családi diszfunkciók, a munkavégzéssel töltött idő és a hátrányos helyzet egyaránt együtt járt a dohányzással. Ugyanakkor mindezek kontrollja mellett az anómia és a családi diszfunkciók esetében maradt kimutatható a kapcsolat a többváltozós elemzésben. A családi diszfunkciók olyan általános kockázati tényezőnek tekinthetők, amelyek megnövelik számos mentális és addiktológiai probléma esélyét (Hughes et al., 2017), így a dohányzást is. A családi diszfunkciók hozzájárulnak a dohányzás korai elkezdéséhez serdülőkorban, a dohányzás súlyosbodásához felnőttkorban (Anda et al., 1999), vagy éppen a dohányzás fenntartásához még akkor is, amikor az már nyilvánvalóan egészségkárosodást is okozott (Edwards et al., 2007; Lee et al., 2020). Ezeknek az összefüggéseknek fontos prevenció és terápiás implikációi vannak.

Vizsgálatunkban a dohányzással szemben protektív tényezőként jelent meg a vallásosság. Ráadásul ez a protektív hatás megmaradt a szociodemográfiai és pszichológiai változók kontrollálása mellett is. A vallásukat megélő, gyakorló vallásosok körében alacsonyabb a dohányzók aránya más vizsgálatokban is (pl. Hussain et al., 2019; Nunziata & Toffolutti, 2019). A vallásosság számos lehetséges mechanizmus révén védhet a dohányzással szemben, beleértve a vallásos tanítások közvetlen előírásait, a nehézségekkel szemben nyújtott megküzdési módokat, valamint a társas integráció, társas támogatás lehetőségét is (Garrusi & Nakhaee, 2012).

A szociodemográfiai változók mellett a pszichológiai változók kapcsolatát is megvizsgáltuk a dohányzással. A többváltozós elemzésben és a szociodemográfiai változók kontrollálása mellett az étellel való elégedettség és a szenzoros élménykeresés mutatott szignifikáns kapcsolatot a rendszeres dohányzással. A dohányzás alacsonyabb étellel való elégedettséggel jár együtt. Keresztmetszeti vizsgálatunk révén nem dönthető el, hogy a magas étellel való elégedettség véd meg a dohányzástól, vagy a dohányzás okozza az étellel való elégedettség csökkenését, esetleg harmadik tényező (pl. depresszív tünetek) áll a háttérben. Közvetve a dohányzásnak az étellel való elégedettségre gyakorolt hatását támogatja az a felismerés, hogy a dohányzásról való leszokás csökkenti a depresszív és szorongásos tünetek gyakoriságát, javítja az életminőséget, és növeli a pozitív érzelmeket (Taylor et al., 2014). Vizsgálatunkban a másik robusztus kapcsolatot mutató személyiségváltozó a szenzoros élménykeresés volt. A szenzoros élménykeresés és a dohányzás, valamint a nikotinfüggés közötti kapcsolat már jól dokumentált serdülőknél és felnőtteknél egyaránt (Kale et al., 2018). Jelen kutatás rámutat arra, hogy a dohányosokra jellemző magasabb szenzoros élménykeresést fontos figyelembe venni a dohányzás visszaszorítását célzó programok tervezésében. Így például a dohányosoknak szóló kommunikáció tervezésében különösen fontos szempontnak kell lennie.

A dohányzás gyakoriságának csökkentése fontos eszköz a lakosság egészségi állapotának javításában és a várható élettartamának növelésében. Ehhez is nyújt támpontokat jelen kutatásunk. A rendszeresen napi szinten dohányzók jelentős része gondolkodik a leszokáson, de jóval kevesebben, a dohányosok 6,3%-a lenne kész akár egy éven belül letenni a cigarettát. Ez az arány egy izraeli kutatásban némileg magasabb, 14,4% volt (Daoud et al., 2015), ezzel azonos arányt mutattak ki egy ausztráliai kutatásban is, ahol mentális betegséggel élők körében vizsgálták meg a leszokási hajlandóságot (Stockings et al., 2013). Bár a leszokásra való készenlét fontos, a dohányosok egy részének akár 6, de néhányuknak akár 30 leszokási próbálkozás is szükséges lehet a professzionális segítség nélküli leszokáshoz (Chaiton et al., 2016). Mivel a sikeres leszokás legjobb előrejelzője a komolyan vett leszokási próbálkozás, szükség van olyan társadalmi kommunikációs programokra, amelyek növelik, erősítik a leszokás motivációját, és előmozdítják a leszokás irányába tett lépéseket és a leszokási próbálkozásokat.

A dohányzás mellett az e-cigaretta használatának gyakoriságát is mértük. Bár a napi szintű e-cigaretta-használat prevalenciája meglehetősen alacsony a vizsgált 18 és 64 évesek körében, az alkalmi használat és az e-cigaretta kipróbálása már lényegesen gyakoribb. A jelen vizsgálat az e-cigaretta aktuális használatának változását nem tudja dokumentálni, nemzetközi adatokból az látszik, hogy az e-cigaretta használata növekszik, például az USA-ban a 18 évnél idősebb populációban 2015-ben 3,5% [3,2–3,8] volt (Phillips, 2017), de 2019-ben már 4,5%-ot [4,2–4,8] mértek (Cornelius et al., 2020). A hazai 3,3%-os prevalencia-érték megmutatja, hogy az e-cigaretta még kevésbé népszerű, mint az USA-ban, de használatában növekedés várható, amit azonban feltehetően mérsékelni fognak a megjelenő újabb és a használó csoport számára esetleg vonzóbb alternatív dohánytermékek. Kiemelendő szempont, hogy az e-cigarettát használók többsége hagyományos cigarettát is használ. Az e-cigaretta-használat jóval gyakoribb a fiatalok és a vidéki városok lakóinak körében. Az e-cigaretta-használattal kapcsolatos pszichológiai változók közül érdemes kiemelni a szenzoros élménykeresést, ami előre jelzi a használatot az életkor, a nem és a lakóhely statisztikai kontrollálása mellett. Ez az összefüggés feltételezi, hogy az e-cigaretta marketingje – például termékfejlesztés, kommunikációs stratégiák – jobban eléri az erre fogékonyabb élménykereső fogyasztókat, rámutatva annak szükségességére, hogy az ilyen fogyasztókat megcélzó prevenció programokkal előzzék meg az e-cigaretta elterjedését a lakosság körében.

Jelen kutatási beszámolóunk rámutat arra, hogy a dohányzás hazai visszaszorítása kiemelt feladat, és hazánk messze elmarad az ebben a témakörben jó példaként említhető országoktól (pl. USA, Egyesült Királyság). Továbbá vizsgálандó az, hogy a hazai kedvező változások a dohányzást érintő szabályozásban

miért nem tükröződnek a hosszmetzeti trendek vizsgálataiban. Mindenesetre bízhatunk abban, hogy az eredményeink rámutatnak annak szükségességére, hogy nagyobb erőfeszítéseket tegyünk a dohányzás elkezdésének megelőzésére és a dohányzásról való leszokás támogatására.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F. & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*, 282(17), 1652–1658.
- Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Selby, P., Philipneri, A. & Schwartz, R. (2016). Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*, 6(6), e011045. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011045>
- Cornelius, M. E., Wang, T. W., Jamal, A., Loretan, C. G. & Neff, L. J. (2020). Tobacco product use among adults – United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(46), 1736–1742. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6946a4>
- Daoud, N., Hayek, S., Sheikh Muhammad, A., Abu-Saad, K., Osman, A., Thrasher, J. F. & Kalter-Leibovici, O. (2015). Stages of change of the readiness to quit smoking among a random sample of minority Arab-male smokers in Israel. *BMC Public Health*, 15(1), 672. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1950-8>
- Edwards, V. J., Anda, R. F., Gu, D., Dube, S. R. & Felitti, V. J. (2007). Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness. *The Permanente Journal*, 11(2), 5–13.
- Escobedo, L. G. & Peddicord, J. P. (1996). Smoking prevalence in US birth cohorts: The influence of gender and education. *American Journal of Public Health*, 86(2), 231–236.
- EMCDDA (2021). Statistical Bulletin 2021. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2021.07.11. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/gps_en
- Garrusi, B. & Nakhaee, N. (2012). Religion and smoking: A review of recent literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(3), 279–292. <https://doi.org/10.2190/PM.43.3.g>
- Goodchild, M., Nargis, N., & Tursan d’Espaignet, E. (2018). Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco Control*, 27(1), 58–64. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W. & Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction*, 84(7), 791–799.

- Higgins, S. T., Kurti, A. N., Redner, R., White, T. J., Gaalema, D. E., Roberts, M. E., Doogan, N. J., Tidey, J. W., Miller, M. E., Stanton, C. A., Henningfield, J. E. & Atwood, G. S. (2015). A literature review on prevalence of gender differences and intersections with other vulnerabilities to tobacco use in the United States, 2004–2014. *Preventive Medicine*, 80, 89–100. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.06.009>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hussain, M., Walker, C. & Moon, G. (2019). Smoking and religion: Untangling associations using English survey data. *Journal of Religion and Health*, 58(6), 2263–2276. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0434-9>
- Jamal, A., King, B. A., Neff, L. J., Whitmill, J., Babb, S. D. & Graffunder, C. M. (2016). Current cigarette smoking among adults – United States, 2005–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(44), 1205–1211. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6544a2>
- Kale, D., Stautz, K. & Cooper, A. (2018). Impulsivity related personality traits and cigarette smoking in adults: A meta-analysis using the UPPS-P model of impulsivity and reward sensitivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 149–167. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.003>
- Kovács G. & Horváth I. (szerk.) (2019). *Dohányzás és leszokás*. Budapest: Medicina.
- Lee, C., Harari, L. & Park, S. (2020). Early-Life adversities and recalcitrant smoking in midlife: An examination of gender and life-course pathways. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 54(11), 867–879. <https://doi.org/10.1093/abm/kaa023>
- Levy, D. T., Borland, R., Lindblom, E. N., Goniewicz, M. L., Meza, R., Holford, T. R., Yuan, Z., Luo, Y., O’Connor, R. J., Niaura, R. & Abrams, D. B. (2018). Potential deaths averted in USA by replacing cigarettes with e-cigarettes. *Tobacco Control*, 27(1), 18–25. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2017-053759>
- Max, W., Sung, H.-Y. & Shi, Y. (2012). Deaths from secondhand smoke exposure in the United States: Economic implications. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2173–2180. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300805>
- Ngo, A., Cheng, K.-W., Chaloupka, F. J., & Shang, C. (2017). The effect of MPOWER scores on cigarette smoking prevalence and consumption. *Preventive Medicine*, 105, S10–S14. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.05.006>
- Nunziata, L. & Toffolutti, V. (2019). “Thou Shalt not Smoke”: Religion and smoking in a natural experiment of history. *SSM – Population Health*, 8, 100412. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100412>

- Office for National Statistics (2020). *Adult smoking habits in the UK* (Release date: 7 July 2020). Letöltve: 2021.07.11.
- Pénzes M. (2020). Fagerström Nikotinfüggőségi Teszt (Fagerström Test for Nicotine Dependence, FTND). In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológia kutatásában és gyakorlatában*. (452–456). Budapest: Medicina.
- Pénzes M. & Urbán R. (2019). E-cigaretta – információk gyakorló orvosok számára. *Orvostovábbképző Szemle*, 26(5), 58–64.
- Phillips, E. (2017). Tobacco product use among adults—United States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(44), 1209–1215. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6644a2>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M. & on behalf of the ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(Supplement 1), 20–33. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051>
- Rosen, L., Rosenberg, E., McKee, M., Gan-Noy, S., Levin, D., Mayshar, E., Shacham, G., Borowski, J., Nun, G. B., Lev, B. & the Healthy Israel 2020 Tobacco Control Subcommittee. (2010). A framework for developing an evidence-based, comprehensive tobacco control program. *Health Research Policy and Systems*, 8(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-17>
- Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, M., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N. & Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1923–1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
- Stockings, E., Bowman, J., McElwaine, K., Baker, A., Terry, M., Clancy, R., Bartlem, K., Wye, P., Bridge, P., Knight, J. & Wiggers, J. (2013). Readiness to quit smoking and quit attempts among Australian mental health inpatients. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(5), 942–949. <https://doi.org/10.1093/ntr/nts206>
- Stratton, K. R., Kwan, L. Y., Eaton, D. L. & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (U.S.) (szerk.) (2018). *Public health consequences of e-cigarettes*. The National Academies Press.

- Svicher, A., Cosci, F., Giannini, M., Pistelli, F. & Fagerström, K. (2018). Item Response Theory analysis of Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Addictive Behaviors*, 77, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.005>
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N. & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 348, g1151. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1151>
- Tombor I., Paksi B., Urbán R., Kun B., Arnold P., Rózsa S. & Demetrovics Zs. (2010). [Epidemiology of smoking in Hungary—A representative national study]. *Orvosi Hetilap*, 151(9), 330–337. <https://doi.org/10.1556/OH.2010.28817>
- Urbán R. (2019). Dohányzási szokások. In: Németh Á. & Várnai D. (szerk.): *Kamasz-életmód Magyarországon*. (67–76). Budapest: ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó.
- Urbán R., Kugler Gy., Oláh A. & Szilágyi Zs. (2006). Smoking and education: Do psychosocial variables explain the relationship between education and smoking behaviour? *Nicotine & Tobacco Research*, 8(4), 565–573.
- Wéber, A. (2016). A dohányzás halandóságra gyakorolt hatása Magyarországon 2000 és 2014 között [The effect of smoking on mortality in Hungary between 2000 and 2014]. *Statisztikai Szemle*, 94(6), 585–610. <https://doi.org/10.20311/stat2016.06.hu0585>
- Wensink, M., Alvarez, J.-A., Rizzi, S., Janssen, F. & Lindahl-Jacobsen, R. (2020). Progression of the smoking epidemic in high-income regions and its effects on male-female survival differences: A cohort-by-age analysis of 17 countries. *BMC Public Health*, 20(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8148-4>
- WHO (szerk.) (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. WHO.
- WHO. (2017). *Tobacco and its environmental impact: An overview*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255574/1/9789241512497-eng.pdf?ua=1>
- Zafeiridou, M., Hopkinson, N. S. & Voulvoulis, N. (2018). Cigarette smoking: An assessment of tobacco's global environmental footprint across its entire supply chain. *Environmental Science & Technology*, 52(15), 8087–8094. <https://doi.org/10.1021/acs.est.8b01533>

A PSZICHOAKTÍVSZER-HASZNÁLATTAL ÉS -HASZNÁLÓKKAL KAPCSOLATOS TÁRSADALMI VISZONYULÁSOK

1. BEVEZETÉS

A pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos értékelő viszonyulások vizsgálata évtizedek óta meghatározó elemét képezi a problémakörre vonatkozó elméleti megfontolások, magyarázó modellek kidolgozásának. A szerhasználati magatartás kialakulása és fennmaradása szempontjából a jelenséggel kapcsolatos társadalmi attitűdök, azok mintázódása és tartalma meghatározó jelentőséggel bírhat, ahogy erre számos kutatás rámutatott (pl. Room, 2007). Az OLAAP 2019 kutatás során a pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások becslésére alkalmazott indikátorok kiválasztása során (is) a hazai és nemzetközi összehasonlíthatóságot tartottuk szem előtt. Ennek megfelelően a feltett kérdések a korábbi magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatok (Elekes, 2004; Elekes & Paksi, 2004; Paksi, 2003; Paksi et al., 2009, 2017) és/vagy az EMCDDA modellkérdőívének (EMQ, lásd EMCDDA, 2002) attitűdkérdéseivel harmonizálnak, ami lehetővé teszi az aktuális hazai adatok időbeni és nemzetközi kontextusba helyezését. Az OLAAP 2019 kutatás a pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások vizsgálata során a tiltott szerekkel / tiltott szer-fogyasztó magatartásokkal kapcsolatos attitűdök mellett kiterjedt a legális pszichoaktív szerekkel kapcsolatos viszonyulások megismerésére is. A kutatás során a pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások becslésére alkalmazott indikátorok és ezeknek a nemzetközi ajánlásokkal és a korábbi hazai vizsgálatokkal való kompatibilitásait részletesen bemutató táblázat megtalálható a 2.3 mellékletben.

Jelen tanulmányban az OLAAP 2019-es adatfelvétel során vizsgált, a pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások megismerésére irányuló kérdések közül a társadalmi távolsággal, a veszélyeszeleléssel, valamint a drogfüggők megítélésével és a drogpolitikával kapcsolatos

attitűdökkel foglalkozunk. Az első két kérdéskört többféle pszichoaktív szer vonatkozásában is lehetőségünk nyílik megvizsgálni.

Tanulmányunkban először a 18–64 éves népesség pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos attitűdjeit mutatjuk be, ezt követően a különböző attitűddimenziók társadalmi mintázódását vizsgáljuk először leíró-statisztikai eszközökkel, majd kísérletet teszünk arra, hogy a Társadalmi Távolság-skála mentén kapott adatok becslésére különböző szociodemográfiai háttérrel és szerhasználati előzményekkel kapcsolatos változók bevonásával magyarázó modellt alkossunk. Ezt követően bemutatjuk, hogy a társadalmi attitűdök alakulásában milyen változások zajlottak le az elmúlt közel két évtizedben (2001–2019 között). Végezetül pedig áttekintjük, hogy a nemzetközi térben megvalósított, a droghasználattal és -használókkal is foglalkozó attitűdkutatások milyen társadalomképet rajzolnak ki. Néhány esetben az adatfelvételi módszerek egyezősége lehetőséget teremt a nemzetközi és hazai tapasztalatok összevetésére is.

2. A PSZICHOAKTÍVSZER-HASZNÁLATTAL ÉS -HASZNÁLÓKKAL KAPCSOLATOS TÁRSADALMI VISZONYULÁSOK LEÍRÁSA A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT NÉPESSÉG KÖRÉBEN

2.1. Szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi távolság

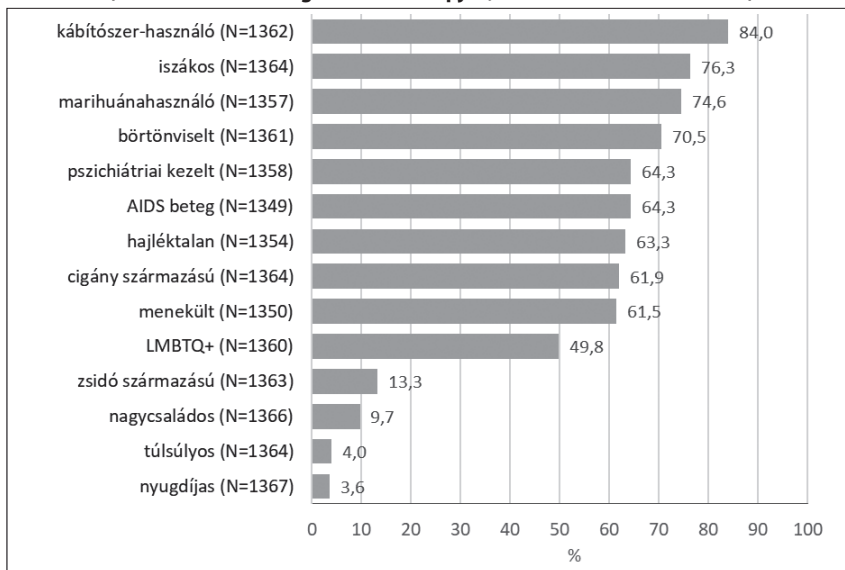
Az OLAAP 2019 kutatás keretében a pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos társadalmi attitűdök vizsgálata – többek között – a korábbi drogepidemiológiai vizsgálatokban is alkalmazott Bogardus-skála (Bogardus, 1927, 1967) segítségével történt. A Bogardus-féle Társadalmi Távolság-skála egy egydimenziós, kumulatív skála, melynek egyes itemei egy kontinuum mentén helyezkednek el, melyek az attitűd tárgyjal kapcsolatban elfogadható intimitás mértékét mérik. A vizsgálatunk során 14 társadalmi csoporttal kapcsolatosan vizsgáltuk a válaszadó által még elfogadható és/vagy preferált szociális távolság mértékét. Ennek érdekében a Bogardus-skála szomszédsági viszonyra vonatkozó itemét használtuk, összhangban a korábbi hazai drogepidemiológiai vizsgálatokban alkalmazott (ADE 2001, 2003; OLAAP 2007, 2015), illetve egyéb, nemzetközi vizsgálatokban (EVS, Eurobarometer) is használt megközelítéssel. A megkérdezettek egy ötfokú skála (1: ellenezné; 2: inkább nem; 3: attól függ; 4: nem befolyásolná; 5: szívesen látná) segítségével adtak választ arra, hogy az adott társadalmi csoport reprezentánsát elfogadnák-e szomszédjuknak, vagy

sem.¹ Elemzéseink során a válaszkategóriákat összevontuk, az „ellenezné” és az „inkább nem” válaszokat az „*elutasító*”, az „attól függ”, „nem befolyásolná”, „szívesen látná” válaszokat pedig a „*nem elutasító*” kategóriába soroltuk.

Az OLAAP 2019-es adatfelvétel eredményei szerint a 18–64 éves magyarországi népesség több mint négyötöde elutasítónan viszonyult ahhoz, hogy a szomszédjába kábítószerhasználó (84,0%; $\pm 1,9$) költözzön. A többi vizsgált csoporttal összehasonlítva 95%-os megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy a magyarországi felnőtt népesség körében a vizsgált csoportok közül a leginkább elutasított társadalmi csoportot a kábítószer-használók képezik. Ennél szignifikánsan kisebb, de a többi vizsgált társadalmi csoport reprezentánsaihoz képest szignifikánsan magasabb a más szerhasználó magatartásokkal jellemezhető személyek elutasítottsága is: a lakosság mintegy háromnegyede – hibahatáron belül azonos arányban – negatívan nyilatkozott az „iszákosok” (76,3%; $\pm 2,3$) és a marihuánahasználók (74,6%; $\pm 2,3$) feltételezett szomszédságáról. Más társadalmi csoportokhoz képest tehát a pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatban a magyarországi felnőtt népesség szignifikánsan nagyobb társadalmi távolságtartást jelzett. A szerhasználók elutasítottságánál 95%-os megbízhatósággal kisebb, egymással azonban hibahatáron belül megegyező a vizsgált társadalmi csoportok jelentős részével kapcsolatos lakossági vélekedés: a felnőtt népességben általában tízből 6-7 ember ellenezné vagy inkább nem fogadná el, ha szomszédságába börtönviselt (70,5%; $\pm 2,4$), pszichiátriai kezelt, ill. AIDS-beteg (64,3%; $\pm 2,6$), hajléktalan (63,3%; $\pm 2,6$), cigány származású (61,9%; $\pm 2,6$) vagy menekült (61,5%; $\pm 2,6$) költözne. A vizsgálat idején (2019 tavaszán) az LMBTQ+ emberekkel kapcsolatos társadalmi viszonyulás az elutasítás és elfogadás határán billegett ötven százalék körüli (49,8%; $\pm 2,7$) elutasítottsági aránnyal, s a vizsgált társadalmi csoportok közül a zsidó származásúak, nagycsaládosok, túlsúlyos emberek és a nyugdíjasok esetében a társadalom döntő többsége nem elutasító (1. ábra).

¹ Ön mennyire látna szívesen a szomszédságában olyan személyt, aki: nyugdíjas, túlsúlyos, nagycsaládos, zsidó származású, LMBTQ+, menekült, cigány származású, hajléktalan, AIDS-beteg, pszichiátriai kezelt, börtönviselt, marihuána használó, iszákos, kábítószerhasználó? (1.1. melléklet, 42. kérdés).

1. ábra: A különböző társadalmi csoportok esetében a szomszédsági viszonyt elutasító válaszok aránya a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)



2.2. A különböző szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos veszélyészlelés

Mind a szerhasználat, mind pedig a szerhasználók megítélése szempontjából fontos tényezőnek tekinthető, hogy az emberek miként ítélik meg az egyes szerhasználói magatartások veszélyességét. A veszélyesség megítélésének szerepe lehet a szerek kipróbálásában, a szerhasználat fennmaradásában (Grevenstein et al., 2015, Salloum et al., 2018), a használt szerek választásában, illetve a különböző szerek együttes fogyasztásában (polidrog-használat). Az OLAAP 2019-es kutatás keretében 13 szerhasználó magatartás vonatkozásában (lásd 1.2 melléklet: 'B' kérdőív 43. kérdés) vizsgáltuk, hogy a magyar társadalom (18–64 évesek) hogyan gondolkodik az egyes (legális és illegális) szerhasználói magatartások veszélyességéről. A válaszolók az egyes szerhasználó magatartásokkal kapcsolatban egy 4 fokú skálán (1: nem veszélyes; 2: kicsit veszélyes; 3: közepesen veszélyes; 4: nagyon veszélyes) tudták a véleményüket megjeleníteni.

A magyarországi felnőtt népesség valamennyi illegális szer fogyasztását (tekintet nélkül a fogyasztási intenzitásra) nagyobb arányban tartja nagyon veszélyesnek, mint a rendszeres nagymennyiségű alkoholfogyasztást (öt vagy több ital elfogyasztása minden hétvégén), illetve a dohányzást (1-2 doboz cigaretta elszívása naponta). A rendszeres nagyívás az egyetlen vizsgált magatartás, ahol a „nagyon

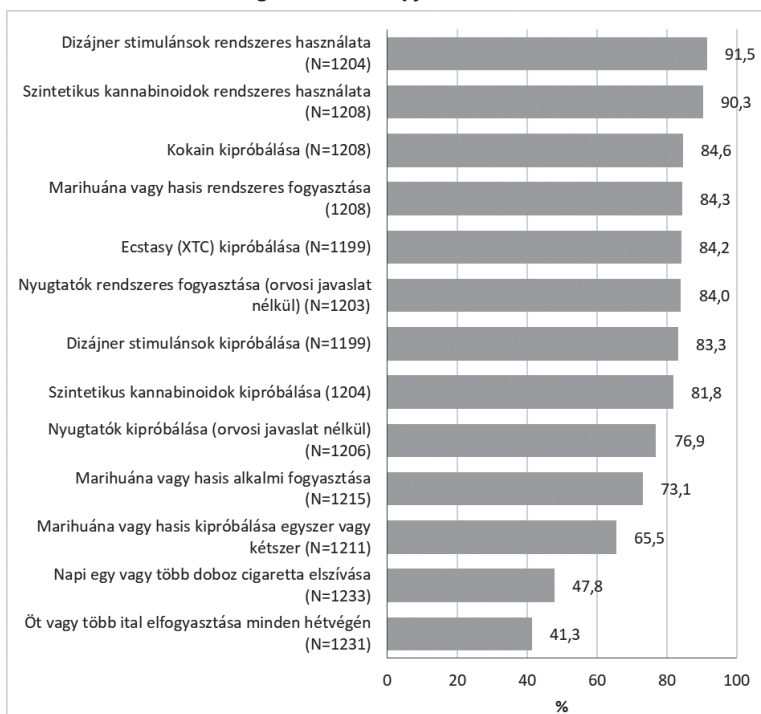
veszélyes” véleményt képviselők kisebbségbe kerülnek (41,3; $\pm 2,8$), a lakosság egyharmada (33,8%; $\pm 2,6$) közepesen, egynegyede (24,9; $\pm 2,6$) pedig nem vagy csak kismértékben tartja veszélyesnek a minden hétvégén legalább öt vagy több ital elfogyasztását. A dohányzás esetében ennél valamelyest szigorúbb lakossági hozzáállás tapasztalható, a felnőtt népesség közel fele (47,8%; $\pm 2,8$) tartja nagyon veszélyesnek a napi 1-2 doboz cigaretta elszívását, ami 95%-os megbízhatósági szinten magasabb, mint a rendszeres nagyívás esetében kapott érték. A dohányzással kapcsolatos veszélyészlelést a marihuána-/hasiskipróbálás megítélése követi, amit a felnőtt népesség szignifikánsan nagyobb hányada, 65,5%-a ($\pm 2,7$) tart nagyon veszélyesnek. Majd a lakosság által percipiált veszélyességi rangsorban a marihuána/hasis kipróbálásával kapcsolatos veszélyészleléshez képest 95%-os megbízhatósági szinten magasabb értékkel – a mérés standard hibáját figyelembe véve – holtversenyben a marihuána/hasis alkalmi fogyasztása (73,1%; $\pm 2,5$), illetve a nyugtatók orvosi rendelvény nélküli kipróbálása (76,9%; $\pm 2,5$) következik. A szintetikus kannabinoidok, a dizájner stimulánsok, az ecstasy és a kokain kipróbálását, valamint a marihuána/hasis, illetve a nyugtatók orvosi rendelvény nélküli rendszeres használatát a társadalom 80–85%-a tartja nagyon veszélyesnek, s ezen szerhasználó magatartások veszélyessége tekintetében, 95%-os megbízhatósági szinten nem regisztráltunk hibahatáron túli ($\pm 2,2$ – $1,6$) különbségeket. A lakosság körében a két legveszélyesebbnek érzékelt szerhasználó magatartás a szintetikus kannabinoidok (90,3%; $\pm 1,7$), valamint a dizájner stimulánsok rendszeres használata (91,5%; $\pm 1,6$) (2. ábra).

A magyar társadalom szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos veszélyészlelése tekintetében a kutatási eredmények alapján az alábbi tendenciákat emelhetjük ki.

1. Egyrészt, a rendszeres dohányzást és a nagyívást más szerhasználó magatartásokhoz képest kevésbé érzékelik kockázatosnak.
2. Másrészt, a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztását bármilyen intenzitású használat esetén a magyar társadalom többsége (legalább kétharmada) nagyon veszélyesnek tartja.
3. A tiltott szerek közül a marihuána/hasis kipróbálását kevésbé vélik kockázatosnak, azonban a többi szer között nem tudnak differenciálni.
4. Ugyanakkor az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) rendszeres használatának kockázatészlelése kiemelkedő.
5. A kipróbálással kapcsolatos veszélyészlelés a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás esetében szignifikánsan magasabb, mint ami a marihuánával/hasissal kapcsolatosan megfogalmazódik, és alacsonyabb a más tiltott szerekkel kapcsolatban észlelhetőnél.

6. A nyugtató, az új pszichoaktív szerek, illetve a marihuána/hasis kipróbálására és rendszeres fogyasztására vonatkozó adatok alapján azt is láthatjuk, hogy egy adott szer rendszeres fogyasztását a lakosság szignifikánsan veszélyesebbnek érzékeli, mint annak kipróbálását.
7. Emellett a marihuána/hasis különböző intenzitású fogyasztásával kapcsolatos adatok arra is utalnak, hogy a lakosság szignifikáns különbséget tud tenni a kipróbálás, az alkalmi fogyasztás és a rendszeres használat kockázatai között.

2. ábra: A különböző szerhasználó magatartásokat nagyon veszélyesnek tartók aránya a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

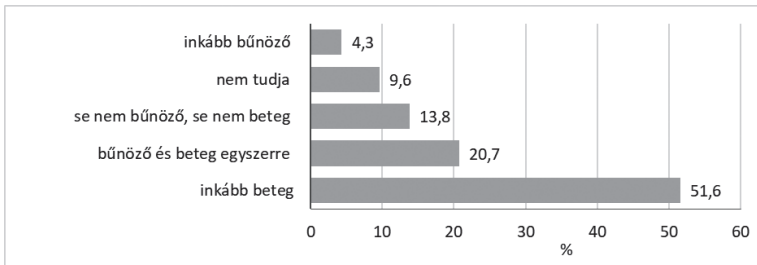


2.3. A drogfüggők megítélése

A társadalmi attitűdöket közvetetten jeleníti meg, hogy az emberek miként vélekednek a drogfüggőkről, betegnek, bűnözőnek, mindkettőnek vagy egyiknek sem tartják őket. Az, hogy az emberek miként kereteznek egy viselkedésformát/problémát, jelentős szerepet játszhat az annak kezelésével kapcsolatban

elfogadhatónak ítélt szakpolitikai irányok megítélése és akár saját szerhasználati magatartásuk szempontjából is. Ezért – a korábbi adatfelvételekhez hasonlóan s az EMCDDA iránymutatásaival összhangban – az OLAAP 2019-es adatfelvétel során is vizsgáltuk a drogfüggők megítélését (lásd 1.2. melléklet 'B' kérdőív, 40. kérdés). A 18–64 éves népesség mintegy fele (51,6%, $\pm 2,8$) inkább betegnek, egyötöde bűnözőnek és betegnek egyszerre (20,7%, $\pm 2,2$), míg 13,8% ($\pm 1,9$) sem bűnözőnek, sem betegnek nem látja a drogfüggőket. A „bűnöző” definíciót részben vagy egészen a lakosság egynegyede társítja a drogfüggő emberekhez. Összességében tehát a társadalmi gondolkodásban a drogfüggőkhöz mintegy háromszor akkora arányban társítanak „beteg” definíciót vagy azt is, mint amennyien részben vagy teljesen bűnözőnek tekintik őket (3. ábra).

3. ábra: A véleménye szerint minnek tekinthető inkább egy drogfüggő: bűnözőnek vagy betegnek? kérdésre adott válaszok eloszlása a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában; N=1267)



2.4. Drogpolitikával kapcsolatos attitűdök

A szerhasználókkal és szerhasználattal kapcsolatos társadalmi attitűdök kondenzált kifejeződési formája az, ahogy a társadalom különböző drogpolitikai irányvonalakkal kapcsolatos viszonyulásai megfogalmazódnak. Az OLAAP 2019 vizsgálatban, összhangban a korábbi drogepidemiológiai vizsgálatokban alkalmazott eljárással (ADE 2003, OLAAP 2015), az egyes drogpolitikai irányzatokat 7 különböző állítás jelenítette meg, amelyek a szigorúság – engedékenység/szabályozatlanság kontinuumára mentén rendeződtek el. A megkérdezettnek a lehetséges irányzatok közül azt az egyet kellett kiválasztania, amelyikkel leginkább egyet tudott érteni (lásd 1.2. melléklet 44. kérdés).

Általában elmondható, hogy a magyar társadalom rendkívül szigorú drogpolitikai elveket vall. A válaszolók 83%-a ($\pm 2,2$) a két legszigorúbb problémamegoldási módot tartotta leginkább elfogadhatónak, vagyis úgy vélték, hogy „Minden drog fogyasztását tiltani kell, semmilyen drog fogyasztása senkinek, semmilyen körülmények között nem megengedhető”, illetve „Nemcsak tiltani

kell a drogot, de üldözni is. Más országokban (pl. Kolumbia) is fel kell lépni a természet ellen akár hatalmi, katonai erővel”. A további 5 drogpolitikai beavatkozást leíró kategórián a válaszadók mindössze 17%-a osztozik (1. táblázat).

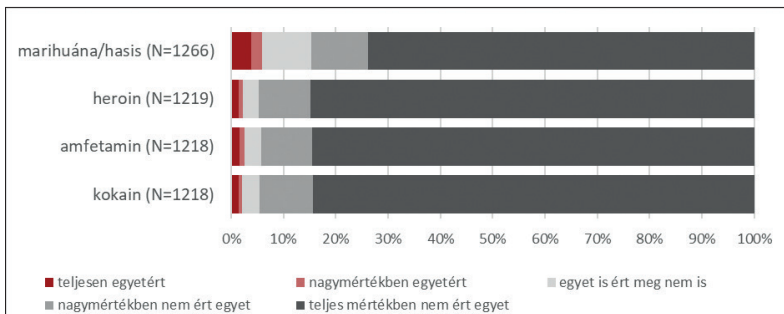
1. táblázat: A különböző drogpolitikai beavatkozásokkal egyetértők eloszlása a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában; N=1174)

Drogpolitikai beavatkozások	%	CI
Minden drog fogyasztását tiltani kell, semmilyen drog fogyasztása senkinek, semmilyen körülmények között nem megengedhető.	52,3	±2,9
Nemcsak tiltani kell a drogot, de üldözni is. Más országokban (pl. Kolumbia) is fel kell lépni a természet ellen akár hatalmi, katonai erővel.	30,7	±2,6
Általában tiltani kell a drogok fogyasztását, de pl. a marihuána használata felett szemet kellene hunyni.	10,0	±1,7
A marihuána használatát bizonyos helyeken a 18 év felettieknek meg kellene engedni, de a többi drogot tiltani kell.	4,8	±1,2
A marihuána használatát bárhol, bárkinek engedélyezni kell, a többi drogot viszont tiltani kell.	0,7	±0,5
Minden drog használatát engedélyezni kellene, ugyanis a droghasználat a személyes szabadságjogok közé tartozik, ugyanakkor szabályozni kell a terjesztést.	0,7	±0,5
Minden drog használatát szabályozás nélkül engedélyezni kellene, hiszen a droghasználat a személyes szabadságjogok közé tartozik.	0,7	±0,5

A társadalom több mint négyötöde által vallott szigorú drogpolitikai elvek mellett azonban a felnőtt népesség mintegy tizenöt százaléka a marihuána fogyasztásának drogpolitikai kezelésével kapcsolatban engedékenyebb. Mint azt az 1. táblázatban láthatjuk, a felnőtt népesség 10%-a (±1,7) úgy gondolja, hogy „általában tiltani kell a drogok fogyasztását, de pl. a marihuána használata felett szemet kellene hunyni”, s további 5,6% (±1,3) a kannabiszfogyasztással kapcsolatban más törvényi szabályozást tartana követendőnek. A különböző szerek fogyasztásának engedélyezésével kapcsolatos vélekedéseket egy EMCDDA standard kérdéssel külön is vizsgáltuk (lásd 1.2. melléklet, 'B' kérdőív 42. kérdés). Ennek alapján egyrészt azt láthatjuk, hogy a marihuána/hasis vonatkozásában többen válaszoltak a kérdésre, mint más drogok esetében, ami arra utal, hogy más tiltott drogokhoz képest a marihuána/hasis szabályozásával kapcsolatban inkább van az embereknek véleménye. Másrészt a magyar társadalom egy része más drogokhoz képest a marihuána/hasis használatával kapcsolatban – a veszélyészlelés, illetve Társadalmi Távolság-skála esetében is tapasztaltakkal összhangban – a fogyasztás megengedhetősége tekintetében is másként gondolkodik. Az adataink alapján 95%-os megbízhatósággal azt mondhatjuk, hogy a felnőtt népesség nagyobb mértékben ért valamilyen mértékben egyet azzal, hogy „meg kellene engedni az embereknek a marihuána/hasis fogyasztását” (5,9%; ±0,7), mint amennyien más drogok esetében így vélekednek (2,1–2,5%;

$\pm 0,4$), s a marihuána/hasis esetében a megengedés elutasítása tekintetében bizonytalanok aránya is szignifikánsan magasabb (9,4%; $\pm 0,8$; vs. 3,0–3,4%; $\pm 1,0$).

4. ábra: A „Milyen mértékben ért egyet azzal, hogy meg kellene engedni az embereknek a szerek fogyasztását?” kérdésre adott válaszok eloszlása a különböző vizsgált szerek esetében a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)



3. A PSZICHOAKTÍVSZER-HASZNÁLATTAL ÉS -HASZNÁLÓKKAL KAPCSOLATOS TÁRSADALMI VISZONYULÁSOK MINTÁZÓDÁSA A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT (18–64 ÉVES) NÉPESSÉG KÖRÉBEN

3.1. A pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások mintázódásának leíró-statisztikai elemzése

A pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások mintázódásának leíró-statisztikai elemzése során a főbb szociodemográfiai jellemzők – életkor, nem, urbanizációs, kulturális státusz, vallásosság – mellett bevontuk a szerhasználati előzmények jellemzésére a marihuánafogyasztás, illetve az egyéb tiltott drog-fogyasztás (kannabiszszármazékok nélkül) életprevalencia-értékeit, valamint az alkoholfogyasztás havi prevalencia-értékét is.

3.1.1. A pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatos társadalmi távolság mintázódása

Az alábbiakban (2. táblázat) a kábítószer-használókkal, az iszákosokkal és a marihuánahasználókkal kapcsolatos társadalmi távolság (Bogardus-skála alapján a szomszédsági viszonyt elutasítók százalékos aránya) mintázódását mutatjuk be. A szerhasználói előzmények (marihuánahasználat és a tiltott drogok életprevalencia-értéke, előző havi alkoholfogyasztás), valamint a vallásosság mentén mindhárom pszichoaktív szer-használó csoport megítélése szignifikáns mintázódást mutat, ahogy ez az alábbi táblázatban részletesen látható.

2. táblázat: A különböző pszichoaktív szer-használók vonatkozásában a szomszédsági viszonyt elutasítók arányának alakulása a főbb szociodemográfiai jellemzők és szerhasználati előzmények mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓ					„ISZÁKOS”					MARIHUÁNAHASZNÁLÓ				
	N	%	χ^2 (df)	p	V	N	%	χ^2 (df)	p	V	N	%	χ^2 (df)	p	V
Nem															
férfi	636	81,8	4,739 (1)	0,029	0,059	637	71,9	12,920 (1)	<0,001	0,097	632	72,6	2,513 (1)	0,113	0,043
nő	726	86,1				727	80,2				724	76,4			
Korcsoport															
18–24	161	80,7	8,635 (4)	0,071	0,080	161	73,9	5,268 (4)	0,261	0,062	160	71,3	9,068 (4)	0,059	0,082
25–34	278	82,0				278	73,7				277	70,4			
35–44	344	84,0				345	75,9				342	75,1			
45–54	302	82,8				302	76,2				302	74,2			
55–64	276	89,5				277	81,2				275	80,7			
Budapest – vidék															
Budapest	230	87,4	2,298 (1)	0,130	0,041	230	77,8	0,330 (1)	0,566	0,016	230	69,6	3,696 (1)	0,055	0,052
vidék	1131	83,4				1132	76,1				1128	75,6			
Várható legmagasabb iskolai végzettség															
8 általános vagy kevesebb	157	84,7	16,178 (3)	0,001	0,109	158	72,2	5,986 (3)	0,112	0,066	158	77,8	15,244 (3)	0,002	0,106
szakmunkás	478	89,1				478	79,5				474	80,0			
érettségi	466	80,7				467	76,4				465	71,0			
felsőfok / egyetem utáni képzés	261	80,1				261	72,8				260	69,2			

	KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓ					„ISZÁKOS”					MARIHUÁNAHASZNÁLÓ				
	N	%	χ^2 (df)	p	V	N	%	χ^2 (df)	p	V	N	%	χ^2 (df)	p	V
Vallásosság															
vallásos, az egyház tanításait követi	103	74,8	27,006 (3)	<0,001	0,146	102	69,6	15,877 (3)	0,001	0,112	101	62,4	23,742 (3)	<0,001	0,137
vallásos a maga módján	522	89,5				523	80,9				521	79,8			
nem tudja	79	77,2				80	70,0				80	62,5			
nem vallásos / ateista	559	79,6				559	71,6				558	71,1			
Kannabiszhasználat életprevalencia															
fogyasztott	76	61,8	26,701 (1)	<0,001	0,146	77	48,1	32,733 (1)	<0,001	0,161	76	34,2	65,496 (1)	<0,001	0,229
nem fogyasztott	1180	84,7				1182	77,1				1175	76,3			
Tiltott drog-fogyasztás (kannabisz nélkül) életprevalencia															
fogyasztott	56	53,6	36,376 (1)	<0,001	0,171	57	49,1	21,738 (1)	<0,001	0,132	56	33,9	47,460 (1)	<0,001	0,196
nem fogyasztott	1186	84,5				1188	76,4				1182	75,5			
Alkoholfogyasztás havi prevalencia															
fogyasztott	682	80,8	6,859 (1)	0,009	0,072	682	70,2	21,520 (1)	<0,001	0,128	677	70,0	9,960 (1)	0,002	0,087
nem fogyasztott	623	86,2				625	81,3				624	77,7			
Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatás méret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre															

Minden szerhasználati előzmény minden, a megítélés tárgyát képező szerhasználó csoport esetében szignifikánsan kisebb mérvű elutasítással jár együtt, vagyis akiknek van bármilyen legális szer- vagy tiltottszer-használati előzményük, azok kisebb arányban utasítják el a szerhasználókkal való feltételezett szomszédsági viszonyt. Az alkoholfogyasztási előzmény esetében azonban a kábítószeresek, ill. a kannabiszhasználók megítélése vonatkozásában csak nagyon alacsony hatásméretű eltérés mutatkozik, míg a tiltottszer-használati előzmény esetén a különböző szerhasználó magatartások között ilyen különbségtétel nem azonosítható. A vallásosság mentén is mindhárom szerhasználói csoporttal kapcsolatos vélemény gyenge szignifikáns, s hasonló mintázódással leírható összefüggést mutat: a legnagyobb mértékű elutasítottság rendre a „maga módján vallásos” populációban jellemző, s a többi vallási irányultság között csak hibahatáron belüli eltéréseket tapasztalhatunk. A nemi hovatartozás mentén csak a kábítószer-használó és az „iszákos” emberek megítélésében mutatkozott nagyon enyhe, de szignifikáns mintázódás: a férfiak mindkét szerhasználó csoport esetében kevésbé elutasítóak, mint a nők. A várható legmagasabb iskolai végzettséggel összefüggésben pedig a kábítószerhasználók és a marihuánahasználók megítélésében mutatkoztak szignifikáns különbségek: mindkét szerhasználói csoporttal kapcsolatban az érettségivel rendelkezők, illetve nem rendelkezők között mutatkozik hibahatáron túli eltérés, de az utóbbi csoporton belül is a szakmunkás végzettséggel rendelkezők tendencijelleggel nagyobb elutasítása jellemző. A fenti, szignifikáns mintázódások mentén azonban rendre alacsony vagy elhanyagolható hatásméretű különbségek rajzolódnak ki. Az életkor és a lakóhely urbanizációs státusa mentén pedig egyik szerhasználó csoport megítélése esetében sem tapasztalható szignifikáns mintázódás.

3.1.2. A különböző szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos veszélyészlelés mintázódása

Mint azt az 1.2 fejezetben bemutattuk, a tiltott és legális, visszaélésre alkalmas szerek fogyasztását bármilyen intenzitású használat esetén a magyar társadalom döntő többsége nagyon veszélyesnek tartja, s a különböző szerek kipróbálásának veszélyessége tekintetében – a marihuána-/hasiskipróbálás kivételével – nem tudnak differenciálni. Ez a válaszok erős multikollinearitásában is megjelenik ($KMO=0,903$). Emiatt a szerhasználó magatartások veszélyészlelése tekintetében mutatózó társadalmi mintázódás vizsgálatát megelőzően a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerekkel (kivéve a marihuána-/hasiskipróbálást) kapcsolatos veszélyészlelésre vonatkozó 10 változón főkomponens-elemzéssel egy 0

átlagú, 1 szórású, a kannabiszkipróbálás kivételével általában a lakosság egyéb tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelését összességében kifejező, a bevitt változók információtartalmának 73,2%-át megőrző indexet hoztunk létre. A nagyobb indexérték a nagyobb veszélyészlelést fejezi ki.

3. táblázat: Általában (a kannabiszkipróbálás kivételével) a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek használatával kapcsolatos veszélyészlelésre vonatkozó válaszok alapján létrehozott főkomponens struktúrája a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

Szerek és szerhasználati intenzitások	faktorsúlyok
Kokain kipróbálása	0,923
Ecstasy kipróbálása	0,921
Dizájner stimulánsok kipróbálása	0,910
Szintetikus kannabinoidok kipróbálása	0,891
Dizájner stimulánsok rendszeres használata	0,881
Szintetikus kannabinoidok rendszeres használata	0,880
Nyugtatók rendszeres fogyasztása (orvosi javaslat nélkül)	0,839
Nyugtatók kipróbálása (orvosi javaslat nélkül)	0,828
Marihuána vagy hasis rendszeres fogyasztása	0,747
Marihuána vagy hasis alkalmi fogyasztása	0,708

A különböző szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos veszélyészlelés társadalmi/demográfiai mutatók és bizonyos szerhasználati előzmények mentén történő mintázódását a továbbiakban a napi egy vagy több doboz cigaretta elszívásával, a minden hétvégén öt vagy több ital elfogyasztásával, valamint a marihuána/hasis kipróbálásával és – a fentiekben leírt index alapján – általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés vonatkozásában mutatjuk be (4., 5. táblázat).

A napi egy vagy több doboz cigaretta elszívása tekintetében a nem, a korcsoport, a lakhely, az iskolai végzettség és az előző hónapban történt alkoholfogyasztás mentén mutatkozott szignifikáns mintázódás (4. táblázat). A férfiak a nőkhöz, a budapestiek a vidéki lakosokhoz, valamint az aktuálisan (is) alkoholt fogyasztók az aktuálisan nem fogyasztókhoz képest kisebb arányban tekintik nagyon veszélyesnek a napi egy vagy több doboz cigaretta elszívását. Az életkori csoportokat vizsgálva is szignifikáns mintázódás tapasztalható a rendszeres dohányzással kapcsolatban: a legalacsonyabb veszélyészlelés a 35–44 évesek köré-

ben, a legmagasabb pedig a legfiatalabb felnőtt korcsoportban jellemző, s e két korosztály veszélyészlelése között 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli különbség mutatkozik. Kétharmados biztonsággal azonban azt mondhatjuk, hogy a 18–24 évesek veszélyészlelése – a legidősebb (55–64) éves korosztály kivételével – minden felnőtt korcsoporthoz képest magasabb. A várható legmagasabb iskolai végzettség tekintetében a szakmunkás végzettséggel rendelkezők találták a legkisebb, míg a felsőfokú végzettséggel rendelkezők a legnagyobb arányban veszélyesnek a napi egy vagy több doboz cigaretta elszívását, de tendencijelleggel a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében is alacsonyabb veszélyészlelés jellemző, mint a diplomások körében, továbbá kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy az érettségizettek is szigorúbban vélekednek, mint a szakmunkás végzettséggel rendelkezők. A fenti összefüggések azonban többnyire alacsony, sőt néhány vizsgált változó (lakhely, alkoholfogyasztási előzmény) esetében elhanyagolható hatásméretűek. A vallással kapcsolatos beállítódás, illetve a droghasználati előzmények mentén nem találtunk szignifikáns különbségeket.

Öt vagy több ital minden hétvégén történő elfogyasztása tekintetében a nem, a korcsoport, a vallásosság, valamint a kannabiszon kívül más tiltott drog fogyasztásával kapcsolatos tapasztalat, illetve az elmúlt havi alkoholfogyasztás mentén tapasztaltunk szignifikáns mintázódást (4. táblázat). A férfiak, az egyéb tiltott drogot valaha, illetve az előző hónapban alkoholt fogyasztók heti rendszerességű, nagy mennyiségű alkoholfogyasztással kapcsolatos veszélyészlelése szignifikánsan alacsonyabb, a nőkhoz, illetve a vizsgált szerhasználati előzményekkel nem bírókhoz képest. A különböző korcsoportba tartozók közül a legalacsonyabb veszélyészlelés – a dohányzás esetében tapasztalhatóhoz hasonlóan – a 35–44 éves korosztályban mutatkozott, hozzájuk képest a legidősebb felnőtt korcsoportban 95%-os megbízhatósági szinten nagyobb az ezen fogyasztói magatartással kapcsolatos percipiált kockázat, de tendencijelleggel minden más korcsoportban is magasabb. A vallásosság tekintetében pedig 95%-os megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy az egyházi útmutatásokat követő vallásosok körében az ezen ivási magatartással kapcsolatos veszélyészlelés nagyobb mértékben van jelen, mint a maguk módján vallásos, illetve a vallásos érzületeik tekintetében bizonytalanok körében, s kétharmados biztonsággal a nem vallásos / ateista személyek veszélyészlelése is alacsonyabb, mint az egyház tanításait követőké. A rendszeres dohányzással kapcsolatos veszélyészlelés mintázódásához hasonlóan azonban ez esetben is rendre elhanyagolható vagy kicsi hatásméretű különbségekről beszélhetünk. Urbanizációs, illetve kulturális státus, valamint a kannabiszhasználati tapasztalatok mentén pedig nem mutatkozott szignifikáns mintázódás.

4. táblázat: A napi egy vagy több doboz cigaretta elszívását, illetve a minden hétvégén öt vagy több ital elfogyasztását nagyon veszélyesnek tartók arányának mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők és bizonyos szerhasználati előzmények mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	N	%	χ^2 (df)	p	V	N	%	χ^2 (df)	p	V
	Napi egy vagy több doboz cigaretta elszívása					Öt vagy több ital elfogyasztása minden hétvégén				
Nem										
férfi	576	40,3	24,586(1)	<0,001	0,141	576	32,8	32,254(1)	<0,001	0,162
nő	656	54,4				656	48,8			
Korcsoport										
18–24	139	56,8	12,424(4)	0,014	0,100	140	44,3	15,0635(4)	0,005	0,111
25–34	249	48,6				251	39,0			
35–44	319	41,4				321	34,6			
45–54	277	45,8				275	41,8			
55–64	248	52,4				245	50,2			
Budapest – vidék										
Budapest	220	40,0	6,614(1)	0,010	0,073	218	40,8	0,030(1)	0,863	0,005
vidék	1013	49,6				1013	41,5			
Várható legmagasabb iskolai végzettség										
8 általános vagy kevesebb	128	44,5	16,477(3)	0,001	0,116	126	37,3	4,326(3)	0,228	0,059
szakmunkás	418	41,6				420	38,3			
érettségi	438	49,1				441	44,0			
felsőfok / egyetem utáni képzés	249	57,4				244	43,9			
Vallásosság										
vallásos, az egyház tanításait követi	103	54,4	7,689(3)	0,053	0,079	104	54,8	10,459(3)	0,015	0,093
vallásos a maga módján	509	50,9				509	38,9			
nem tudja	71	47,9				70	34,3			
nem vallásos / ateista	540	43,5				538	41,4			
Kannabiszhasználat életprevalencia										
fogyasztott	77	40,3	1,738(1)	0,187	0,038	75	30,7	3,592(1)	0,058	0,055
nem fogyasztott	1133	48				1132	41,8			

	N	%	χ^2 (df)	p	V	N	%	χ^2 (df)	p	V
	Napi egy vagy több doboz cigaretta elszívása					Öt vagy több ital elfogyasztása minden hétvégén				
Tiltottdrog-fogyasztás (kannabisz nélkül) életprevalencia										
fogyasztott	53	37,7	2,264(1)	0,132	0,043	52	23,1	7,514(1)	0,006	0,079
nem fogyasztott	1145	48,3				1144	42,2			
Alkoholfogyasztás havi prevalencia										
fogyasztott	657	45,1	4,538(1)	0,033	0,061	655	35,7	17,967(1)	<0,001	0,121
nem fogyasztott	575	51,1				575	47,7			
Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok-értékek; p: szignifikancia-érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató. A szignifikáns kapcsolatot (p<0,050) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre										

A tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelést – mint azt fentebb jeleztük – két mutató mentén vizsgáljuk, egyrészt a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelést általában megjelenítő, főkomponens-elemzéssel létrehozott 0 átlagú, 1 szórású index segítségével, másrészt a kannabisz kipróbálásának veszélyeivel kapcsolatos válaszok vonatkozásában.

Általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek (kivéve a kannabisz kipróbálása) fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés esetében a nem, a vallásosság, valamint a kannabisz-, illetve az egyéb tiltottdrog-fogyasztási előzmény mentén tudunk gyenge hatásméretű, de szignifikáns mintázódásokat azonosítani (5. táblázat bal oldali oszlopok). Általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásához kapcsolódóan szignifikánsan kisebb veszélyészlelés jellemzi a férfiakat, illetve azokat, akik rendelkeznek kannabisz vagy egyéb tiltott szer használata terén valamilyen tapasztalattal. Ez a kisebb veszélyészlelés nem csak a nőkhöz, illetve a szerhasználati tapasztalattal nem rendelkező populációhoz képest jelenik meg: a negatív indexérték a társadalmi átalaghoz képest is mérsékeltőbb veszélyészlelést jelez. Emellett a vallásosság mentén azonosítható szignifikáns mintázódás általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásához kapcsolódó veszélyészlelés tekintetében, melynek alapján a legkisebb veszélyészlelés a vallásosságuk tekintetében bizonytalan populáció körében, a legmagasabb pedig a vallásos, az egyház tanításait követő népeségben mutatkozott. Általában a tiltott szerekkel kapcsolatos veszélyészlelés esetében nem jelentkezett szignifikáns kapcsolat az életkorral, az urbanizációs, illetve kulturális státussal, valamint az aktuális alkoholfogyasztással.

A kannabisz kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés tekintetében a vizsgált háttérváltozók közül mindössze a lakóhely vonatkozásában nem találtunk szignifikáns mintázódást, minden más esetében – a nem, a korcsoport, a kulturális státusz, a vallásosság és a szerhasználati előzmények mentén – rendre szignifikáns különbségek figyelhetők meg. Ezek közül a korcsoport és a kannabiszhasználatl kapcsolatos előzmények mentén közepes, a többi tényező esetében gyenge vagy elenyésző hatásméretű különbség azonosítható. Leginkább markáns mintázat a kannabiszhasználati előzmények mentén rajzolódik ki: a kannabiszhasználati tapasztalatokkal nem rendelkező népességben 7,5-ször nagyobb a kannabisz kipróbálását nagyon veszélyesnek tartók aránya, mint azok körében, akik fogyasztottak már az életük során valaha marihuánát/haszt. Más szerhasználati előzmény esetében szintén szignifikáns, de kevésbé markáns különbségek mutatkoznak: az egyéb tiltott drog-használati tapasztalat esetében ez az eltérés csak mintegy négyszeres, az aktuálisan (is) alkoholt fogyasztók esetében azonban csak elenyésző hatásméret melletti különbség mutatkozott. A kannabiszhasználati előzmény mellett a korcsoportok mentén mutatkozott markáns, közepes hatásméretű mintázódás. A különböző életkori csoportok közül a leginkább kiemelkedő veszélyészlelés a kannabisz kipróbálása tekintetében a legidősebb vizsgált korcsoport esetében tapasztalható: 95%-os megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy a kannabisz kipróbálásával kapcsolatban az 55-64 évesek körében minden más korcsoporthoz képest fokozott veszélyérzet jellemző. Emellett tendencijelleggel a 35-44 éves korosztály veszélyészlelése is magasabb, mint az ennél fiatalabbaké. A várható legmagasabb iskolai végzettség alapján tapasztalható gyenge szignifikáns különbség elsősorban a szélső kulturális státusok eltérő vélekedésében mutatkozik meg: az érettségivel nem rendelkezők körében 95%-os megbízhatósági szinten magasabb a kannabiszfogyasztást nagyon veszélyesnek tartók aránya, mint a felsőfokú végzettségűek körében. Emellett tendencijelleggel az érettségizettek veszélyészlelése is magasabb, mint a diplomásoké. A vallásosság mentén mutatózó gyenge szignifikáns mintázódás alapján a vallásosságuk tekintetében bizonytalanok vagy a nem vallásos / ateista lakosság és az egyház tanításait követő vagy maguk módján vallásos népesség közötti, 95%-os megbízhatósági szinten az utóbbiak fokozott veszélyérzetével leírható mintázódást kell kiemelnünk. Ugyanakkor tendencijelleggel a vallásosokon belül is megjelenik a „maga módján vallásos” csoport kisebb, illetve a másik oldalon a vallásosságuk tekintetében bizonytalanok kiemelkedően alacsony veszélyészlelése. A fenti összefüggések mellett a férfiak körében azonosítható szignifikánsan alacsonyabb veszélyészlelés.

5. táblázat: Általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyézelés-index átlagértékének, valamint a kannabisz kipróbálását nagyon veszélyesnek tartók arányának (%) mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők és bizonyos szerhasználati előzmények mentén a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	N	Átlag	Szórás	F	p	η^2	N	%	χ^2 (df)	p	V
	Általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyézelés indexe						Kannabisz kipróbálásával kapcsolatos veszélyézelés				
Nem											
férfi	540	-0,10	1,11	10,793	0,001	0,009	561	60,1	13,681(1)	<0,001	0,106
nő	634	0,09	0,89				651	70,2			
Korcsoport											
18–24	135	0,04	0,82	1,573	0,179	0,005	139	59,7	30,551(4)	<0,001	0,159
25–34	242	-0,12	1,12				249	56,2			
35–44	309	0,05	0,89				316	68,4			
45–54	257	-0,03	1,09				270	62,6			
55–64	231	0,08	1,00				238	78,2			
Budapest – vidék											
Budapest	213	0,03	0,86	0,203	0,653	0,000	218	67,0	0,243(1)	0,622	0,014
vidék	962	-0,01	1,03				992	65,2			
Várható legmagasabb iskolai végzettség											
8 általános vagy kevesebb	109	-0,03	1,05	0,578	0,629	0,001	117	69,2	9,258(3)	0,026	0,087
szakmunkás	399	-0,04	1,20				412	69,2			
érettségi	425	0,01	0,93				433	65,4			
felsőfok / egyetem utáni képzés	241	0,06	0,69				248	58,1			
Vallásosság											
vallásos, az egyház tanításait követi	97	0,19	0,78	4,275	0,005	0,011	99	78,8	20,133(3)	<0,001	0,130
vallásos a maga módján	482	0,05	0,93				497	69,0			
nem tudja	67	-0,31	1,10				69	52,2			
nem vallásos / ateista	516	-0,05	1,08				534	61,2			

	N	Átlag	Szórás	F	p	η^2	N	%	χ^2 (df)	p	V
	Általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés indexe						Kannabisz kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés				
Kannabiszhasználat életprevalencia											
fogyasztott	73	-0,49	0,97	18,871	<0,001	0,016	76	9,2	112,996(1)	<0,001	0,308
nem fogyasztott	1084	0,03	1,0				1116	69,2			
Tiltottdrog-fogyasztás (kannabisz nélkül) életprevalencia											
fogyasztott	49	-0,85	1,13	36,470	<0,001	0,031	52	17,3	55,585(1)	<0,001	0,217
nem fogyasztott	1099	0,04	0,99				1127	67,6			
Alkoholfogyasztás havi prevalencia											
fogyasztott	623	-0,02	0,94	0,319	0,572	0,000	639	61,3	10,532(1)	0,001	0,093
nem fogyasztott	551	0,02	1,07				571	70,2			
Megjegyzések: N: válaszolók száma; F: egyszempontos ANOVA-teszt statisztikája; p: szignifikancia-érték az F próbához, ill. a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; η^2 : Eta-négyzet hatásméret-mutató; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató; A szignifikáns különbséget ($p < 0,050$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre											

3.1.3. A drogfüggők megítélésének mintázódása

A drogfüggők megítélésének főbb szociodemográfiai jellemzők és szerhasználati előzmények tekintetében azonosítható mintázódását mutatjuk be a 7. táblázatban. A vizsgált tényezők közül a kannabisz-, valamint az egyéb tiltottszer-fogyasztási előzmények, a lakóhely és a vallásosság esetén tapasztalható gyenge vagy közepes hatásméretű szignifikáns mintázódás a drogfüggők keretezése szempontjából. A legerősebb – közepes hatásméretű – különbség az egyéb tiltottszer-használati tapasztalat tekintetében mutatkozott: azok, akik fogyasztottak már a kannabisz-származékokon kívül egyéb tiltott drogokat, egyáltalán nem tekintenek a drogfüggőkre kizárólag bűnözőként, s nagyon alacsony (3,6%) azok aránya is, akik részlegesen annak tekintik, ugyanakkor több mint kétötödük (41,8%-uk) sem betegnek, sem bűnözőnek nem gondolja őket. Ezzel szemben azoknak, akik nem rendelkeznek egyéb tiltott szerek terén használati tapasztalattal, közel háromnegyede betegnek vagy betegnek is tekinti a drogfüggőket. Kisebb hatásméret mellett, kevésbé markáns, de 95%-os megbízhatósági szinten érvényes különbségek jelennek meg a kannabiszhasználati előzményekkel rendelkezők esetében is: a kannabiszt valaha fogyasztók közel 30%-a szerint a drogfüggők „sem nem betegek,

sem nem bűnözők”, míg a nem fogyasztók esetében ez az arány 13%. A „beteg és bűnöző egyszerre” kategóriát a soha nem fogyasztók 21,6%-a, míg a fogyasztóknak csak 10,4%-a tekinti a drogfüggők esetében érvényesnek. Szintén 95%-os megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy a budapestiek a vidéken élőkhez képest kisebb arányban tekintik a drogfüggőt betegnek, és nagyobb arányban bizonytalanok a drogfüggők egyértelmű „keretezése” tekintetében, továbbá tendencijelleggel inkább gondolják azt, hogy a drogfüggő „sem nem beteg, sem nem bűnöző”. A vallásosság tekintetében összességében kis hatásméretű szignifikáns mintázódás mellett a vallásossággal kapcsolatos különböző kategóriák mentén elsősorban tendencijellegű megállapításokat tehetünk. Az egyház tanításait követő vagy a maga módján vallásos népesség nagyobb arányban tartja a drogfüggőt inkább bűnözőnek összehasonlítva azokkal, akik nem vallásosok, illetve akik nem tudják eldönteni, hogy vallásosak-e, vagy sem. Ugyanakkor az inkább betegként való definiálás tekintetében az egyház tanításait követő, és a maguk módján vallásos populáció között azonosíthatunk kétharmados biztonsággal különbséget, az utóbbi csoportba tartozók nagyobb arányban helyezik beteg keretbe a drogfüggőt, hasonlóan a nem vallásos / ateista népességhez, illetve azokhoz, akik bizonytalanok a vallásosságuk megítélése tekintetében. A drogfüggőt bűnözőnek és betegnek egyszerre tartó vélemények tekintetében pedig egy, az egyház tanításait követőktől, a maga módján vallásos, a nem vallásos / ateista csoportokon keresztül a vallásossága tekintetében bizonytalanok felé haladva rendre tendencijelleggel csökkenő arányokat, a két szélső csoport tekintetében pedig 95%-os megbízhatósági szinten érvényes különbséget találunk. A vallásosoknak mindössze 5,9%-a gondolja, hogy a drogfüggők „sem nem betegek, sem nem bűnözők”, szemben a nem vallásos / ateista népességgel ennél hibahatáron túl, illetve a többi vallási beállítódás tendencijelleggel nagyobb arányával. Életkori, nemi, illetve kulturális státusz, valamint az közelmúltbeli alkoholfogyasztás mentén azonban nem azonosíthatók szignifikáns különbségek.

6. táblázat: A drogfüggők megítélésének (beteg – bűnöző – mindkettő – egyik sem) szociodemográfiai jellemzők és szerhasználati előzmények mentén mutatkozó mintázódása a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában)

	N	Inkább bűnöző	Inkább beteg	Sem nem bűnöző, sem nem beteg	Bűnöző és beteg egyszerre	Nem tudja	χ^2 (df)	p	V
Nem									
férfi	595	5,7	51,4	14,6	18,6	9,6	7,800(4)	0,099	0,078
nő	673	3,1	51,6	13,1	22,6	9,7			
Korcsoport									
18–24	142	2,1	58,5	14,8	16,2	8,5	18,356(16)	0,303	0,060
25–34	258	2,7	52,3	15,5	21,3	8,1			
35–44	328	4,9	53,5	11,6	21,0	9,1			
45–54	282	5,0	49,7	13,8	25,5	8,9			
55–64	253	5,5	49,0	14,2	17,8	13,4			
Budapest – vidék									
Budapest	216	4,6	38,7	18,9	21,2	16,6	26,690(4)	<0,001	0,145
vidék	1048	4,2	54,3	12,7	20,6	8,2			
Várható legmagasabb iskolai végzettség									
8 általános vagy kevesebb	131	7,6	44,3	9,9	23,7	14,5	17,809(12)	0,122	0,068
szakmunkás	431	5,1	51,3	13,9	20,0	9,7			
érettségi	455	2,6	52,7	15,4	19,6	9,7			
felsőfok / egyetem utáni képzés	249	4,0	53,8	12,9	22,5	6,8			
Vallásosság									
vallásos, az egyház tanításait követi	101	7,9	41,6	5,9	29,7	14,9	40,997(12)	<0,001	0,105
vallásos a maga módján	514	5,3	54,3	10,7	22,8	7,0			
nem tudja	76	2,6	55,3	18,4	11,8	11,8			
nem vallásos / ateista	566	3,1	51,1	17,6	18,3	9,9			
Kannabiszhasználat életprevalencia									
fogyasztott	77	2,6	49,4	28,6	10,4	9,1	17,378(4)	0,002	0,118
nem fogyasztott	1164	4,5	51,1	13,1	21,6	9,8			

	N	Inkább bűnöző	Inkább beteg	Sem nem bűnöző, sem nem beteg	Bűnöző és beteg egyszerre	Nem tudja	χ^2 (df)	p	V
Tiltottdrog-fogyasztás (kannabisz nélkül) életprevalencia									
fogyasztott	55	0,0	38,2	41,8	3,6	16,4	46,944(4)	<0,001	0,196
nem fogyasztott	1173	4,6	51,5	12,7	21,7	9,5			
Alkoholfogyasztás havi prevalencia									
fogyasztott	666	4,2	49,2	15,5	22,2	8,9	6,700(4)	0,153	0,073
nem fogyasztott	600	4,3	54,2	12,0	19,0	10,5			
Megjegyzések: N: válaszolók száma; p: szignifikancia-érték a χ^2 próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret-mutató a χ^2 próbához kapcsolódóan A szignifikáns különbséget ($p < 0,050$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre									

3.2. A pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatos társadalmi távolság többdimenziós becslése

Annak vizsgálatára, hogy a többi változó kontroll alatt tartása mellett a kábítószer-használókkal, az iszákosokkal és a marihuánahasználókkal kapcsolatos társadalmi távolság milyen szociodemográfiai tényezőkkel és szerhasználati előzményekkel mutat összefüggést, ENTER-módszerrel bináris logisztikus regressziós modelleket hoztunk létre.

A modellek célváltozóját a különböző szerhasználó csoportokkal – iszákosokkal, marihuánahasználókkal és kábítószeresekkel – kapcsolatos szomszéd-sági viszony elutasítását kifejező dichotóm (0: nem elutasító; 1: elutasító) változók képezték. Független változóként pedig a – leíró statisztikai elemzések során is használt – nemi hovatartozást, urbanizációs- és kulturális státuszt, vallási irányultságot, valamint a szerhasználati előzményeket megjelenítő mutatókon kívül még bevontunk munkaerőpiaci- és anyagi státussal, társas integráltsággal, anómiával, deviáns családi mintákkal kapcsolatos, valamint különböző életdimenziókkal való elégedettséget kifejező változókat (7. táblázat). A mindhárom szerhasználói csoport elutasításának becslésére irányuló modell szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor-változókat még nem tartalmazó modell (kábitószer-használók: $\chi^2=55,399$ (21), $p < 0,001$; iszákosok: $\chi^2=67,961$ (21), Nagelkerke $R^2 = 0,106$; $p < 0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0,102$; marihuánahasználók: $\chi^2=99,692$ (21), $p < 0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0,149$), azonban a bevont változószett mindegyik modell esetében csak minimális mértékben

növelte a besorolás pontosságát,² tehát a modell elsősorban a mintázódások letisztázását segíti, mintsem a viszonyulások becslését.

A *kábítószer-használók* elutasítottságának becslésére létrehozott modellben a bevont magyarázó változók közül – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – mindössze három tényező, a családban előforduló deviáns minták, a vallásos beállítódás egyik típusa, illetve az egyéb tiltott drog-fogyasztási előzmények kapnak szignifikáns szerepet (7. táblázat, 2. oszlop). Azok, akik használtak már életükben kannabiszon kívül más tiltott drogot (is), a nem használókhoz képest 73%-kal kisebb arányban utasítják el a kábítószer-használókkal való szomszédsági viszonyt. A családban előforduló deviáns magatartástípusok számának növekedésével kisebb mértékben (14%-kal), de szintén csökken az elutasító hozzáállás előfordulásának esélye. Ugyanakkor a „maga módján vallásos” népesség körében – a „vallásos, az egyház tanításait követő” lakossághoz képest – több mint két és félszer nagyobb (OR=2,68) a kábítószerhasználókkal való szomszédsági viszony elutasításának kockázata. Megjegyezzük ugyanakkor, hogy a vallásosságuk tekintetében bizonytalan, illetve a nem vallásos / ateista beállítódású népesség esetében az elutasítás kockázata nem különbözött szignifikánsan az egyház tanításait követő vallásos népességben mutatkozó elutasítási hajlandóságtól.

A *kannabisz-használók* elutasítottságának becslésére – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – a kábítószer-használók elutasítottságának becslése esetén kapott modellhez nagyon hasonló modellt sikerült létrehozni (7. táblázat, 4. oszlop), azzal a különbséggel, hogy a családban előforduló deviáns minták és a „maga módján vallásos” beállítódás mellett nem az egyéb tiltott drog, hanem a kannabiszfogyasztási előzmények kapnak szerepet, valamint megjelenik még három további szignifikáns tényező is, a lakóhely, a társas integráció, valamint az anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség. A fővárosi népesség esetében majdnem feleakkora csak (OR=0,57) a kannabiszhasználók elutasítottsága, mint a vidéki lakosság körében. A társas integráció, valamint az anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség egységnyi növekedése esetén pedig – a több tényező kontroll alatt tartása mellett – mintegy három-

² A *kábítószer-használók* elutasítottságának becslésére létrehozott modell összességében 85,5%-ban jósolja be helyesen a résztvevők csoporttagságát, ami összességében megegyezik a kiindulási modell klasszifikációs teljesítményével, azonban a „nem elutasító” személyek besorolási pontossága 8,2%-kal növekedett. Az *iszákosok* elutasítottságának becslésére létrehozott modell besorolási pontossága 79,1%, ami 1,5%-kal magasabb a kiindulási modell klasszifikációs teljesítményénél, a „nem elutasító” személyek besorolási pontossága pedig 12,4%-kal növekedett. A *kannabiszhasználók* elutasítottságának becslésére létrehozott modell összességében 2,4%-kal, 77,2%-ra növelte a besorolási pontosságot, a „nem elutasító” személyek besorolási pontosságát 18,6%-kal.

negyedére csökken a kábítószerhasználókkal való szomszédági viszony elutasításának kockázata.

Az „iszákosok” elutasítottságának becslésére létrehozott modell esetében – a többi tényező kontroll alatt tartása mellett – négy szignifikáns tényezőt sikerült azonosítani (7. táblázat, 3. oszlop). Ezek közül három tényező megjelent a kannabisz-, illetve általában a kábítószer-használók elutasítottságának becslésére létrehozott modellben is. A családban előforduló deviáns magatartástípusok számának, valamint a társas integrációnak³ a növekedése esetén az iszákosokkal kapcsolatos szomszédági viszony elutasítottsága is alacsonyabb. Hasonlóképpen a korábbi modellekhez, itt is megjelenik a „maga módján vallásosok” körében – az „egyház tanításait követő” vallásos népességhez képest – a nagyobb mértékű (OR=1,86) elutasítás. Új elem azonban az „iszákosok” elutasítottságának becslésére létrehozott modellben a kedvezőtlen anyagi státusz szerepe: a hátrányos anyagi helyzetet kifejező index egységnyi növekedése esetén 22%-kal csökken az „iszákosok” elutasításának kockázata.

A többváltozós elemzések megerősítették azt a leíró-statisztikai elemzésekben (lásd 2.1. fejezetben) is megmutatkozó összefüggést, hogy a legnagyobb mértékű elutasítottság rendre a „maga módján vallásos” populációban jellemző, s a többi vallási irányultság között csak hibahatáron belüli eltérések tapasztalhatunk. Hasonlóképpen megerősítették a többváltozós modellek azt is, hogy az életkor mentén a magyarországi felnőtt népességben nem tapasztalható szignifikáns mintázódás egyik szerhasználói csoport elutasítottságával kapcsolatban sem. Ugyanakkor míg a páronkénti elemzésekben azt láthattuk, hogy akiknek van bármilyen legális vagy tiltott szerhasználati előzményük, azok bármilyen szerhasználó csoporttal kevésbé elutasítóak, a többváltozós modellekben – a főbb szociodemográfiai jellemzők kontroll alatt tartása esetén – az alkoholfogyasztási előzmény elveszti szignifikáns szerepét, s az egyéb szerhasználati előzmények szerepe is csak a „saját csoport” elutasítottsága tekintetében jelenik meg. A többi tényező kontroll alatt tartása mellett a – leíró statisztikai elemzésekkel szemben – a nemi hovatartozás, illetve a kulturális státusz szerepe sem jelenik meg. Emellett a többváltozós modellek alapján azt mondhatjuk, hogy egyik szerhasználó csoport elutasítottsága sem mutat szignifikáns mintázódást a magyarországi felnőtt népességben sem a munkaerőpiaci státussal, sem az anómiás érzületek előfordulásával, sem egészséggel, illetve társas kapcsolatokkal való elégedettséggel.

³ Az összefüggés óvatos értelmezésére int bennünket, hogy a társas integráció esetén az esélyhányadoshoz kapcsolódó 95%-os konfidenciaintervallum magába foglalta a kapcsolat hiányát kifejező 1,00-es értéket is.

7. táblázat: A különböző pszichoaktív szer-használók elutasításának becslése főbb szociodemográfiai tényezők és szerhasználati előzmények alapján – többváltozós bináris logisztikus regressziós modellek a magyarországi 18–64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓ		ISZÁKOSOK		MARIHUÁNAHASZNÁLÓK	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Férfi nem (ref.: női nem)	0,72 [0,47–1,10]	0,131	0,80 [0,56–1,15]	0,230	1,04 [0,73–1,49]	0,817
Életkor	1,00 [0,99–1,02]	0,688	1,00 [0,98–1,01]	0,703	1 [0,99–1,01]	0,954
Lakhely (ref.: vidék)	1,05 [0,63–1,75]	0,844	0,79 [0,52–1,20]	0,276	0,57 [0,39–0,85]	0,005
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: felsőfokú végzettség / egyetem utáni képzés)						
8 általános vagy kevesebb	0,68 [0,22–2,07]	0,495	0,86 [0,35–2,15]	0,753	0,42 [0,16–1,07]	0,070
szakmunkás	1,16 [0,64–2,09]	0,627	1,03 [0,62–1,69]	0,918	0,83 [0,51–1,37]	0,472
érettségi	0,91 [0,52–1,58]	0,728	1,01 [0,63–1,63]	0,963	0,76 [0,47–1,2]	0,237
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzettség hiánya)	0,91 [0,41–2,04]	0,824	1,55 [0,82–2,95]	0,177	0,74 [0,37–1,46]	0,387
Munkaerőpiaci aktivitás (ref.: nem aktív)	0,73 [0,41–1,31]	0,293	1,10 [0,69–1,75]	0,686	0,95 [0,59–1,52]	0,832
Hátrányos anyagi helyzet	0,93 [0,70–1,24]	0,637	0,78 [0,61–0,99]	0,045	1,01 [0,8–1,29]	0,909
Családban előforduló devianciák / kockázati magatartások száma	0,86 [0,75–0,97]	0,019	0,88 [0,78–0,99]	0,027	0,83 [0,74–0,93]	0,001
Vallásosság (ref.: vallásos, az egyház tanításait követi)						
vallásos a maga módján	2,68 [1,38–5,23]	0,004	1,86 [1,03–3,38]	0,040	1,92 [1,07–3,44]	0,028
nem tudja, hogy vallásos-e	1,74 [0,70–4,32]	0,235	1,68 [0,73–3,88]	0,226	1,13 [0,51–2,49]	0,767
nem vallásos / ateista	1,71 [0,88–3,31]	0,112	1,54 [0,84–2,82]	0,159	1,58 [0,87–2,85]	0,131
Anómia	0,99 [0,95–1,03]	0,681	1,00 [0,96–1,03]	0,816	0,99 [0,96–1,03]	0,625
Társas integráció	0,99 [0,75–1,30]	0,945	0,79 [0,63 – 1,00]	0,048	0,79 [0,62–0,99]	0,044
Anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség	0,78 [0,58–1,03]	0,082	0,80 [0,63–1,02]	0,074	0,73 [0,57–0,93]	0,011
Egészséggel való elégedettség	0,93 [0,75–1,15]	0,500	0,91 [0,76–1,09]	0,296	0,96 [0,8–1,15]	0,661
Társas kapcsolatokkal való elégedettség mértéke	1,10 [0,86–1,40]	0,437	1,08 [0,88–1,33]	0,459	1,11 [0,9–1,36]	0,347
Kannabiszhasználat életprevalencia (ref.: nem fogyasztott)	0,76 [0,34–1,68]	0,493	0,52 [0,26–1,04]	0,063	0,29 [0,15–0,57]	0,000
Tiltott drog-fogyasztás (kannabisz nélkül) életprevalencia (ref.: nem fogyasztott)	0,27 [0,11–0,70]	0,007	0,45 [0,18–1,09]	0,076	0,4 [0,16–1,02]	0,055
Alkoholfogyasztás havi prevalencia (ref.: nem fogyasztott)	1,12 [0,74–1,71]	0,586	0,71 [0,49–1,01]	0,057	0,84 [0,59–1,19]	0,315
Modellbe vont esetek száma (%)	939 (67,8)		939 (67,8)		937 (67,7)	

4. A PSZICHOAKTÍVSZER-HASZNÁLÓKKAL KAPCSOLATOS TÁRSADALMI VISZONYULÁSOK VÁLTOZÁSA A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT NÉPESSÉG KÖRÉBEN

A pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások vonatkozásában közel 20 éves időszak tendenciáit tudjuk felvázolni a Bogardus-skálán mért adatok segítségével. Ez a mérőeszköz az ADE-, illetve az OLAAP-vizsgálatok során valamennyi korábbi adatfelvételi hullámában⁴ is felvételre került. A vizsgálódás tárgyát jelentő társadalmi csoportok száma az elmúlt két adatfelvételi körben bővült, míg 2001 és 2007 között csak kilenc csoporttal kapcsolatban (börtönviselt, kábítószeres, iszákos, LMBTQ+, cigány származású, AIDS-beteg, pszichiátriai kezelt, menekült, zsidó származású, nagycsaládos) került felvételre a skála, addig az utolsó két adatfelvételben a fentiekén túl még rendelkezünk információval a hajléktalanokkal, a túlsúlyosokkal, a nyugdíjasokkal és a marihuána-használókkal kapcsolatos társadalmi távolság mértékéről is.

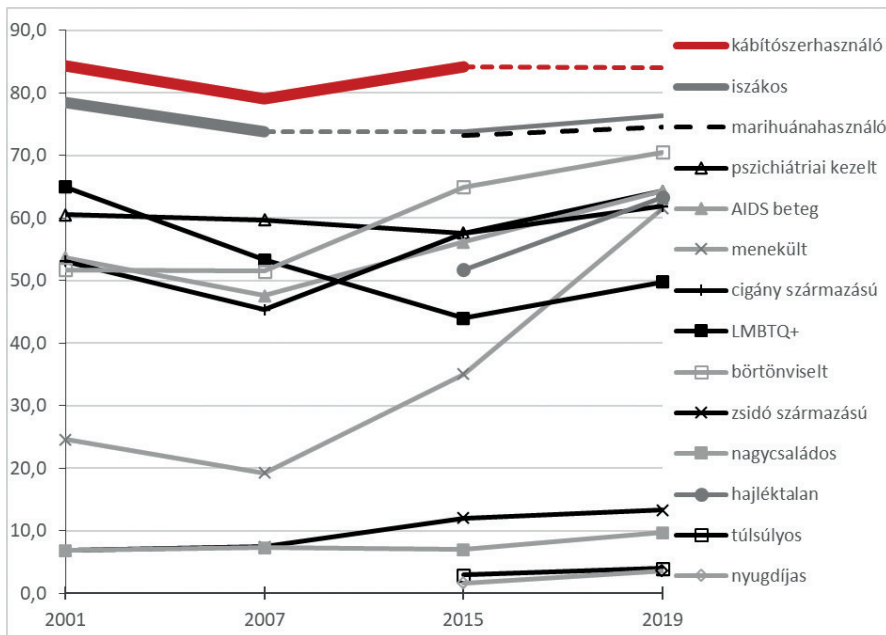
Ahogy az 1.1. alfejezetben láttuk, az OLAAP 2019-es adatfelvétel eredményei szerint aktuálisan a magyar társadalom a pszichoaktív szer-használókkal (iszákosok, marihuána-használók, kábítószeresek) kapcsolatban – más társadalmi csoportokhoz képest – kiemelkedően nagy társadalmi távolságtartást jelzett: a magyarországi felnőtt népességben nyolcból hat-hét ember elutasító pozíciót foglal el a pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatos szomszédsági viszony esetén.

Az alábbiakban a 2001 és 2019 között készült adatfelvételek valamelyikében vizsgált 14 társadalmi csoporttal kapcsolatosan kinyilvánított elutasítás mértékét mutatjuk be négy adatfelvételi év (2001, 2007, 2015, 2019) adatai alapján (5. ábra és 11. táblázat). A 2001 és 2007 közötti időszakban az akkor vizsgált 10 különböző társadalmi csoport közül hat esetében tapasztalhattunk 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli enyhülést a szomszédsági viszony elutasítása tekintetében, beleértve a kábítószer-használókat (esetükben 84,3%-ról ($\pm 1,5$) 79,1%-re ($\pm 1,5$) csökkent az elutasítók aránya) és az iszákosokat is (ahol 78,5%-ról ($\pm 1,7$) 73,8%-ra ($\pm 1,7$) mérséklődött az arány). Ebben az időszakban az elutasítás mértékének hibahatáron túli enyhülését tapasztaltuk még az AIDS betegek, a menekültek, a cigány származásúak, az LMBTQ+ emberek vonatkozásában is. Ez a tendencia 2015-re megfordult. A kábítószerhasználók esetében 95%-os megbízhatósági szinten az elutasítás arányának fokozódását jelezték az adatok (79,1%-ról ($\pm 1,5$) 84,2%-re ($\pm 1,9$) emelkedett), majd az

⁴ A korábbi vizsgálatok a következők: ADE 2001: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2001 (Paksi, 2003); ADE 2003: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2003 (Elekes & Paksi, 2004); OLAAP 2007: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2007 (Paksi et al., 2009); OLAAP 2015: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2015 (Paksi et al., 2017).

elutasítás 2019-re ezen a magasabb, a 2001-ben mért értékkel megegyező szinten stabilizálódott. Az iszákosok elutasítása tekintetében a 2007-es enyhébb fokú elutasítás volt jellemző még 2015-ben is, azonban 2019-re tendencijelleggel ezen társadalmi csoport esetében is növekedett a szomszédsági viszonyt elutasítók aránya (73,8%-ról ($\pm 2,3$) 76,3%-ra ($\pm 2,3$)). Az elutasítás mértéke 2007 és 2015 között összességében hat társadalmi csoport esetében fokozódott 95%-os megbízhatósággal, és csak egy olyan társadalmi csoport volt, ahol az elutasítás mértékének csökkenését jelezték az adatok: az LMBTQ+ emberek esetében 95%-os megbízhatósági szinten (53,3%-ról ($\pm 1,9$) 44,0%-ra ($\pm 2,6$)) mérséklődött az elutasítók aránya. A 2015–2019-es periódusban a szomszédsági viszony elutasításának mértéke tovább növekedett, az ezen években vizsgált 14 társadalmi csoport közül 7 esetében jelezték a válaszadók 95%-os megbízhatósági szinten növekvő társadalmi távolságot, s további 4 csoport esetében az elutasítás mértékének tendencijellegű fokozódása mutatkozott.

5. ábra: Az egyes társadalmi csoportokat elutasítók aránya 2001 és 2019 között az egyes adatfelvételi években (a magyarországi 18–64 éves népességben, a válaszolók %-ában)







Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Paksi, 2009; Paksi et al., 2017

Jelölések az iszákosok, a kábítószer-használók és a marihuánahasználók esetében:
 Vastag folyamatos vonal: 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás
 Vékony folyamatos vonal: 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás
 Szaggatott vonal: nem történt hibahatáron túli elmozdulás

8. táblázat: Az egyes társadalmi csoportokat elutasítók arányának alakulása 2001 és 2019 között az egyes adatfelvételi évekből (a magyarországi 18–64 éves népesség körében, a válaszolók százalékában)

társadalmi csoportok	2001			2007			2015			2019		
	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI
kábítószer-használó	2323	84,3	±1,5	2697	79,1	±1,5	1456	84,2	±1,9	1362	84,0	±2,0
marihuánahasználó	×	×	×	×	×	×	1448	73,2	±2,3	1357	74,6	±2,3
iszákos	2339	78,5	±1,7	2701	73,8	±1,7	1463	73,8	±2,3	1364	76,3	±2,3
pszichiátriai kezelt	2318	60,5	±2,0	2690	59,7	±1,9	1449	57,6	±2,5	1358	64,3	±2,6
AIDS-beteg	2283	53,7	±2,1	2689	47,6	±1,9	1444	56,2	±2,6	1349	64,3	±2,6
menekült	2335	24,6	±1,8	2693	19,2	±1,5	1445	35,0	±2,5	1350	61,5	±2,6
cigány származású	2337	53,1	±2,0	2698	45,3	±1,9	1461	57,6	±2,5	1364	61,9	±2,6
LMBTQ+	2300	65,0	±2,0	2689	53,3	±1,9	1444	44,0	±2,6	1360	49,8	±2,7
börtönviselt	2315	51,7	±2,0	2694	51,5	±1,9	1459	65,0	±2,5	1361	70,5	±2,4
zsidó származású	2337	6,8	±1,0	2696	7,4	±1,0	1452	12,0	±1,7	1363	13,3	±1,8
nagycsaládos	2339	6,8	±1,0	2701	7,3	±1,0	1470	7,0	±1,3	1366	9,7	±1,6
hajléktalan	×	×	×	×	×	×	1442	51,7	±2,6	1354	63,3	±2,6
túlsúlyos	×	×	×	×	×	×	1465	2,9	±0,9	1364	4,0	±1,0
nyugdíjas	×	×	×	×	×	×	1469	1,6	±0,6	1367	3,6	±1,0

Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Paksi, 2009; Paksi et al., 2017

	Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli növekedés
	Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés
	Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli növekedés
	Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés

Összességében elmondhatjuk, hogy a magyar felnőtt népesség körében 2001 és 2007 között a vizsgált társadalmi csoportok többsége esetében mérséklődött, majd 2007 és 2015 között – az LMBTQ+ emberek kivételével – ismét növekedett a velük szemben tartott társadalmi távolság. A 2007 és 2015 közötti, jellemzően a társadalmi távolság növekedésével leírható folyamat 2015 és 2019 között tovább erősödött, még olyan társadalmi csoportok vonatkozásában is, melyekkel kapcsolatban a többség nem elutasító, azaz nem tartoznak a stigmatizált csoportok körébe (pl. a nyugdíjasok, nagycsaládosok). A fenti változásokkal együtt azt is láthatjuk, hogy a magyar társadalom mindvégig a kábítószeresekkel és egyéb pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatban tartott legnagyobb társadalmi távolságot.

5. A MAGYARORSZÁGI FELNŐTT NÉPESSÉG PSZICHOAKTÍVSZER- HASZNÁLATTAL ÉS -HASZNÁLÓKKAL KAPCSOLATOS TÁRSADALMI VISZONYULÁSAI NEMZETKÖZI KONTEXTUSBAN

A hazai drogepidemiológiai vizsgálatok során a pszichoaktív szer-használattal és -használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások mérésére alkalmazott kérdések közül a veszélyészleléssel, helytelenítéssel, illetve a drogfüggők (beteg/bűnöző) megítélésével kapcsolatos kérdések részét képezik a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) általános populációs vizsgálatok számára (general population survey, GPS) megfogalmazott modellkérdőívének (European Model Questionnaire, EMQ – EMCDDA, 1999, 2002) is, elvben megteremtve a hazai eredmények nemzetközi kontextusban való értelmezhetőségének lehetőségét (az ADE és OLAAP vizsgálatokban alkalmazott kérdések kompatibilitásait lásd a 2.3. mellékletben). Ugyanakkor a szerhasználattal/szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulásokkal kapcsolatos adatok nem tartoznak az EMCDDA által előírt éves adatgyűjtési szolgáltatások körébe, így ezeket az adatokat az Európai Unió tagországai, illetve azok REITOX fókuszpontjai – a prevalencia-adatoktól eltérően – nem jelentik egységes szerkezetben, az ún. standard táblák kitöltésén keresztül az EMCDDA felé, s ezáltal nem válnak hozzáférhetővé az egyéb kábítószer-fogyasztással kapcsolatos adatokat tartalmazó ún. Statistical Bullentinben sem. Bár a kábítószerekkel, a kábítószer-fogyasztókkal és a drogpolitikai beavatkozásokkal kapcsolatos attitűdök mérése számos európai országban részét képezi az általános népesség körében végzett drogepidemiológiai vizsgálatoknak, az egyes tagállamok által végzett attitűdvizsgálatok módszertanában, illetve rendszerességében is igen nagy különbségek mutatkoznak. Így például jelentősen eltért a jelen fejezetben ismertetett cseh, finn és francia attitűdvizsgálatok módszertana (Mravčík et al., 2010; Karjalainen, Pekkanen & Hakkarainen, 2020; Spilka et al., 2019). Ezeknek a vizsgálatoknak az eredményei többnyire csak rövid összefoglalók formájában kerülnek be az EMCDDA számára készített éves országjelentésekbe. A legtöbb erre vonatkozó adat vagy feldolgozatlan, vagy a szürkeirodalom kategóriájába tartozik, az adott ország nyelvén írt jelentésekben található (pl. Mravčík et al., 2010), amelyeket nem publikálnak lektorált szakfolyóiratokban.

Mindezek a tényezők nehezé teszik a pszichoaktív szerekkel/szerhasználókkal kapcsolatos hazai attitűdállapotok aktuális helyzetének, mintázódásának és trendjeinek nemzetközi kontextusba helyezését. Ilyen összehasonlításra elsősorban azok az európai szinten egységes módszertannal, rendszeres időközönként végzett összehasonlító vizsgálatok adnak lehetőséget, melyek – más témák mellett ugyan, de – a pszichoaktív szerekkel/szerhasználókkal kapcsolo-

latos attitűdökkel is foglalkoznak. Elemzéseink során két ilyen nemzetközi összehasonlító vizsgálat adatait használjuk fel, az Európai Érték Vizsgálatét (European Value Survey, <https://europeanvaluesstudy.eu/>), melyben rendszeresen minden hullámban felvételre kerülnek a jelen érdeklődésünk fókuszában szereplő kérdések is, ezáltal megteremtve a hazai tendenciák kontextusba helyezésének lehetőségét is, valamint az Eurobarometer (<https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/hu/be-heard/eurobarometer>) adatait, mely esetenként – legutóbb 2014-ben (Flash Eurobarometer 401, 2014) – speciális vizsgálatokat is végez a drogokkal és drogpolitikával kapcsolatos attitűdök mérésére.

Az említett, a témát érintő nemzetközi összehasonlító vizsgálatok áttekintése mellett a pszichoaktív szer-használókkal és szerhasználattal kapcsolatos hazai információk nemzetközi kontextusának megteremtése érdekében narratív szakirodalmi áttekintést végeztünk, melynek során szemléztük a 2007 és 2020 közötti periódusban az EMCDDA számára készült országjelentéseket, az azokban hivatkozott attitűdökkel kapcsolatos kutatásokat, valamint az EMCDDA liszaboni központjának segítségével, illetve az egyes országok kutatóinak közvetlen megkeresésével igyekeztünk felkutatni azokat az angolul nem publikált, többnyire kéziratban lévő kutatási eredményeket, amelyek az attitűdvizsgálatok eredményeit tartalmazzák.

Az alábbiakban röviden bemutatjuk először a nagy európai vizsgálatok (EVS, Eurobarometer) témánk szempontjából releváns tapasztalatait, valamint néhány 2007 és 2020 között készült, szerhasználattal/szerhasználókkal kapcsolatos nemzeti attitűd-vizsgálat eredményeit foglaljuk össze.

5.1. A pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatos hazai társadalmi távolság nemzetközi kontextusa – az Európai értékvizsgálat alapján

Az Európai értékvizsgálat⁵ (European Value Study – EVS) keretében – sok egyéb kérdéskör mellett – rendszeresen vizsgálják a különböző társadalmi csoportokkal kapcsolatos attitűdöket is, a Társadalmi Távolság-skála (Bogardus 1967) szomszédsági viszony megítélésére vonatkozó itemének segítségével, hasonlóan a hazai drogepidemiológiai vizsgálatok keretében is alkalmazott eljáráshoz.⁶ A hazai tár-

⁵ Az EVS-vizsgálat adatfelvételi hullámai 1981 óta 9 évenként ismétlődnek. Az egyes adatfelvételek a részt vevő országok lakosságának 18 év feletti, véletlen módon kiválasztott (kivéve az első hullámot, ahol a kvótás kiválasztás is megengedett volt) országos reprezentatív mintáján készülnek. Eddig öt hullám készült, az utolsó, 5. hullám az EVS 2017, melynek adatfelvétele a részt vevő országokban 2017–2020 között zajlott. <https://europeanvaluesstudy.eu/>

⁶ Az EVS-kutatás során a következő kérdésfeltevést alkalmazzák: „Ezen a listán különböző

sadalmi távolságra vonatkozó adatok nemzetközi kontextusba helyezése során az alábbi eljárást követjük:

A keresztmetszeti adatok nemzetközi kontextusba helyezése során az OLAAP 2019 kutatás, illetve az EVS legutóbbi, 5. hullámának, az EVS 2017 vizsgálatnak a Magyarországra vonatkozó adatait hasonlítjuk össze az EVS 2017 kutatásban résztvevő 21 EU-ország (valamint Norvégia és Svájc)⁷ 18–64 éves népességre vonatkozó adataival. Itt a súlyozott nemzeti adatok mellett két összesített mutatót használunk, egyrészt a részt vevő országok 18–64 éves lakossága körében együttesen mért, a súlyozott nemzeti adatoknak az országok lakosságárányaival is súlyozott elutasítási arányát (EU/EVS-országok lakossága együtt), másrészt súlyozott nemzeti adatok alapján az egyes országokban a 18–64 éves válaszolók körében kapott elutasítási arányok súlyozatlan átlagát (EU/EVS országok átlaga). Az előbbi mutató azt mutatja meg, hogy a magyar lakosság mennyiben vélekedik másként, mint az európai népesség, az utóbbi pedig azt, hogy más országokban általában milyen mértékű az elutasítás a Magyarországon jellemzőhöz képest. A keresztmetszeti elemzés mellett a hazai drogepidemiológiai vizsgálatokkal leginkább átfedő 3–5. EVS-hullám vonatkozásában összevetjük a haza tendenciákat az EVS mindhárom adatfelvételi hullámában részt vevő országokban tapasztalható változásokkal. Az összehasonlításokat az OLAAP 2019 vizsgálatnál átfedő társadalmi csoportok – a kábítószeresek (drogfüggők),⁸ az iszákosok (erősen iszákosok), a bevándorlók, a LMBTQ+ emberek (homoszexuálisok), a zsidó, illetve cigány származásúak – tekintetében végezzük el.

típusú emberek vannak. Ki tudná választani azokat, akiket Ön nem szeretne szomszédainak, ha vannak ilyenek?” (1: említette, 2: nem említette). A 2017-es vizsgálatban a listában a következő társadalmi csoportok kerültek felsorolásra: Más fajhoz tartozó emberek; Erősen iszákosok; Bevándorlók/külföldi vendégmunkások; Kábítószeresek; Homoszexuálisok; Keresztények; Muzulmánok; Zsidók; Cigányok. A magyarországi EVS-kutatásban ezeken a csoportokon kívül még a következő csoportok megítélését is vizsgálták: Büntetett előéletűek; Szélsőbaloldaliak; Szélsőjobboldaliak; Nagycsaládosok, Érzelmileg bizonytalan emberek; AIDS-esek.

⁷ Az EVS 2017 kutatással való összehasonlításba bevont országok a következők: Ausztria, Bulgária, Horvátország, Csehország, Dánia, Észtország, Finnország, Franciaország, Németország, Magyarország, Olaszország, Litvánia, Hollandia, Norvégia, Lengyelország, Portugália, Románia, Szlovákia, Szlovénia, Spanyolország, Svédország, Svájc, Nagy-Britannia.

⁸ Zárójelben az EVS-kutatások során alkalmazott megnevezés. A kábítószeresek esetében az EVS magyarországi kérdőívében a nemzetközi ajánlástól eltérően a „drug addicts” kifejezésnek megfelelő drogfüggők megnevezés helyett az OLAAP 2019 kutatással megegyezően a kábítószeresek kifejezés szerepelt.

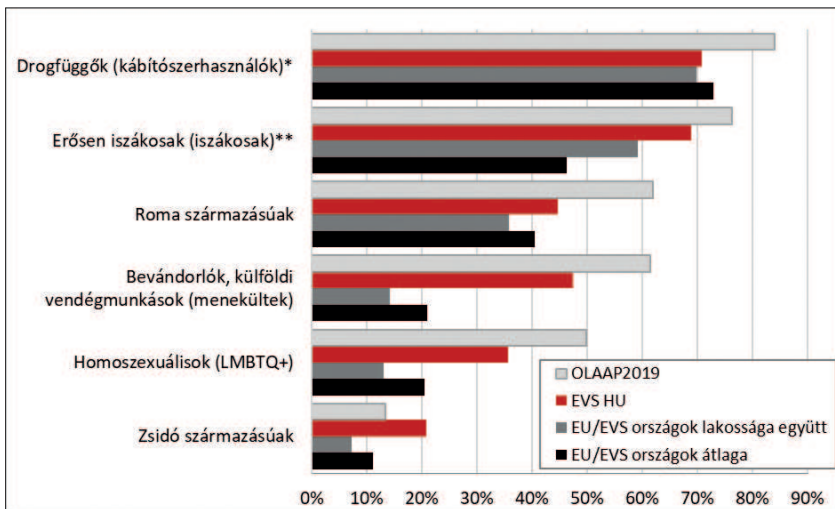
Az EVS 2017 adatai alapján megállapítható, hogy – az OLAAP 2019 kutatás eredményeinek bemutatása során a különböző társadalmi csoportok egymáshoz viszonyított elutasítási arányai tekintetében leírtakkal összhangban (lásd 1.1. fejezet) – más európai országokban, illetve általában az európai lakosság körében is a pszichoaktív szer-használók, ezen belül is drogfüggők jelentik a leginkább elutasított társadalmi csoportot (6. ábra). A magyarországi felnőtt népesség körében tapasztaltakhoz hasonlóan, az Unió vizsgált országaiban élő lakosság körében (EU/EVS-lakosság: 69,8%; $\pm 0,5$), illetve az uniós EVS-országokban általában (EU/EVS-országok átlaga: 72,8%; $\pm 2,0$) is 95%-os megbízhatósági szinten a leginkább elutasított társadalmi csoportot a kábítószerfüggők képezik. Ennél szignifikánsan kisebb, de a többi vizsgált társadalmi csoporthoz képest szignifikánsan magasabb a másik vizsgált pszichoaktív szer-használó csoport, az „erősen iszákosok” elutasítottsága is (EU/EVS-országok átlaga: 59,1%; $\pm 2,2$; EU/EVS-lakosság: 55,4%; $\pm 0,6$). Más társadalmi csoportokhoz képest tehát – a magyarországi vélekedésekhez hasonlóan – a pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatban más európai országokban, illetve általában az európai lakosság körében is szignifikánsan nagyobb társadalmi távolságtartás jellemző.

Ha a pszichoaktív szer-használók hazai és európai elutasítottságának viszonyát az EVS 2017 magyarországi népességre vonatkozó és az európai országok lakosság körében mért adatai alapján vizsgáljuk (6. ábra), akkor azt láthatjuk, hogy:

- A magyar népességben hibahatáron belül azonos arányú a drogfüggők elutasítási aránya, mint az Unió vizsgált országaiban élő lakosság körében (EVS HU: 70,8%; $\pm 2,3$; EU/EVS lakosság: 69,8%; $\pm 0,5$). Hasonló megállapítást tehetünk akkor is, ha a magyarországi EVS-adatot a részt vevő uniós országokban kapott elutasítási arány átlagával hasonlítjuk össze (EU/EVS-országok átlaga: 72,8%; $\pm 2,0$). Azaz a drogfüggők elutasítása általában az Unió lakossága körében, illetve átlagosan más uniós országokban is hasonló mértékű, mint Magyarországon.
- A Magyarországi OLAAP 2019 adataival összhangban az „erősen iszákosok” jelentik ugyan az EU-tag EVS-országokban is a második leginkább elutasított társadalmi csoportot, azonban 95%-s megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy e tekintetben a magyar népességben nagyobb arányban van jelen az elutasítás, mint az Unió vizsgált országaiban élő lakosság körében (EVS HU: 63,9%; $\pm 2,4$; EU/EVS lakosság: 55,4%; $\pm 0,6$), illetve mint az uniós EVS-országokban általában (EU/EVS országok átlaga: 59,1%; $\pm 2,2$). Az erősen iszákos emberek elutasítottsága Magyarországon nagyobb, mint általában az Unió lakossága körében, illetve átlagosan más uniós országokban.

Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy amennyiben az OLAAP 2019 vizsgálatban mért elutasítás mértékét összehasonlítjuk az EVS 2017 Magyarországra vonatkozó adataival, akkor – vélhetően az OLAAP- és az EVS-kutatások eltérő kérdésfeltevése, illetve egyéb adatfelvételi sajátosságai, kérdezési kontextusa miatt – azt láthatjuk, hogy az OLAAP 2019 kutatásban a vizsgált magatartások többsége esetében (a zsidó származásúak kivételével) az elutasítók aránya rendre a mérés hibahatárát meghaladó mértékben magasabb (6. ábra). Emiatt a hazai társadalmi távolságra vonatkozó adatok nemzetközi kontextusba helyezése során a továbbiakban a magyarországi helyzet jellemzésére is az EVS-adatokat használjuk.

6. ábra: A különböző társadalmi csoportok esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók aránya az EVS 2017 kutatásban a részt vevő EU-országok (valamint Norvégia és Svájc) lakossága körében, az egyes országokban átlagosan, a magyarországi EVS mintában, valamint az OLAAP 2019 kutatásban (18–64 éves a válaszolók %-ában)



Saját számítás az EVS (2020) adatok alapján (a számítás módját lásd a 4.1 alfejezet elején lévő keretes részben).

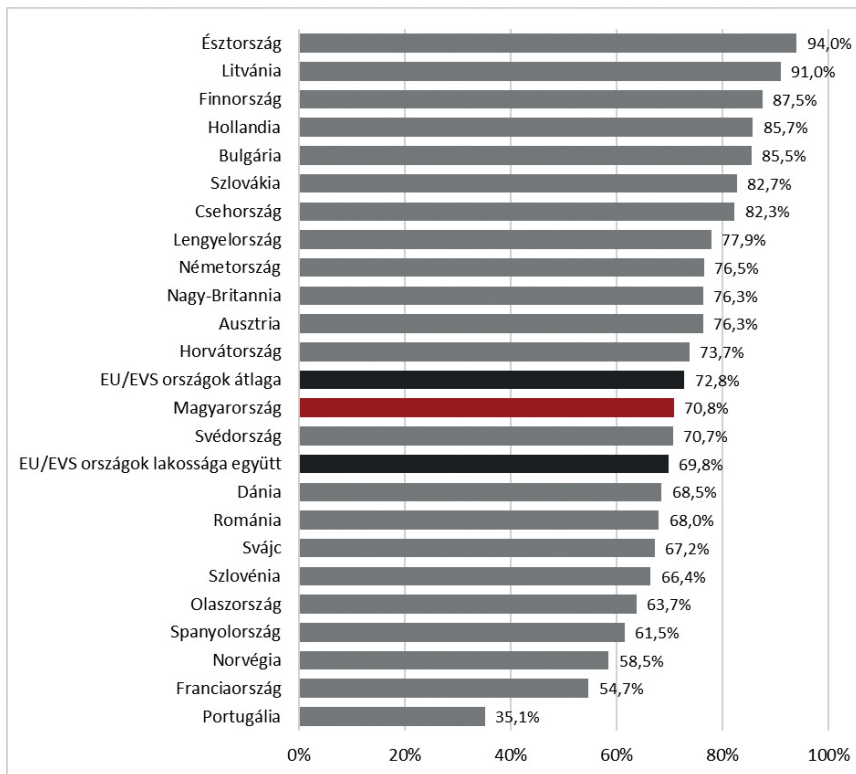
* Az EVS-vizsgálatban általában a függőkre (drug addicts) vonatkozott a kérdés, a magyarországi EVS kérdőívben azonban az OLAAP 2019 kérdéssel megegyezően kábítószer-használók szerepeltek.

** Az EVS-vizsgálatban az erősen iszákosokra vonatkozott a kérdés, míg az OLAAP 2019 vizsgálatban az iszákosokra.

Mint azt a 6. ábrán szereplő összesített adatok alapján láthattuk, a drogfüggők elutasítása általában az Unió lakossága körében, illetve átlagosan más uniós országokban is hasonló mértékű, mint Magyarországon. Amennyiben az országokat sorba rendezzük a drogfüggőket elutasítók aránya alapján (7. ábra), akkor láthatjuk, hogy a legnagyobb elutasítási aránnyal jellemezhető ország Észtország, ahol 23,2 százalékponttal nagyobb a drogfüggőket elutasítók aránya,

mint hazánkban, a legkisebb pedig Portugáliában, ahol 35,7 százalékponttal kisebb. A vizsgált 23 ország közül – a mérés hibahatárát figyelembe véve – 11 országban nagyobb a drogfüggőket elutasítók aránya, mint Magyarországon, és 5 olyan országot találunk, ahol kisebb. Magyarország a drogfüggőkkel kapcsolatos társadalmi távolság alapján Horvátországgal, Svédországgal, Dániával, Romániával, Svájjal és Szlovéniával szerepel egy blokkban.

7. ábra: A drogfüggők esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók aránya az EVS 2017 kutatásban a részt vevő EU-országokban (valamint Norvégiában és Svájcban), valamint a vizsgált országok népessége körében együttesen és a vizsgált országokban átlagosan, (az EVS 2017 kutatás adatai alapján, a 18–64 éves a válaszolók %-ában)

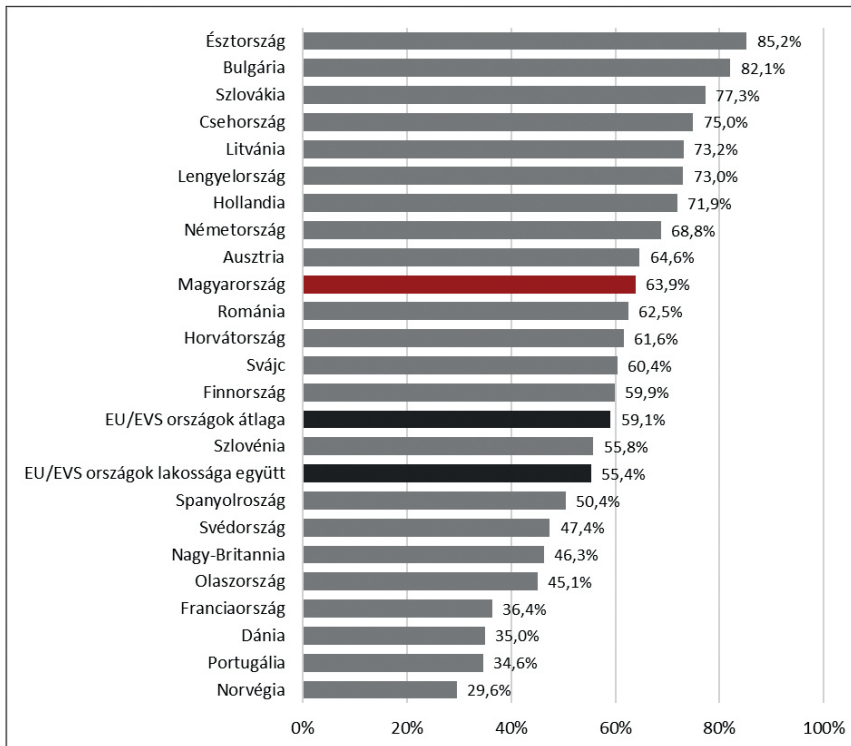


Saját számítás az EVS (2020) adatok alapján (a számítás módját lásd az alfejezet elején lévő keretes részben). A vizsgált országokra, illetve azok lakosságra összesített, valamint a magyarországi adatok kiemelésével.

A 6. ábra alapján azt is láthattuk, hogy az „erősen iszákosok” elutasítottsága Magyarországon valamelyest nagyobb, mint általában az Unió lakossága körében, illetve átlagosan más uniós országokban. Ez az országokat az „erősen

iszákos” embereket elutasítók aránya alapján sorba rendezve bemutató 8. ábrán is kirajzolódik. Az 8. ábra alapján emellett azt is látjuk, hogy a legnagyobb elutasítási aránnyal e tekintetben is Észtország jellemezhető, ahol a magyarországihoz képest 21,3 százalékponttal nagyobb az erősen iszákosokat elutasítók aránya, Norvégiában pedig a legkisebb, ahol 34,3 százalékponttal kisebb a hazánkban mért értéknél. A vizsgált 23 ország közül – a mérés hibahatárát figyelembe véve – 8 országban nagyobb és 7 országban kisebb az „erősen iszákosok” elutasítottsága, mint Magyarországon. Magyarország az „erősen iszákos” emberekkel kapcsolatos társadalmi távolság alapján Szlovéniával, Finnországgal, Svájjal, Horvátországgal, Romániával, Ausztriával és Németországgal szerepel egy csoportban.

8. ábra: Az „erősen iszákosok” esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók aránya az EVS 2017 kutatásban a részt vevő EU-országokban (valamint Norvégiában és Svájcban), valamint a vizsgált országok népessége körében együttesen és a vizsgált országokban átlagosan, (az EVS 2017 kutatás adatai alapján, a 18–64 éves a válaszolók %-ában)



Saját számítás az EVS (2020) adatok alapján (a számítás módját lásd az alfejezet elején lévő keretes részben). A vizsgált országokra, illetve azok lakosságára összesített, valamint a magyarországi adatok kiemelésével.

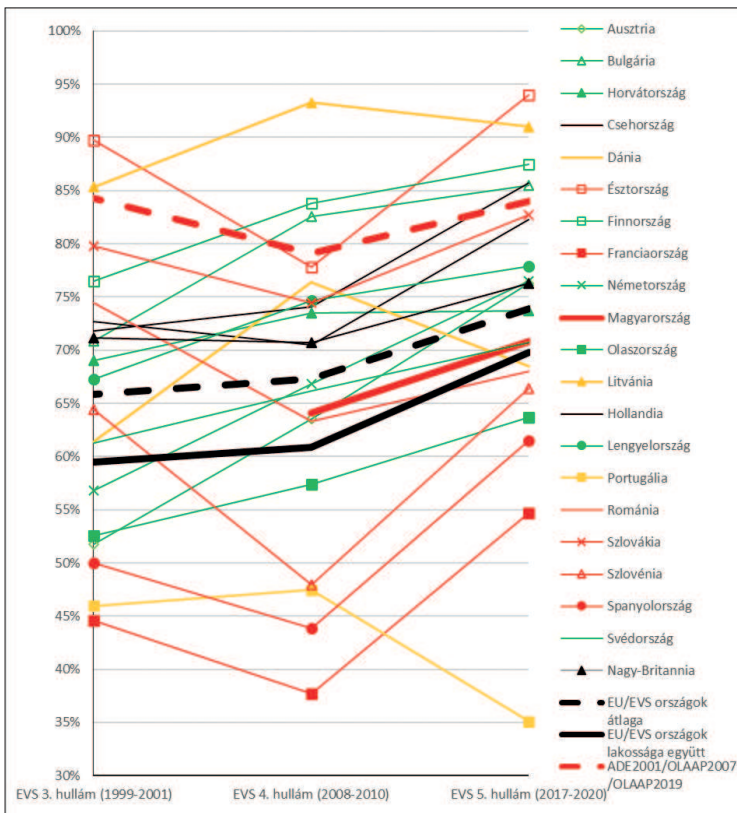
A pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások magyarországi változásait vizsgálva a 3. alfejezetben láthattuk (5. ábra és 11. táblázat), hogy a magyar felnőtt népesség körében 2001 és 2007 között hibahatáron túl csökkent az elutasíthatóságuk. A kábítószerhasználók esetében 2015-re ez a tendencia megfordult és 95%-os megbízhatósági szinten az elutasítás aránya fokozódott, majd 2019-re ezen a magasabb, a 2001-es értékkel megegyező szinten stabilizálódott.

A társadalmi távolság 2001 és 2019 közötti időszakra felvázolt hazai tendenciáinak európai kontextusát az EVS vizsgálatok 3., 4. és 5. hullámának adatai alapján tudjuk leginkább megteremteni, mely három hullám 1999 és 2020 között készült adatfelvételeket ölel fel. A mindhárom hullámban részt vevő és drogfüggőkkel kapcsolatos társadalmi távolság kérdését vizsgáló, 20 uniós ország, illetve az ezen országok lakossága körében, valamint a vizsgált országokban átlagosan mért elutasítási arányokat láthatjuk a 9. ábrán. Tekintettel arra, hogy a magyarországi EVS-vizsgálatoknak csak a 4. és 5. hullámában szerepelt a Társadalmi Távolság-skála, a magyarországi EVS-adatokat ugyan feltüntettük az ábrán, azonban az EU/EVS összesített mutatókban a magyar adatok nem szerepelnek, továbbá a teljes időszakra vonatkozó hazai változásokat az ADE 2001, az OLAAP 2007 és az OLAAP 2019 adatok alapján érzékeltetjük. Mivel – mint azt az OLAAP 2019 adatfelvétel és az EVS 5. hullámában kapott magyarországi adatok összehasonlítása során láthattuk (6. ábra) – az OLAAP- és az EVS-vizsgálatok eltérő mért értékek mellett ugyan, de azonos tendenciákat jeleznek, így az ADE-/OLAAP-adatok nemzetközi kontextusba helyezése során a görbék alakját s nem azok elhelyezkedését érdemes összehasonlítani.

A drogfüggőkkel kapcsolatos társadalmi távolság az EVS 3. és 4. hulláma között a vizsgált országokban átlagosan és az Unió népessége körében is stagnált, majd a 4. és 5. hullám között hibahatáron túl növekedett (9. ábra vastag fekete folytonos, ill. szaggatott vonal). A kábítószerfogyasztókkal kapcsolatos viszonyulások magyarországi tendenciái (9. ábra vastag piros folytonos, ill. szaggatott vonal) ettől annyiban térnek el, hogy – mint már említettük – 2001 és 2007 között Magyarországon (az ADE-/OLAAP-vizsgálatok alapján) a társadalmi távolság hibahatáron túli csökkenése volt tapasztalható. Az időszak második felében (2007 és 2019 között) azonban a hazai változások – az OLAAP- és az EVS-adatok alapján is – megegyeztek az Unió lakossága körében, illetve országaiban átlagosan megfigyelhető, az elutasítás növekedésével leírható tendenciával. A teljes időszak tekintetében a hazaihoz hasonló, az időszak első felében csökkenő, majd a második felében hibahatáron túl, vagy tendencijelleggel növekvő elutasítási arányokat a vizsgált 20 országból hat országban láthatunk (9. ábra vékony piros vonalak): Észtországban, Szlovákiában, Romániá-

ban, Szlovéniában, Spanyolországban és Franciaországban. Három országban pedig a hazaival ellentétes elmozdulások történek (9. ábra sárga vonalak): Portugáliában, Dániában és Litvániában az időszak első felében növekedett vagy stagnált, majd az utóbb évtizedben hibahatáron túl vagy tendencijelleggel csökkent a drogfüggőkkel kapcsolatos társadalmi távolság. Portugáliában a csökkenés teljes vizsgált időszakra összességében is megjelenik: az időszak végén 10 százalékponttal alacsonyabb, mint 20 évvel korábban. A teljes időszakot tekintve Portugálián kívül csak Romániában tapasztaltunk – ugyan ennél kisebb mértékű – hibahatáron túli csökkenést.

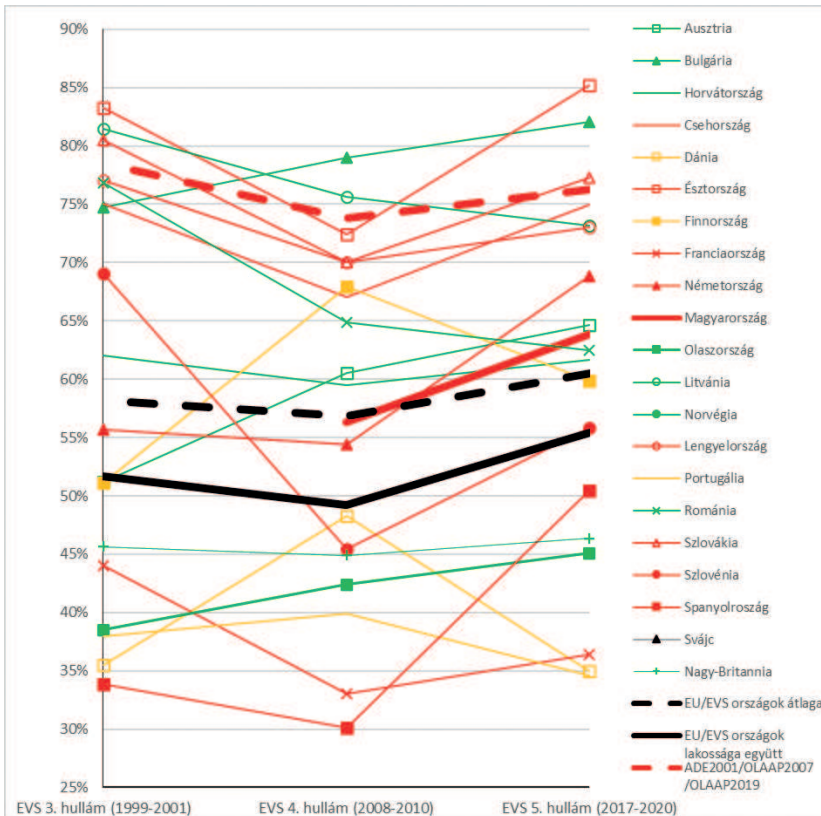
9. ábra: A drogfüggők esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók arányának alakulása az EVS 3–5. hullámaiban: a részt vevő EU-országokban, a vizsgált országok lakossága körében együttesen és a vizsgált országokban átlagosan, illetve a ADE 2001, OLAAP 2007 és az OLAAP 2019 kutatásokban (a 18–64 éves a válaszolók %-ában)



Saját számítás az EVS (2021) adatok alapján (a számítás módját lásd az alfejezet elején lévő keretes részben). A magyarországihoz hasonló tendenciákat mutató országok pirossal, az ellentétesek sárgával jelölve.

Az iszákosok elutasítása tekintetében a ADE-/OLAAP-adatok alapján azt láthattuk, hogy az időszak első felében (2001 és 2007 között) tapasztalható csökkenést követően kialakult enyhébb fokú elutasítás volt jellemző még 2015-ben is, azonban 2019-re tendencijelleggel az iszákosok esetében is növekedett a szomszédsági viszonyt elutasítók aránya (5. ábra és 11. táblázat). Az EVS magyarországi adatai alapján a második időszakban az „erősen iszákosok” elutasításának növekedése kifejezettebb (95%-os megbízhatósági szinten meghaladja a mérés hibahatárát) (10. ábra vastag piros folytonos, ill. szaggatott vonal).

10. ábra: Az „erősen iszákosok” esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók arányának alakulása az EVS 3–5. hullámaiban: a részt vevő EU-országokban, a vizsgált országok lakossága körében együttesen és a vizsgált országokban átlagosan, illetve az ADE 2001, az OLAAP 2007 és az OLAAP 2019 kutatásokban (a 18–64 éves a válaszolók %-ában)



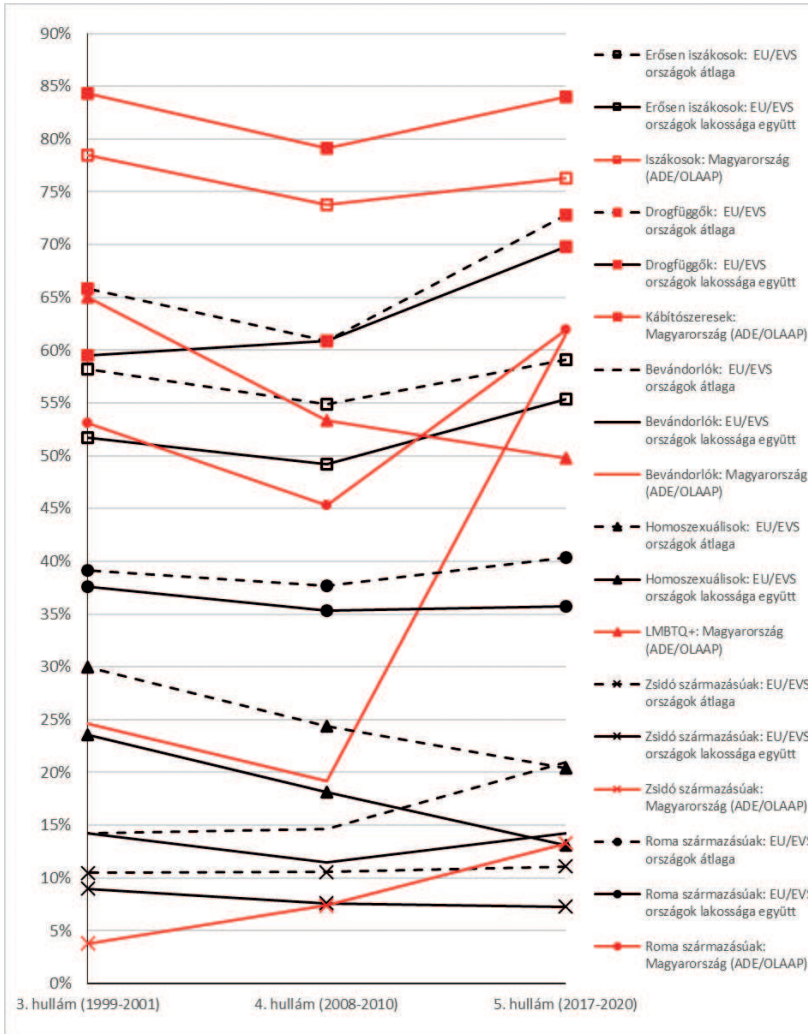
Saját számítás az EVS (2021) adatok alapján (a számítás módját lásd az alfejezet elején lévő keretes részben). A magyarországihoz hasonló tendenciákat mutató országok pirossal, az ellentétesek sárgával jelölve.

A vizsgált uniós országokban általában is hasonló változásokat tapasztaltunk: az EVS egyes hullámai között az országokban átlagosan tendencijellel, az Unió népessége körében pedig (a nagy elemszám miatt) hibahatáron túl csökkent, majd növekedett az „erősen iszákosok” elutasítása (10. ábra vastag fekete folytonos, ill. szaggatott vonal). A hazai (és az uniós) tendenciákhoz hasonló változásokat a vizsgált 20 országból nyolcban láthatunk (10. ábra vékony piros vonalak): Csehországban, Észtországban, Franciaországban, Németországban, Lengyelországban, Szlovákiában, Szlovéniában és Spanyolországban. Ellentétes, az időszak első felében hibahatáron túl vagy tendencijellel növekvő, majd csökkenő tendencia az „erősen iszákosok” esetében is három országban figyelhető meg (10. ábra, sárga vonalak): Finnországban, Dániában és Portugáliában.

Amennyiben a pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatos társadalmi távolság alakulását más társadalmi csoportok kontextusában vizsgáljuk, általában azt mondhatjuk, hogy az elmúlt 20 éves időszak kezdetén a távolság csökkenése irányába mutató folyamatokat később a távolságtartás növekedése váltotta fel. Mint ahogy azt a 3. fejezetben láthattuk (5. ábra és 8. táblázat), az ADE- és az OLAAP-kutatások adatai alapján a magyarországi felnőtt népesség körében 2001 és 2007 között a vizsgált társadalmi csoportok többsége esetében csökkent a velük szemben tartott társadalmi távolság, ami 2007 és 2015 között már csak az LMBTQ+ emberekkel esetében folytatódott, a többi társadalmi csoport esetében jellemzően az elutasítás növekedésével leírható folyamat vette kezdetét, majd az elutasítás 2015 és 2019 között tovább erősödött, még olyan társadalmi csoportok vonatkozásában is, melyekkel kapcsolatban a többség általában nem elutasító. Amennyiben ezt a kontextust az EVS-kutatásban részt vevő uniós országok körében vizsgáljuk, akkor azt látjuk, hogy a pszichoaktív szer-használókkal kapcsolatos társadalmi távolság magyarországihoz hasonló alakulása az elmúlt 20 évben Európa lakossága körében, illetve általában az Unió országaiban egészen más kontextusban zajlott. Míg Magyarországon a bevándorlókat elutasítók aránya 2007 óta megháromszorozva az akkori társadalmi távolságot, mintegy 40 százalékponttal emelkedett, addig Európa lakossága körében kevesebb mint három, az országokban átlagosan pedig öt százalékpont körüli növekedés volt megfigyelhető. Hasonlóképpen, a roma származásúak esetében a magyarországi több mint 15 százalékpontos növekedéshez képest más országokban átlagosan – hibahatár körüli értékkel – kevesebb mint három százalékponttal nőtt, az európai lakosság körében pedig nem változott az elutasítottságuk aránya. Míg hazánkban az LMBTQ+ emberekkel kapcsolatos társadalmi távolság csökkenésében 2001 és 2007 között tapasztalható lendület megtörése az EVS-kutatás hullámainak megfelelő időegységek alapján is látszik, más országokban átlagosan, ill. Európa lakossága körében lineárishoz közelítő csökkenés tapasztalható a homoszexuá-

lisokkal kapcsolatos társadalmi távolság tekintetében. A zsidó származású emberekkel kapcsolatban hazánkban megfigyelhető kedvezőtlen folyamatnak pedig jele sincs Európa más országaiban.

11. ábra: Különböző társadalmi csoportok esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók arányának alakulása az EVS 3–5. hullámaiban: a részt vevő EU-országok lakossága körében együttesen és a vizsgált országokban átlagosan, illetve az ADE 2001, OLAAP 2007 és az OLAAP 2019 kutatásokban (a 18–64 éves a válaszolók %-ában)



Saját számítás az EVS (2021) adatok alapján
(a számítás módját lásd az alfejezet elején lévő keretes részben).

Ezt a kontextusbéli különbséget többféle módon értelmezhetjük a pszichoaktív-szer-használók társadalmi megítélése szempontjából. Tekinthetünk rá úgy, mint kedvező jelenségre, hiszen a pszichoaktív-szer-használókkal kapcsolatos társadalmi távolság mértéke (lásd 6. ábra) és tendenciái (11. ábra) – gyakorlatilag a vizsgált társadalmi csoportok közül egyedüliként – az európai mezőnybe illeszkedik, minden más vizsgált társadalmi csoport esetében a magyarországi folyamatok elszakadnak az európai országokban mutatkozó változásoktól. Értelmezhetjük azonban úgy is, hogy az Unió más országaihoz, illetve az európai lakossághoz képest a magyar társadalomban fokozottan és egyre növekvő mértékben érzékelhető általában a mássággal kapcsolatos elutasítás, s bár a leginkább elutasított társadalmi csoport, a pszichoaktív-szer-használók vonatkozásában ez aktuálisan nem tud érvényesülni, de kedvezőtlen, fokozott rejtőzködésre hajlamosító társadalmi kontextust jelenthet a pszichoaktív-szer-használók számára is.

5.2. A különböző szerhasználó magtartásokkal kapcsolatos hazai veszélyészlelés nemzetközi kontextusa

5.2.1. A különböző magtartásokkal kapcsolatos veszélyészlelés az Eurobarometer adatai alapján

Mint azt a felsezetőben említettük, az Eurobarometer⁹ felmérések keretében esetenként készülnek drogokkal és drogpolitikával kapcsolatos attitűdök mérésére irányuló vizsgálatok. A legutóbbi ilyen vizsgálat a 2014-ben készült Flash Eurobarometer 401 (2014),¹⁰ melyben különböző pszichoaktív-szer / pszichoaktív-szer-használó magatartások észlelt egészségügyi kockázataival kapcsolatos kérdések is felvételre kerültek. Az OLAAP 2019-es vizsgálatával való összehasonlíthatóság szempontjából azonban erős korlátot jelent egyrészt az, hogy 5 évvel korábbi vizsgálatról van szó, másrészt, hogy a kutatás a 15–24 éves fiatalok körében és az OLAAP-kutatásoktól eltérő adatfelvételi technikával készül. Így az Eurobarometer adatokat elsősorban nem az OLAAP-adatok, hanem a

⁹ Az európai intézmények 1973 óta rendszeresen közvélemény-kutatásokat végeznek az összes uniós tagállamban. 2007-ben az Európai Parlament saját külön Eurobarometer-sorozatot indított útjára. E felmérések a kérdések széles körével foglalkoznak, elsősorban a polgárok uniós fellépéssel kapcsolatos nézeteire és elvárásaira, valamint az Unió előtt álló kihívásokra összpontosítva (<https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/hu/heard/eurobarometer>).

¹⁰ A vizsgálat a 15–24 éves európai fiatalok reprezentatív mintáján, telefonos megkereséssel készült. Összesen több mint 13 ezer személyt (N = 13 129) kérdeztek meg a szerhasználati szokásaikról és a pszichoaktív-szer-használattal kapcsolatos attitűdjeikről. A magyarországi minta nagysága 500 fő.

magyarországi helyzet nemzetközi kontextuálására használjuk, melynek során a magyarországi helyzetet is az Eurobarometer adatai alapján jellemezzük.

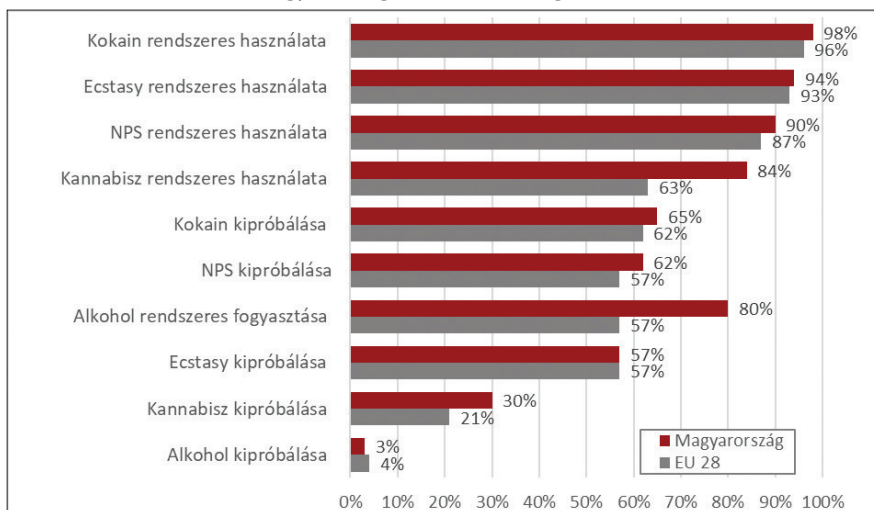
A Eurobarometer adatai szerint a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztását bármilyen intenzitású használat esetén – a marihuána kipróbálása kivételével – a megkérdezett fiatalok többsége (értsd több mint fele) Magyarországon és általában az Unió más országaiban is a nagyon veszélyesnek tartja, s ez egybecseng az OLAAP vizsgálat megállapításaival is. Ugyanakkor a 12. ábrán azt is láthatjuk, hogy a vizsgált szerek többsége esetén a magyar fiatalok veszélyészlelése – az ecstasy- és az alkoholkipróbálás kivételével – minden szerhasználó magatartás esetében legalább tendencijelleggel magasabb, mint az Unióban élő fiatalok körében általában: leginkább markáns eltérés a kannabisz rendszeres használata, illetve kipróbálása, valamint a rendszeres alkoholfogyasztás esetében mutatkozik, de 95%-os megbízhatósággal magasabb a kokain rendszeres használatával (HU: 98%; $\pm 1,2$; EU: 96%; $\pm 0,3$) és az új pszichoaktív szerek kipróbálásával (HU: 62%; $\pm 4,2$; EU 57%; $\pm 0,8$) kapcsolatos veszélyészlelés is a magyar fiatalok körében. Ezen eltérésekkel együtt a magyar, illetve általában az Unióban élő fiatalok között a szerek / szerhasználó magatartások észlelt veszélyessége alapján felrajzolható sorrend alapvetően megegyezik, mindössze a rendszeres alkoholfogyasztás helyezkedik el máshol: a magyar fiatalok esetében a rendszeres alkoholfogyasztással kapcsolatos veszélyészlelés hibahatáron belül megegyezik a rendszeres kannabisz fogyasztás percipiált veszélyeivel (rendszeres alkoholfogyasztás: 80%; $\pm 3,2$; rendszeres kannabisz fogyasztás: 84%; $\pm 3,5$), míg az Unióban általában a fiatalok a kannabiszon kívüli egyéb tiltott szerek kipróbálásával azonos veszélyességűnek érzik.

Szintén az OLAAP vizsgálat eredményeivel összhangban az Eurobarometer adatai alapján is a tiltott szerek közül a marihuána/hasis kipróbálását vélik kevésbé kockázatosnak, azonban a többi vizsgált tiltott szer kipróbálása között jellemzően sem a hazai, sem általában az európai fiatalok sem tudnak differenciálni.

A különböző szerek kipróbálására és rendszeres fogyasztására vonatkozó adatok alapján azt is láthatjuk, hogy egy adott szer rendszeres fogyasztását a megkérdezettek szignifikánsan veszélyesebbnek érzékelik, mint annak kipróbálását. E tekintetben a hazai fiatalok szintén hasonlóan vélekednek, mint a hazai felnőttek és mint általában az európai fiatalok.

Az OLAAP 2019 kutatás alapján a fentiek mellett azt is láthattuk, hogy a magyar társadalom szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos veszélyészlelése tekintetében az új pszichoaktív szerek (NPS) rendszeres használatának kockázateszlelése kiemelkedő (lásd a 2. ábrán). Ez azonban az Eurobarometer adatai alapján a fiatalok között sem Magyarországon, sem az Unióban általában nem jelenik meg.

12. ábra: Az egyes pszichoaktív szerek egy-két alkalommal történő kipróbálásával és rendszeres használatával kapcsolatos veszélyészlelés (a „nagyon veszélyes” válaszok aránya) a 15–24 éves fiatalok körében 2014-ben az EUROBAROMETER adatai alapján az EU-országokban összesen (N = 13 129) és Magyarországon (N=500) (a megkérdezettek %-ában¹¹)



Flash Eurobarometer, 2014

N=EU28 megkérdezettek/magyarországi megkérdezettek

5.2.2. Különböző szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos veszélyészlelés a nemzeti vizsgálatokban

A Cseh Tudományos Akadémia Szociológiai Intézetének Közvéleménykutató Központja (CVVM) 2010 májusában a 15–64 éves cseh lakosság reprezentatív mintáján (1061 fő) végzett felmérésének keretében vizsgálták a válaszadók drogokkal és drogpolitikával kapcsolatos percepcióit (idézi Mravčík et al., 2010). A CVVM vizsgálat eredményei a tiltott és legális szerek közötti különbségtétel szempontjából egybecsengenek a hazai adatokkal: a válaszadók a receptre kapható nyugatók/altatók használatát tekintették legkevésbé kockázatosnak (87%), majd a dohányzást (74%) és az alkoholfogyasztást (72%). A kérdőív tartalmazott kérdéseket a „kemény” és „könnyű” drogok fogyasztásával kapcsolatban is. A fogalomhasználat attitűdvizsgálatok során különösen is problémás volta¹² ellenére ezeket az adatokat párhuzamba állítva az

¹¹ Az Eurobarometer az adatokat nem a kérdésre válaszolók (Valid N), hanem a megkérdezettek (Teljes N) százalékában közli, így a többi ábrától eltérően mi is ezt jelenítjük meg.

¹² A fogalomhasználat problémás voltát az adatokat másodközlő cseh Nemzeti Drog Fókuszpont is jelezte (Mravčík et al., 2010: 32.).

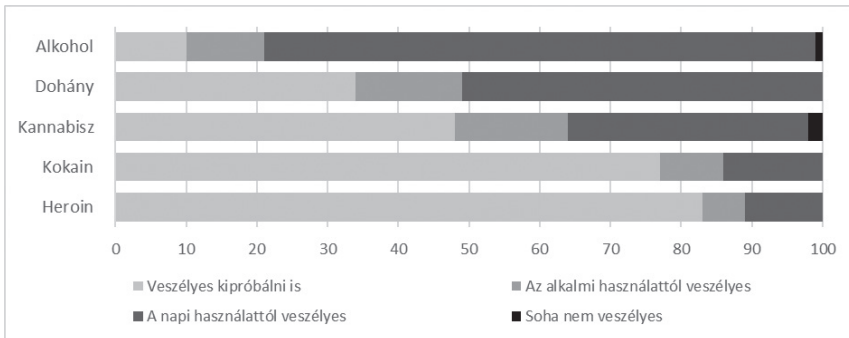
OLAAP 2019 vizsgálatban kapott eredményekkel (1.2. alfejezet), a hazaihoz hasonló tendenciákat láthatunk: a „kemény drogok” (heroin, metamfetamin, ecstasy) használatát a válaszadók 99%-a tartotta kockázatosnak, a „könnyű drogok” (kannabisz) használatát a válaszadók 74%-a minősítette kockázatosnak. A magyarországi felnőtt (18–64 éves) népességhez hasonlóan tehát a kannabisz és az egyéb tiltott drogok közötti differenciálás – bár némileg sugalmazó kérdésfeltevés mellett – a cseh 15–64 éves népességben is megjelent. Emellett a veszélyészlelés társadalmi és szerhasználati előzmények mentén való mintázódásában is több helyen találunk hasonlóságot a hazai és a cseh eredmények között. A magyar népességhez hasonlóan a cseh lakosság körében is alacsonyabb kockázatészlelés mutatkozott a férfiak, valamint a szerhasználati tapasztalatokkal rendelkezők körében. Ugyanakkor a cseh adatokban megjelenő – a 30 év alattiak és a fővárosi lakóhellyel rendelkezők alacsonyabb veszélyészlelését jelző – életkori és urbanizációs mintázatok a magyarországi felnőtt népességben nem vagy csak részlegesen voltak azonosíthatók: életkori mintázatot csak a kannabiszkipróbálással kapcsolatos veszélyészlelés tekintetében tudtunk azonosítani, urbanizációs mintázat pedig a magyar lakosság körében sem a kannabiszkipróbálás, sem az egyéb tiltott szerek esetében nem mutatkozott meg (2.1.2. alfejezet, 5. táblázat).

Finn kutatók 1992 óta négyéves gyakorisággal vizsgálják a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos társadalmi attitűdöket is a felnőtt lakosság reprezentatív mintáján végzett Kábítószerügyi Felmérés keretében. A legutóbbi, 2018-as felmérés a 15–69 éves lakosság nettó 3229 fős reprezentatív mintáján készült (Salaus, Karjalainen & Hakkarainen, 2020). Az eredmények alapján a magyarországi felnőtt népességhez hasonlóan a finn népesség veszélyészlelésében is jelen van a használat rendszeressége, valamint a szer legális vagy tiltott jellege mentén való különbségtétel. Szintén a hazai eredményekkel összhangban a kannabiszhasználattal kapcsolatos veszélyészlelésre vonatkozó finn adatokban is megjelent a férfiak és a fiatal felnőttek alacsonyabb veszélyészlelésével leírható mintázódás.

A francia Nemzeti Drog Fókuszpont (OFDT) 1999 óta öt alkalommal végzett a pszichotróp szerekkel kapcsolatos attitűdöket, véleményeket és percepciókat vizsgáló felmérést (EROPP) a francia felnőtt lakosság reprezentatív mintáján (Spilka et al., 2019). A legutóbbi, 2018-ban készült felmérést a 18 és 75 év közötti felnőtt lakosság 2001 fős, kvótás mintavétellel választott mintáján, telefonos interjúk segítségével végezték. Ez a vizsgálat is elemezte a különböző pszichoaktív szerek eltérő intenzitású fogyasztásának percipiált kockázatait, melyek alapján – bár azt az OLAAP vizsgálatban (is) alkalmazott Európai Modellkér-

dóívtól eltérő kérdések mentén vizsgálta,¹³ így az összehasonlítás lehetősége meglehetősen korlátozott – a hazai eredményekhez képest néhány hasonlóság és eltérés ez esetben is kirajzolódik. A francia adatok alapján is látható a tiltott és legális szerek, illetve a kannabisz és az egyéb tiltott szerek közötti, továbbá a különböző intenzitású fogyasztás mentén való differenciálás (lásd 13. ábra). Ugyanakkor míg Magyarországon a felnőtt népesség a rendszeres dohányzást, illetve nagyívást más szerhasználó magatartásokhoz képest kevésbé érzékeli kockázatosnak, a francia népesség egyöntetűen kockázatosnak látja minden szer esetében a rendszeres használatot (mindössze a kannabisz esetén vélekedett úgy a francia lakosság 2%-a, hogy a rendszeres fogyasztás sem veszélyes). A francia kutatás is megerősíti a veszélyészlelésnek az OLAAP 2019 kutatásban – és más vizsgálatokban is – megjelenő nemi, valamint szerhasználati előzmények mentén való mintázódását, továbbá az OLAAP kutatással szemben a leíró-statisztikai adatokban életkori mintázódást is jelez. Ugyanakkor a kutatás eredményei szerint amennyiben a demográfiai mintázódásokat a drogokkal kapcsolatos személyes tapasztalatokkal együtt vizsgáljuk, akkor a nemi és életkori mintázódás nagyrészt eltűnik. Az életkor és a nem kapcsán megjelenő különbségek tehát azzal magyarázhatók, hogy a fiatalok és a férfiak jellemzően gyakrabban fogyasztanak szert, mint az idősebbek és a nők.

13. ábra: Az egyes szerek veszélyesnek minősített fogyasztási gyakoriságáról alkotott percepciók a franciaországi 18–75 éves lakosság körében 2018-ban (a válaszolók %-ában)



Forrás: Spilka et al., 2019

¹³ Az OLAAP-vizsgálatban az EMQ-ajánlásoknak megfelelően a válaszolók a különböző szerek különböző gyakoriságú használatára vonatkozóan egy 4 fokú skálán (1: nem veszélyes; 2: kicsit veszélyes; 3: közepesen veszélyes; 4: nagyon veszélyes) fejezték ki véleményüket, míg a francia kutatásban azt vizsgálták, hogy a különböző szerek esetében milyen gyakoriságú használat tekinthető veszélyesnek.

5.3. A drogpolitikai beavatkozások megítélése a nemzeti kutatásokban

Mint azt az 1.4. alfejezetben láthattuk, a magyar társadalom 83%-a ($\pm 2,2$) úgy vélekedik, hogy „Minden drog fogyasztását tiltani kell, semmilyen drog fogyasztása senkinek, semmilyen körülmények között nem megengedhető”, illetve „Nemcsak tiltani kell a drogokat, de üldözni is”, s mindössze a felnőtt lakosság 4,5%-a ($\pm 1,3$) gondolja úgy, hogy a marihuána fogyasztását a többi tiltott droghoz képest másként kell szabályozni. A hazai vizsgálati eredmények az eltérő kérdésfelvetések miatt közvetlenül nem hasonlíthatók össze más országokban kapott eredményekkel, de talán valamiféle kontextust mégis teremthetnek a fenti hazai viszonyulás nemzetközi elhelyezéséhez.

A fentiekben áttekintett nemzeti vizsgálatok közül a finn lakossági adatfelvétel (Salaus, Karjalainen & Hakkarainen, 2020) foglalkozik azzal a kérdéssel is, hogy a megkérdezettek mely drogpolitikai beavatkozásokkal tudnak leginkább azonosulni. A 15-69 éves finn lakosság többsége nem ért egyet azzal, hogy szabályozott formában hozzá lehessen jutni kannabiszhoz, de mivel 2010 óta külön rákérdeznek a gyógyászati és rekreációs célú kannabisz-fogyasztás legalissá tételére is, ezek az adatok csak korlátozottan hasonlíthatók össze az OLAAP 2019 adataival. 2018-ban a 15-69 éves finn lakosság mintegy fele értett egyet a kannabisz gyógyászati célú legalizációjával, 18%-a az egyéb célú használat legalizálásával. Az egyes korcsoportok válaszai között azonban igen jelentős különbség van. Míg az idősebb, 45-69 éves korosztály körében a legalizáció támogatottsága alig változott, addig a 25-34 éves korosztályban 2002 óta 15%-ról 35%-ra nőtt.

Az EROPP vizsgálat (Spilka et al., 2019) is kitért a drogfogyasztás büntetőjogi szankcionálásának megítélésére a 18 és 75 év közötti francia lakosság körében. A válaszadók ötfokú skálán jelezheték, hogy mennyire tartják jónak a különféle állami beavatkozásokat a kábítószer-fogyasztók viszonylatában. A válaszadók 95%-a szerint a drogfogyasztók kötelező kezelése inkább jó vagy nagyon jó. A pénzbüntetést a lakosság 53%-a, a kötelező felvilágosító programokat 57%-a találta jónak/nagyon jónak. A válaszadók 70%-a szerint a börtönbüntetés rossz vagy inkább rossz. A rendőrségi figyelmeztetést 84% támogatta. A kutatók megítélése szerint a percepciókban található mintázódás egyik legjelentősebb magyarázata ismét a válaszadók szerhasználati előzményeivel hozható kapcsolatba. A valaha kipróbálók körében a börtönbüntetés támogatottsága 21% volt, míg a soha nem használók körében 37%. Ugyanez igaz a pénzbüntetésre (47% és 58%) és a felvilágosító programban való részvételre is (50% és 67%).

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bogardus, E. S. (1927). Race friendliness and social distance. *Journal of Applied Sociology*, 11, 272–287.
- Bogardus, E. S. (1967). Measuring social distances. In Fishbein, M. (szerk.): *Readings in attitude theory and measurement*. (71–76). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Elekes Zs. & Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, Budapest: NKFP. Letöltve: 2020.10.10. https://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- EMCDDA. (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09). Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/downloads/emcdda_gps_expert_group_comp_report.pdf
- EMCDDA. (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf
- EVS. (2020). *European Values Study 2017*. Integrated Dataset (EVS 2017). GESIS Data Archive, Cologne. ZA7500 Data file Version 4.0.0. <https://doi.org/10.4232/1.13560>.
- EVS. (2021). *EVS Trend File 1981-2017*. GESIS Data Archive, Cologne. ZA7503 Data file Version 2.0.0. <https://doi.org/10.4232/1.13736>.
- Flash Eurobarometer 401 (2014). *Young people and drugs*. European Commission.
- Grevenstein, D, Nagy E. & Kroeninger-Jungaberle, H. (2015). Development of risk perception and substance use of tobacco, alcohol and cannabis among adolescents and emerging adults: evidence of directional influences. *Substance Use & Misuse*, 50(3): 376–386. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.984847>
- Karjalainen, K., Pekkanen, N. & Hakkarainen, P. (2020). *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huu-measenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* (THL). Raportti 2/2020. 133 sivua. Helsinki.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L., Škrdlantová, E., Kiššová, L., Běláčková, V., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Kalina, K., Gabrhelík, R. & Záborský, T. (2010). *Annual Report: The Czech Republic – 2009 Drug Situation*. Prága: Government of the Czech Republic. <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2009/>

- Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon.* (Szakmai forrás, 4.) Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B. (2009). Populációs adatok alakulása. In Felvinczi K. & Nyírády A. (szerk.): *Drogpolitika számokban.* (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. <https://doi.org/10.1556/mental.10.2009.4.1>
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 31–55. http://epa.oszk.hu/02400/02454/00066/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2017_02_055-085.pdf
- Room, R. (2007). Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek. *Addiktológia*, 3, 232–254.
- Salasuo, M., Karjalainen, K. & Hakkarainen, P. (2020) Nuoret, entiset nuoret ja huumeet : miten sukupolvi näkyy huumeiden käytössä ja huumeemielipiteissä? *Yhteiskuntapolitiikka*, 85, 5–6.
- Salloum, N. C., Krauss, M. J., Agrawal, A., Bierut, L. J. & Grucza, R.A. (2018). A reciprocal effects analysis of cannabis use and perceptions of risk. *Addiction*. 113(6) 1077–1085. <https://doi.org/10.1111/add.14174>
- Spilka, S., Le Nézet, O., Janssen, E., Brissot, A., Philippon, A. & Chyderiotis, S. (2019). Drogues: perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers, Tendances n° 131, OFDT, 8 p. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/drogues-perceptions-des-produits-des-politiques-publiques-et-des-usagers-tendances-131-avril-2019/>

