

A MAGYAR NÉPESSÉG ADDIKTOLÓGIAI

ta, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you

provided by Repository of the A

PROBLÉMÁKRÓL (OLAAP) REPREZENTATÍV FELMÉRÉS MÓDSZERTANA ÉS A MINTA LEÍRÓ JELLEMZŐI

PAKSI BORBÁLA¹ – RÓZSA SÁNDOR² – KUN BERNADETTE^{2,3} –
ARNOLD PETRA⁴ – DEMETROVICS ZSOLT^{2,3} *

¹ Budapesti Corvinus Egyetem, Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet,
Viselkedéskutató Központ, Budapest

² Eötvös Loránd Tudományegyetem, Addiktológiai Tanszéki Szakcsoport, Budapest

³ Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest

⁴ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Szociológiai Doktori Iskola, Budapest

(Beérkezett: 2009. szeptember 22.; elfogadva: 2009. október 9.)

Tanulmányunkban a magyar népesség addiktológiai problémáinak feltérképezésére irányuló országos reprezentatív felmérés (OLAAP 2007) általános módszertani hátterét és főbb metodológiai eredményeit mutatjuk be. A bevezető részben röviden ismertetjük a kutatás célját, majd a kutatás szervezési lépései, a vizsgálati minta kiválasztásának stratégiája és a felmérésben használt mérőeszközök bemutatása következik. A felmérésben a dohányzás, az alkoholhasználat és az egyéb pszichoaktív szerek használata mellett a következő viselkedési addikciók prevalenciáját mértük: kóros játékszenvedély (SOGS), evési zavar (SCOFF), problémás internet használata (PIUQ), testedzés addikció (EAI, EDS), kényszeres vásárlás (QABB), munkafüggőség (WART). A további alkalmazott mérőeszközök a következők voltak: Derogatis-féle Tünetlista (SCL-90), Temperamentum és Karakter Kérdőív rövidített változat (TCI), valamint a Barratt Impulzivitás Skála (BIS-11). A vizsgálat módszertani eredményei között a részvételi hajlandósággal, illetve a vizsgálati battersza megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos eredményeket mutatjuk be. Mindezek alapján megállapítható, hogy a vizsgálati mintánk korcsoportos és területi eloszlásait mérlegelve reprezentatívnak tekinthető, a kutatásban felhasznált mérőeszközök megbízhatóságára és érvényességére utaló mutatók megfelelőek, az alkalmazott skálák kiváló pszichometriai jellemzőkkel rendelkeznek. Mindezek alapján a felmérés lehetőséget nyújt arra, hogy kutatásunk eredményeit a magyar lakosság egészére kiterjesszük, általánosítsuk, és az adatokat időbeli és nemzetközi kontextusban értelmezzük.

Kulcsszavak: kémiai és viselkedési addikciók, reprezentatív felmérés, általános populációs vizsgálat, Magyarország, módszertan

* Levelező szerző: Demetrovics Zsolt, 1580 Budapest, Pf. 179.

E-mail: demetrovics@t-online.hu

A lakosság általános egészségi állapotát feltérképező epidemiológiai felmérések mind a közegészségügy, mind a klinikai gyakorlat számára kiemelt jelentőségűek. A különböző testi és lelki betegségek előfordulási gyakoriságával, rizikótényezőivel, lefolyásával és a prevenció programok hatékonyságával foglalkozó epidemiológiai kutatások eredményei jól használhatóak az egészségügyi alap- és klinikai ellátásban, az egészségnevelésben, az egészségpolitikai döntéseknél és a törvényhozásban.

Hazánkban az elmúlt években csak néhány olyan reprezentatív mintán megvalósuló epidemiológiai felmérés készült, amely a felnőtt lakosság alkohol- és egyéb szerhasználati szokásait vagy más szenvedélybetegségek gyakoriságait térképezte fel (*ADE 2001 és 2003*: Elekes és Paksi 2003; Paksi 2003, 2007b; Elekes 2004; *Hungarostudy 2002*: Kopp és Kovács 2006). A viselkedési függőségek témakörében pedig olyan lakossági felmérés, amely reprezentatív mintán térképezi fel ezen zavarokat, mostanáig nem született; sőt e zavarok többségét illetően egyáltalán nem rendelkezünk hazai adatokkal (Demetrovics és Kun 2007; Demetrovics 2008).

Az alábbiakban bemutatásra kerülő, 2007-ben készült *Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról* (OLAAP) elnevezésű kutatás során az addiktológiai problémák spektrum-szemléletének érvényesítésére törekedtünk (Hollander 1993; Demetrovics és Kun 2007), így nem csak a pszichoaktív szerhasználathoz kapcsolódó függőségek feltérképezését tűztük ki célul, hanem a különböző viselkedési addikcióknak, és az ezek kapcsolatrendszerének feltárását is.

A kutatás a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont megbízásából és finanszírozásával a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja vezetésével, továbbá az Eötvös Loránd Tudományegyetem Addiktológiai Tanszéki Szakcsoportja szakértői közreműködésével készült.

Jelen tanulmányunk célja az OLAAP 2007 vizsgálat módszertani eredményeinek bemutatása. Ennek során a vizsgálati minta jellemzőinek és az adatgyűjtés menetének leírása mellett kitérünk a megbízhatóság mintavételen kívüli hibaforrásaira, és az adatok érvényességével kapcsolatos eredményekre is.

MÓDSZER

A kutatás lépései

Az OLAAP felmérés főbb lépéseit az alábbiak szerint összegezhetjük:

1. A kutatás konceptualizálása
2. A kutatási battéria kidolgozása, próbakérdezés, kutatási battéria véglegesítése
3. A mintavétel módjának meghatározása, a vizsgálati minta kialakítása
4. Az adatfelvételi terv kidolgozása (határidők, adatfelvételi mód meghatározása, kérdezőbiztosok kiválasztása)
5. Az adatfelvétel lebonyolítása (kérdőbiztosok képzése, megkérdezettek kiértékelése, a mintaszemélyek felkeresése és a felkeresés eredményességének riportálása, kérdőív felvétel)
6. Mintakiesések pótlása
7. Kódolás, adatrögzítés, adattisztítás
8. Súlyozás
9. Adatfeldolgozás – beleértve az adatbázis módszertani jellemzőinek kiszámítását

Az OLAAP felmérésben alkalmazott adatfelvételi battéria kialakítása

Az OLAAP országos felmérés előkészítésénél nagy hangsúlyt fektettünk arra, hogy olyan nemzetközi mérőeszközöket is bevonjunk, amelyek alkalmazhatóságát számos felmérés igazolja. Ezáltal nem csak korszerű mérőeszközök kerülnek hazai bevezetésre, hanem ez a választás a hazai eredmények nemzetközi szintű összehasonlíthatóságát is elősegíti.

A korábbi felmérések tapasztalatait és a nemzetközi ajánlásokat felhasználva munkacsoportunk egy közel 800 kérdésből álló adatfelvételi battériát szerkesztett, amely az alábbi területeket ölelte fel:

- szerhasználó magatartások (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás);
- viselkedési addikciók (kóros játékszenvedély, táplálkozási magatartás zavarai, testeszűfüggőség, munkafüggőség, problémás internet használat, kényszeres vásárlás);
- szociodemográfiai adatok (nem, életkor, származási család, iskolázottság, foglalkozási státus, gazdasági státus, háztartás összetétel, értékorientációk/anómia, szabadidő felhasználás); valamint
- személyiségdimenziók mérése.

A kérdőívben alkalmazott skálák és kérdéscsoportok kialakításánál ügyelünk arra, hogy eredményeink a korábbi hasonló témájú epidemiológiai felmérésekkel (ADE 2001, ADE 2003) is összehasonlíthatóak legyenek.

A kérdőív szerkesztése során figyelembe vettük az interjú helyzet dinamikájának olyan sajátosságait, mint például a válaszadók kezdeti tartózkodó vagy esetleg szorongó magatartása. Ezért az adatfelvételi battéria kérdéscsoportjait megpróbáltuk olyan sorrendbe állítani, amely csökkenti a válaszmegtagadás és a visszautasítás lehetőségét. Ennek megfelelően az adatfelvételi battéria első részében elsősorban szociodemográfiai elhelyezkedésre vonatkozó kérdések szerepeltek (pl. munkahely és háztartási adatok, életkörülmények), ezt követték az értékorientációkra vonatkozó kérdések, majd a szerhasználat, illetve viselkedési addikciókkal kapcsolatos kérdéseket a fogyasztási, illetve szabadidő eltöltési szokások kérdéskörébe ágyazva tettük fel.

Mivel a hazai és a nemzetközi felmérések tapasztalatai egybehangzóan azt bizonyítják, hogy a részvételi hajlandóságot jelentősen befolyásolja a kérdőív hosszúsága, így az adatfelvételi battériában több esetben rövidített skálákat használtunk. Valamennyi rövidített skála kialakításánál a korábbi felméréseink pszichometriai eredményeit, illetve más hazai kutatási eredményeket vettünk figyelembe.

A különböző szerhasználó magatartások epidemiológiai vizsgálata tekintetében a kutatás kiindulópontjának és módszertani megalapozásának a 2001-ben és 2003-ban készült magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatokat (ADE 2001, ADE 2003) tekintettük (Paksi 2007a, 2007b). E kutatások a kábítószer-fogyasztás vonatkozásában az European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction által 1999-ben kidolgozott modellkérdőívre (EMQ) (EMCDDA 1999), az alkoholfogyasztás tekintetében pedig emellett az International Research Group on Gender and Alcohol (IRGGA) keretében szervezett Gender, Culture, and Alcohol: A Multi-national Study (GENACIS) című programban kidolgozott kérdőív kérdéseire (Wilsnack és mtsai 1999) és a WHO (2000) ajánlásaira épültek. A jelen kutatás során alkalmazott adatfelvételi battéria a fentiekben túlmenően harmonizál a nemzetközi ajánlások (pl. EMCDDA 2002) terén született újabb fejleményekkel.

Az 1. táblázatban összegeztük, hogy az alkoholfogyasztás epidémiájának becslésére alkalmazott indikátorok mely vizsgálatokkal/ajánlásokkal kompatibilisek. A táblázatban feltüntetett indikátorok mellett egy széles körben alkalmazott és hazai viszonyokra már korábbi vizsgálatokban adaptált mérőeszközt is használtunk, az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztjét (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test) (Saunders és mtsai 1993; Allen és mtsai 1997; Gerevich és mtsai 2006).

1. táblázat. Az OLAAP vizsgálatban, az alkoholhasználat és a dohányzás mértékének becslésére alkalmazott indikátorok és ezek kompatibilitása (X-szel jelölve) az egyes hazai és nemzetközi vizsgálatokkal, illetve ajánlásokkal

	EMCDDA	IRGGA	WHO	ADE 2001	ADE 2003
Alkoholhasználat indikátorai					
Havi prevalencia	X	X		X	X
Havi fogyasztási gyakoriság	X	X			
Utolsó alkoholfogyasztás ideje			X*	X	X
Utolsó alkoholfogyasztás mennyisége				X	X
Éves prevalencia	X	X	X**	X	X
Éves fogyasztási gyakoriság	X	X	X**		
Szokásos alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége		X	X**		X
Éves prevalencia italfajtánként	X ⁺	X			X
Előző év mennyiség/gyakoriság, italfajtánként	X ⁺	X	X*		X
Nagyivás (6 vagy több ital) prevalenciája az elmúlt évben	X	X	X**	X	X
Nagyivás gyakorisága az elmúlt évben	X	X	X**	X	X
Életprevalencia			X***	X	X
Fogyasztás gyakorisága a teljes élet során					X
Lerészegedés különböző idejű prevalencia-értékei és gyakorisági adatai				X	X
Első alkoholfogyasztás és berúgás életkora				X	X
Egyéb kérdések: elfogadhatónak vélt alkoholemennyiség italfajtánként, az alkoholfogyasztás előnyei				X	X
Dohányzás indikátorai					
Életprevalencia	X				
Aktuális dohányzás prevalenciája	X				
Dohányzás intenzitása	X ⁺				

* WHO egyesített egészségügyi interjú survey

** WHO minimumkérdés

*** WHO bővített kérdéssor

⁺ ajánlott kérdés

A dohányzás, illetve a nikotinfüggőség mérésére egyrészt a Fagerström Nikotinfüggőség Kérdőívet (Fagerström Test of Nicotine Dependence, FTND) (Fagerström és mtsai 1989; John és mtsai 2004) alkalmaztuk, másrészt az 1. táblázatban feltüntetett indikátorokat.

A legális pszichoaktív szerhasználat (nyugtatók és altatók orvosi javaslatra, illetve orvosi javaslat nélkül történő fogyasztása), illetve az illegális szerhasználat becslésére alkalmazott indikátorokat a 2. táblázatban foglal-

2. táblázat. Az OLAAP vizsgálatban legális pszichoaktív szerhasználat, illetve a tiltott drog-használat előfordulásának/gyakoriságának becslésére alkalmazott indikátorok és ezek kompatibilitása az egyes hazai és nemzetközi vizsgálatokkal, illetve ajánlásokkal

	EMCDDA	ADE 2001	ADE 2003
Legális pszichoaktív szerek használatának indikátorai			
Havi prevalencia	X		
Havi fogyasztási gyakoriság	X		
Éves prevalencia	X		
Fogyasztási gyakoriság ez elmúlt évben	X		
Életprevalencia		X	X
Utolsó használat alkalmával a hozzájutás módja	X		
Első orvosi javaslat nélküli használat éve		X	X
Tiltott drog-használat indikátorai			
Ismer-e valakit, aki fogyasztott valamilyen szert (szerenként)	X	X	X
Életprevalencia szerenként	X	X	X
Fogyasztási gyakoriság az eddigi élet során szerenként		X	X
Éves prevalencia szerenként	X	X	X
Havi prevalencia szerenként	X	X	X
Fogyasztási gyakoriság az előző hónapban szerenként		X	X
Elsőként használt drog		X	X
Az első használat éve szerenként		X	X
Rekreációs droghasználat (marihuána, ecstasy, amfetamin, kokain, LSD)			X
Drogfogyasztással/ drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök: drogfüggők megítélése; drogfogyasztók megítélése; fogyasztás veszélyességével, drogpolti- kával kapcsolatos vélemények	X	X	X

jük össze. Ezekon túlmenően a drogfogyasztás okozta problémák mérése a CAST kérdőívvel történt (Costes 2007; Legleye és mtsai 2007).

A felmérés során több új skála került bevezetésre, ezeket a nemzetközi módszertani ajánlásoknak megfelelően fordítottuk magyarra. Elsőként a mérőeszköz kidolgozójával vettük fel a kapcsolatot, majd az általa jóváhagyott, a kutatás számára engedélyezett kérdőívet egy pszichológiai tesztek fordításában jártas munkacsoport közreműködésével ültettük át magyar nyelvre. Az elkészült fordítást visszafordítottuk, és a szerzővel egyeztetettük, szükség esetén a célcsoporton előteszteltük.

Az alkalmazott vizsgálati tesztbattéria a *viselkedési addikciók* előfordulási gyakoriságának becslésére az alábbi mérőeszközöket tartalmazta:

- Kóros játékszenvedély: SOGS – South Oaks Gambling Screen (Lesieur és Blume 1987);
- Evési zavar: SCOFF (Morgan és mtsai 1999);
- Problémás internet használat: PIUQ – Problematic Internet Use Questionnaire (Demetrovics és mtsai 2008; magyarul: Demetrovics és mtsai 2004);
- Testedzés addikció: EAI-HU - Exercise Addiction Inventory (Testedzés Addikció Kérdőív) (Terry és mtsai 2004; magyarul: Demetrovics és Kurimay 2008), illetve EDS-HU Exercise Dependence Scale (Testedzés függőség Skála) (Hausenblas és Symons Downs 2002; Symons Downs és mtsai 2004; magyarul: Demetrovics és Kurimay 2008);
- Kényszeres vásárlás: Questionnaire About Buying Behavior (Lejoyeux és mtsai 1996; Lejoyeux és mtsai 1997);
- Munkafüggőség: WART – Work-Addiction Risk Test (Robinson és mtsai 1992; Robinson 1989, 1996).

Az OLAAP felmérésben az addiktológiai problémák személyiségdimenziók mentén mutatkozó dinamikájának és etiológiájának vizsgálatára az alábbi pszichológiai mérőeszközöket alkalmaztuk:

- Derogatis-féle Tünetlista (SCL-90) (Derogatis 1977; Derogatis és Cleary 1977; Unoka és mtsai 2004);
- Temperamentum és Karakter Kérdőív rövidített változat (Temperament and Character Inventory; TCI) (Cloninger 1987; Cloninger és mtsai 1993; Rózsa és mtsai 2005);
- Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale; BIS-11) (Barratt 1959; Patton és mtsai 1995).

A kérdezési battéria szociodemográfiai adatokat, és a különböző célváltozókkal kapcsolatos szűrőkérdéseket tartalmazó részének a felvétele személyes interjú keretében, képzett kérdezőbiztosok segítségével történt. A face-to-face kérdőívben több segítő instrukciót fogalmaztunk meg a fel-

vételt lebonyolítók számára (pl. a kérdőív egészére vonatkozóan, illetve az egyes kérdésblokkok bevezető szövege, ugrásokra vonatkozó instrukciók, kódolási segédlet stb. szempontjából). A válaszadás megkönnyítése, illetve a kérdezős gördülékenyebbé tétele érdekében néhány kérdésnél válaszlapokat és kártyákat készítettünk, ami a kérdésekre adható lehetséges válaszfórmátumokat tartalmazta.

A vizsgálati minta nagysága és a mintavétel stratégiája

Az adatfelvétel mintavételi tervének kialakításában a következő szempontokat vettük figyelembe:

1. A kutatás célpopulációja a magyarországi 18–64 éves népesség (6 703 854 fő);
2. A kiválasztott személyek reprezentálják az ország 18–64 éves népességét;
3. A kiválasztás minden alapegységét tekintve véletlenszerű legyen;
4. A mintavétel – a vizsgált magatartások várhatóan szignifikáns urbanizációs és életkori mintázata (Paksi 2007c) okán – biztosítsa a minta életkor és településméret szerinti arányosságát;
5. A minta biztosítson területi (regionális szintű) becsléseket is.

A fenti alapelveket figyelembe véve a mintavételi keretet a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala 2006. január 1-jei nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező állandó lakosság képezte (6 662 587 fő) (3. táblázat).

A minta kiválasztása Budapesten egy, vidéken pedig két lépcsőben zajlott. A vidéki alminta kiválasztásának első lépcsőjében regionális elhelyezkedés (5 TÁRKI régió) és településméret (6 méretkategória) szerint rétegzett, véletlen mintavételi eljárással választottuk ki a mintába kerülő településeket (127 mintavételi pont, amelyből a megyeszékhelyek és a megyei jogú városok önreprezentálóak, azaz mintába kerülésük esélye 1). Ezt követően a mintaválasztás második lépcsőjében a kiválasztott településeken életkor (5 életkori kategória) szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárással választottuk ki a megkérdezendő személyeket. A fővárosi alminta esetében egylépcsős, főbb korcsoportok (18–34, illetve 35–64 éves) és kerületek szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárást alkalmaztunk. A korábbi kutatási tapasztalatok alapján alacsony elérési aránnyal jellemezhető, ugyanakkor a vizsgált magatartások szempontjából fokozottan érintett (Elekes és Paksi 2003; Paksi 2003) 18–34 éves korosztályt kétszeresen felülreprezentáltuk.

3. táblázat. A mintakeret eloszlása: régió, településméret és korcsoport szerint
(6 662 587 fő =100%)

Régió	Településméret (fő)	Korcsoportok (%)				
		18-34		35-64		
Budapest		6,10		10,53		
		18-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Északnyugat régió	0-999	0,30	0,48	0,49	0,44	0,38
	1 000-4 999	0,77	1,32	1,26	1,12	
	5 000-9 999	0,20	0,35	0,33	0,29	0,27
	10 000-49 999	0,50	0,93	0,85	0,74	0,70
	50 000-149 999	0,68	1,45	1,22	1,10	1,10
Délnyugat régió	0-999	0,37	0,60	0,63	0,54	0,46
	1 000-4 999	0,47	0,78	0,81	0,69	0,64
	5 000-9 999	0,10	0,18	0,18	0,15	0,15
	10 000-49 999	0,34	0,62	0,61	0,51	0,50
	50 000-149 999	0,23	0,46	0,43	0,35	0,37
	150 000+	0,18	0,37	0,35	0,32	0,30
Közép-kelet régió	0-999	0,11	0,18	0,18	0,16	0,16
	1 000-4 999	0,80	1,39	1,33	1,20	1,11
	5 000-9 999	0,47	0,87	0,79	0,77	0,67
	10 000-49 999	1,10	2,14	1,88	1,81	1,67
	50 000-149 999	0,24	0,49	0,44	0,40	0,38
Északkelet régió	0-999	0,23	0,34	0,33	0,32	0,26
	1 000-4 999	0,90	1,32	1,25	1,17	0,91
	5 000-9 999	0,35	0,53	0,50	0,46	0,38
	10 000-49 999	0,61	1,01	0,93	0,82	0,71
	50 000-149 999	0,16	0,32	0,27	0,25	0,21
	150 000+	0,49	0,97	0,86	0,78	0,73
Délkelet régió	0-999	0,05	0,07	0,08	0,07	0,07
	1 000-4 999	0,47	0,78	0,79	0,69	0,67
	5 000-9 999	0,27	0,45	0,44	0,38	0,37
	10 000-49 999	0,58	1,05	0,99	0,86	0,86
	50 000-149 999	0,22	0,44	0,40	0,36	0,33
	150 000+	0,20	0,42	0,36	0,34	0,33

A kutatás bruttó főmintája összességében 3 183 főre terjedt ki. A minta-
vesztés pótlására a főmintával azonos elvek szerint választott, a főmin-
tához képest kétszeres elemszámú, rétegzési kritériumok, illetve nemek
szerint illesztett pótmintát alkalmaztunk (4. táblázat).

4. táblázat. A bruttó főminta elemszáma az egyes rétegekben

Területi és/vagy urbanizációs jellemzők		Korcsoportok					Összesen
Budapest	kerület	18–34		35–44			
	I.	6		5			11
	II.	16		16			32
	III.	28		24			52
	IV.	24		19			43
	V.	6		5			11
	VI.	10		7			17
	VII.	14		11			25
	VIII.	16		14			30
	IX.	12		10			22
	X.	18		14			32
	XI.	26		23			49
	XII.	12		11			23
	XIII.	24		20			44
	XIV.	22		20			42
	XV.	18		16			34
	XVI.	14		14			28
	XVII.	18		16			34
	XVIII.	20		18			38
	XIX.	14		12			26
	XX.	14		12			26
	XXI.	18		15			33
	XXII.	12		10			22
XXIII.	4		4			8	
	összesen	366		316			682
Régió	településméret	18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	összesen
Északnyugati régió	0–999	10	15	14	14	10	63
	1 000–4999	24	38	32	38	32	164
	5 000–9999	6	11	8	9	9	43
	10 000–49 999	17	30	20	25	20	112
	50 000–149 999	21	42	33	37	32	165
Délnyugati régió	0–999	9	12	12	15	10	58
	1 000–4 999	18	27	24	29	23	121
	5 000–9 999	4	6	4	5	4	23
	10 000–49 999	11	19	14	19	15	78
	50 000–149 999	7	14	11	13	11	56
	150000 +	6	11	10	11	9	47

Közép-kelet régió	0-999	4	6	4	5	4	23
	1 000-4 999	28	43	35	34	35	175
	5 000-9 999	15	25	24	24	19	107
	10 000-49 999	39	64	52	52	52	259
	50 000-149 999	7	15	12	13	11	58
Északkelet régió	0-999	6	9	10	9	10	44
	1 000-4 999	25	41	33	41	26	166
	5 000-9 999	10	15	16	16	10	67
	10 000-49 999	17	29	23	29	24	122
	50 000-149 999	5	10	7	8	6	36
	150 000 +	15	29	23	26	22	115
Délkelet régió	0-999	2	2	2	2	2	10
	1 000-4 999	13	25	19	25	20	102
	5 000-9 999	9	12	12	12	12	57
	10 000-49 999	18	31	24	32	25	130
	50 000-149 999	6	13	11	11	10	51
	150 000 +	6	12	10	11	10	49
Vidék	összesen	358	606	499	565	473	2501
Teljes bruttó fóminta	összesen						3183

Az adatfelvétel lebonyolítása

Az adatfelvételre 2007. március 5. és április 6. között került sor, olyan időszakban, mikor nagyobb ünnepek nem módosítják a szerhasználó magatartások rövid idejű prevalencia-értékeit az általában jellemző fogyasztási szokásokhoz képest.

A megkérdezettek együttműködési készségének, részvételi, illetve válaszadási hajlandóságának növelése céljából a mintába került személyeket az adatfelvétel indulása előtt írásban felkértük a kutatásban való közreműködésre. A felkérő levélben – a vonatkozó törvényi előírások, és a kérdezettek bizalmának fokozása céljából – ismertettük a kutatás célját és fontosságát, továbbá azt, hogy kinek a megbízásából, milyen intézmény gyűjti az adatokat, és hogy mire, milyen módon fogjuk azokat felhasználni.

Szintén a válaszolási hajlandóság, valamint a válaszok megbízhatóságának növelése okán nagy jelentőséget tulajdonítottunk a kérdezőbiztosok kiválasztásának. Korábbi kutatási tapasztalatok szerint a megkérdezettek a kényes, s különösen a korspecifikus kérdésekben – mint amilyen a nagy-

fokú társadalmi elítélés alá eső drogfogyasztás is – szívesebben, és őszintébben nyilatkoznak az életkorban hozzájuk közelebb álló személyeknek (Paksi 2007b). E tapasztalatoknak megfelelően a kérdezőbiztosokat a nagyobb korcsoportok szerint a megkérdezettekhez illesztettük. Az adatfelvétel során tehát a mintába került, előzetesen kiértékelített személyeket életkorban hozzájuk közelálló, előzetes felkészítésen részt vett szociológia- illetve pszichológia szakos diákok, valamint hivatásos kérdezőbiztosok keresték fel.

A kérdezők a mintaszemélyek felkeresését az 1. ábrán szereplő protokoll szerint végezték, s a kérdezés eredményét a címkártyán riportolták, az alábbi kategóriák alapján:

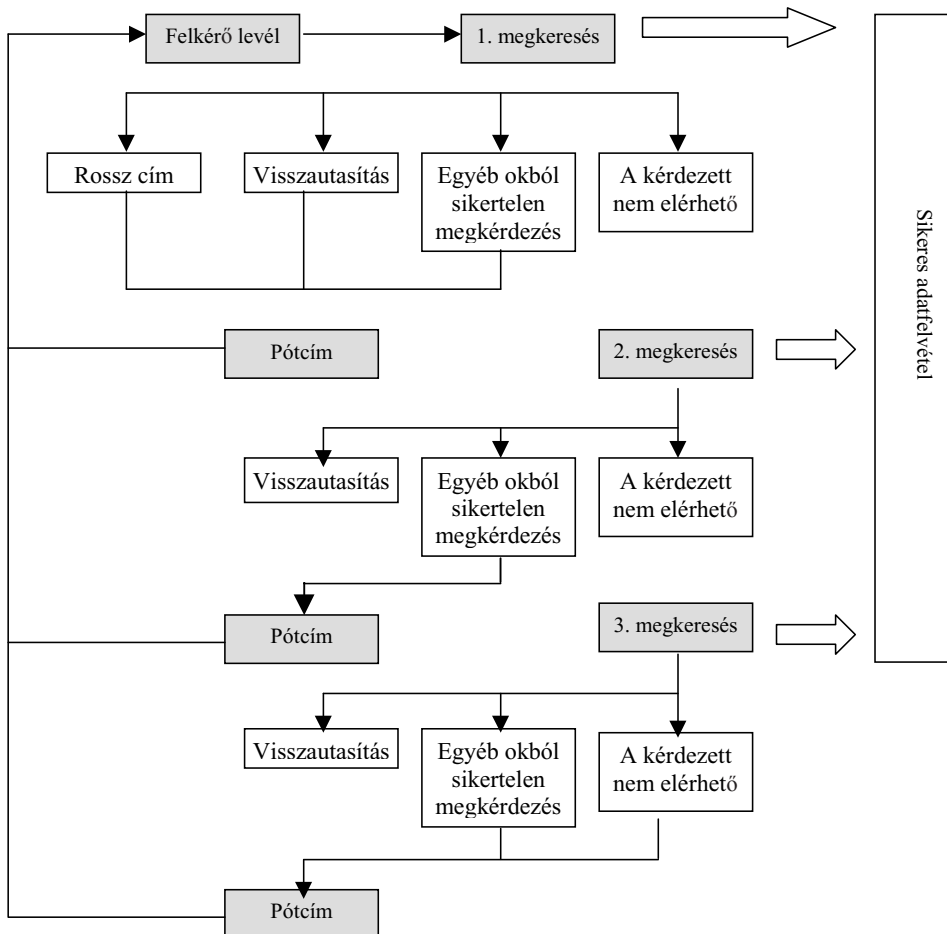
1. sikeres megkérdezés;
2. megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély a megkereséskor nem elérhető;
3. rossz keretinformáció (nincs ilyen utca vagy házszám, vagy a megjelölt személy nem lakik ott);
4. a mintaszemély visszautasította a kérdezést;
5. egyéb ok miatt nem volt sikeres a megkeresés.

2-es kód esetén a kérdezőknek három alkalommal kellett felkeresniük a címet, három különböző napszakban. A felkeresések időpontjait szintén regisztrálták a címkártyán. Amennyiben háromszori felkeresés során sem tudták felvenni a kapcsolatot a kérdezettel, vagy a cím rossz volt, illetve a kérdezt visszautasította a válaszadást, akkor a mintaveszteség pótlására az egyes rétegek kategóriák mentén a kieső mintaszemélyekhez illesztett pótmintát alkalmaztunk.

A kutatás során személyes megkereséssel zajló, kevert – azaz a face-to-face kérdezési módszert önkítöltős elemekkel kombináló – kérdezési technikát alkalmaztunk.

A szociodemográfiai, illetve egyéb társadalmi háttérváltozókra vonatkozó kérdések, valamint a vizsgált viselkedési addikciók szűrőkérdéseinek („A” kérdőív) felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face-to-face” módszerrel történt.

A drog-, illetve alkoholfogyasztással kapcsolatos („B” kérdőív), valamint a vizsgált viselkedési addikciók epidémiájának becslésére, illetve a személyiségdimenziók mérésére alkalmazott – fent részletezett – tesztbattéria felvétele pedig a kérdezőbiztos jelenlétében, önkítöltős módszerrel történt. Az önkítöltős kérdéseket tartalmazó adatfelvételi battéria válaszait a kérdezők sem ismerhették meg, azokat lezárt borítékban adták vissza a megkérdezt személyek a kérdezés során mindvégig jelen lévő, így a kérdezési körülmények standardítását (pl. a kérdezt nem családtagjaival együtt tölti ki a kérdőívet) biztosító kérdezőbiztosnak.



1. ábra. A címlistán szereplő személyek felkeresésének menete

EREDMÉNYEK

A felmérésben való részvétel mértéke

Az epidemiológiai felmérések egyik kulcsfontosságú tényezője a részvételi arány. Minél magasabb a visszautasítás mértéke, annál jobban megkérdőjelezhető a mintavétel reprezentativitása. Az OLAAP 2007 felmérésben a mintakiesés okát négy típusba soroltuk:

1. sikertelen kapcsolatfelvétel: rossz keretinformációval összefüggő ki-

- esések (nem létezik az adatnyilvántartó által megadott cím, vagy a mintaszemély nem lakik az adott címem, elköltözött, elhunyt);
2. sikertelen kapcsolatfelvétel: a kiválasztott személy háromszori megkeresés alkalmával sem volt elérhető;
 3. sikeres kapcsolatfelvétel, de a kiválasztott személy visszautasította a válaszadást;
 4. sikeres kapcsolatfelvétel, de a kiválasztott személy valamilyen ok miatt nem volt alkalmas a válaszadásra.

Az adatfelvétel során a főmintába került személyek 79%-a esetén történt sikeres kapcsolatfelvétel, 6,9% esetében az adatnyilvántartó hivatal által rendelkezésre bocsátott adat nem volt megfelelő, 14,1% esetében pedig a megkérdezett személy háromszori megkeresés alkalmával sem volt elérhető. A válaszadás visszautasításának aránya a sikeres kapcsolatfelvételhez viszonyítva 27,7%, s további 11,7%-uk valamilyen ok miatt nem volt alkalmas a válaszadásra (5. táblázat).

A sikeres megkérdezések aránya vidéken szignifikánsan ($p < 0,001$) nagyobb volt, mint Budapesten, ami részben a fővárosi keretadatok alacsonyabb validitásának, részben pedig az elutasítás és egyéb ok miatti sikertelen kérdezés nagyobb arányának következménye. Hasonlóképpen szignifikáns ($p < 0,001$) eltérés mutatkozott a sikeres megkérdezések arányában életkor szerint. A 35 évesnél fiatalabb, fiatal felnőtt korosztályban azonban

5. táblázat. A főminta elérése, illetve a kiesések okaira vonatkozó riportok

	Fő	Arány (%)	
		bruttó minta %-ában	a sikeres kapcsolatfelvétel %-ában
Sikeres megkérdezés	1523	47,8	60,6
A mintaszemély visszautasította a kérdést	697	21,9	27,7
Egyéb ok miatt nem volt sikeres a megkérdezés (alkalmatlanság)	293	9,2	11,7
<i>Sikeres kapcsolatfelvétel összesen</i>	2513	79,0	100,0
Rossz keretinformáció (nem létezik a megadott cím, vagy a megjelölt személy nem lakik ott)	220	6,9	-
Megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély nem elérhető	450	14,1	-
<i>Összesen</i>	3183	100,0	-

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

	Budapest	Vidék	18–34 évesek	35–64 évesek
Sikeres megkérdezés	34,2	51,6	45,4	49,6
A mintaszemély visszautasította a kérdezést	26,8	20,6	17,0	25,4
Egyéb ok miatt nem volt sikeres a megkérdezés (pl. alkalmatlanság)	14,1	7,9	12,6	6,8
Rossz keretinformáció (nincs cím, vagy a megjelölt személy nem lakik ott)	11,1	5,8	9,4	5,1
Megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély nem elérhető	13,8	14,2	15,6	13,1
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

ez nem az elutasítások nagyobb mértékével hozható összefüggésbe, hanem keretvaliditási és elérhetőségi problémákkal. Nemek szerint azonban nem mutatkozott különbség a sikeres megkérdezések arányában ($p=0,103$) (6. táblázat).

A mintakiesések pótlására – mint említettük – rétegzési szempontok szerint illesztett pótmintát alkalmaztunk. A helyettesítések segítségével elért nettó minta nagysága 2 710 fő. A nettó minta elemszáma az egyes rétegekben a 7. táblázatban látható.

A mintavételi hiba becslése

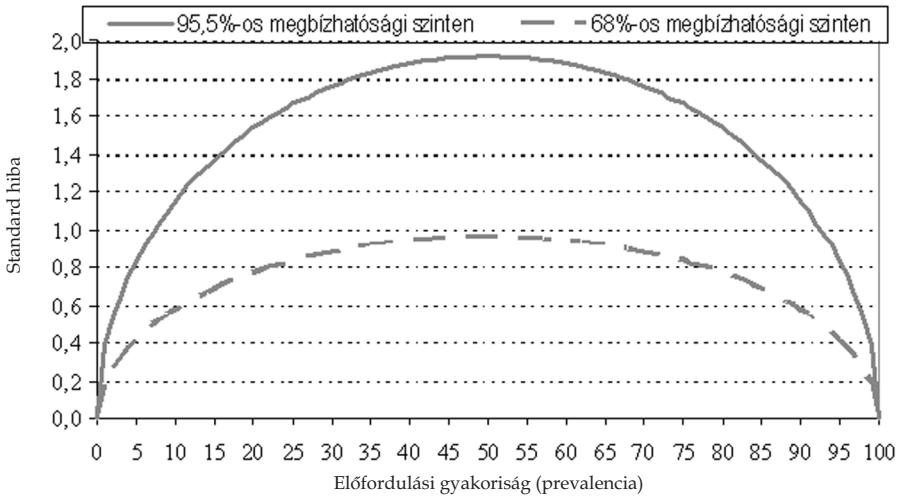
Az elért mintanagyság mellett 95%-os megbízhatósági szinten érvényes elméleti hibahatár mértéke $\pm 1,9\%$. A minta különböző prevalencia-értékek esetében jellemző statisztikai paramétereit (standard hiba, statisztikai erő) láthatjuk a 2. és 3. ábrákon.

Az adatok súlyozása

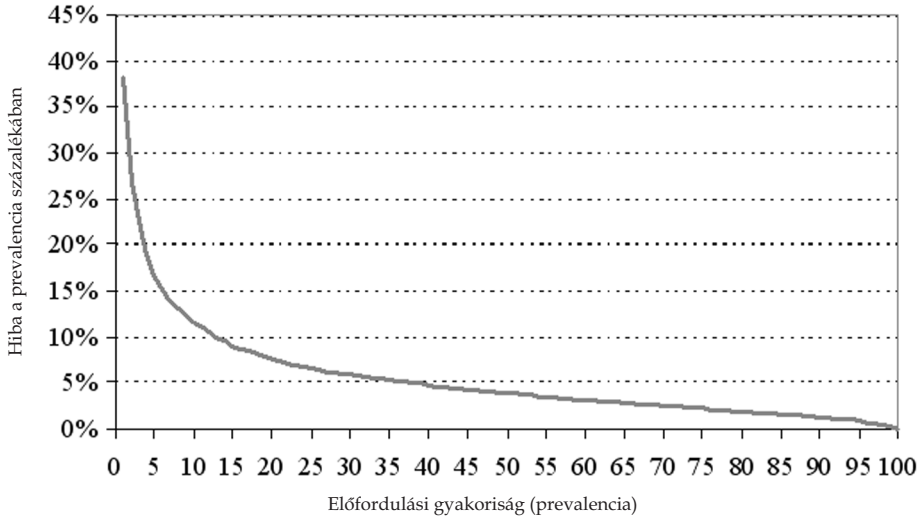
A rétegenként eltérő mintaelérés, valamint a fővárosi fiatal felnőtt populációban alkalmazott „oversampling” miatt a keretpopulációnak megfelelő rétegenkénti mintaarányok helyreállítására rétegekategóriánkénti mátrix-súlyozást alkalmaztunk. Az egyes rétegekben alkalmazott súlyok az 8. táblázatban láthatók.

7. táblázat. A nettó minta elemszáma az egyes rétegekben (fő)

Régió	Településméret	Korcsoportok					Összesen
		18–34		35–64			
Budapest		258		233			491
		18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	
Északnyugat régió	0–999	9	16	12	15	10	62
	1 000–4 999	24	36	29	38	31	158
	5 000–9 999	4	8	6	6	7	31
	10 000–49 999	15	28	19	26	21	109
	50 000–149 999	17	39	25	26	25	132
Délnyugat régió	0–999	9	12	11	15	10	57
	1 000–4 999	18	26	21	29	23	117
	5 000–9 999	4	6	5	4	4	23
	10 000–49 999	8	12	11	14	10	55
	50 000–149 999	6	11	10	13	10	50
	150 000+	5	13	12	10	9	49
Közép-kelet régió	0–999	4	6	4	5	4	23
	1 000–4 999	27	41	29	32	33	162
	5 000–9 999	15	25	24	22	19	105
	10 000–49 999	30	48	38	41	40	197
	50 000–149 999	7	12	8	11	8	46
Északkelet régió	0–999	6	9	10	9	10	44
	1 000–4 999	18	29	21	29	17	114
	5 000–9 999	8	13	13	15	9	58
	10 000–49 999	16	30	24	29	21	120
	50 000–149 999	5	9	7	8	6	35
	150 000+	15	26	21	26	21	109
Délkelet régió	0–999	2	2	2	2	2	10
	1 000–4 999	12	23	18	24	20	97
	5 000–9 999	9	12	11	12	12	56
	10 000–49 999	16	31	24	31	25	127
	50 000–149 999	4	6	10	9	8	37
	150 000+	2	9	9	9	7	36
Országosan összesen		1 111		1 599			2 710



2. ábra. A standard hiba elméleti nagysága a különböző előfordulási gyakoriságok esetén a nettó mintában (\pm százalékpont)



3. ábra. A nettó mintára vonatkozó statisztikai erő görbe

8. táblázat. Az egyes rétegekben alkalmazott súlyok

Régió	Településméret (fő)	Korcsoportok				
		18–34		35–64		
Budapest		0,64045		1,22490		
		18–24	25–34	35–44	45–54	55–64
Északnyu- gati régió	0–999	0,8914	0,8104	1,1147	0,7975	1,0196
	1 000–4 999	0,8721	0,9965	1,1767	0,8010	0,8413
	5 000–9 999	1,3429	1,1990	1,4908	1,3111	1,0499
	10 000–49 999	0,8993	0,9016	1,2078	0,7705	0,9078
	50 000–149 999	1,0910	1,0065	1,3266	1,1490	1,1937
Délnyugati régió	0–999	1,1092	1,3438	1,5402	0,9826	1,2527
	1 000–4 999	0,7003	0,8098	1,0443	0,6406	0,7524
	5 000–9 999	0,6971	0,8351	0,9890	1,0226	1,0043
	10 000–49 999	1,1384	1,3966	1,5006	0,9786	1,3574
	50 000–149 999	1,0258	1,1299	1,1648	0,7350	0,9972
	150 000+	1,0019	0,7786	0,7963	0,8613	0,9046
Közép-keleti régió	0–999	0,7339	0,7948	1,2383	0,8558	1,0616
	1 000–4 999	0,8023	0,9169	1,2459	1,0205	0,9140
	5 000–9 999	0,8580	0,9422	0,8926	0,9460	0,9500
	10 000–49 999	0,9952	1,2078	1,3400	1,1991	1,1305
	50 000–149 999	0,9335	1,1040	1,4772	0,9851	1,2909
Északkeleti régió	0–999	1,0470	1,0210	0,8871	0,9545	0,6980
	1 000–4 999	1,3496	1,2324	1,6075	1,0958	1,4562
	5 000–9 999	1,1790	1,1123	1,0527	0,8322	1,1307
	10 000–49 999	1,0367	0,9096	1,0530	0,7654	0,9138
	50 000–149 999	0,8783	0,9665	1,0488	0,8348	0,9672
	150 000+	0,8938	1,0105	1,1119	0,8109	0,9386
Délkeleti régió	0–999	0,6237	0,9111	1,0228	0,8961	0,8863
	1 000–4 999	1,0616	0,9173	1,1946	0,7762	0,9057
	5 000–9 999	0,8059	1,0207	1,0818	0,8523	0,8257
	10 000–49 999	0,9831	0,9148	1,1143	0,7532	0,9312
	50 000–149 999	1,5050	1,9862	1,0729	1,0794	1,1218
	150 000+	2,7419	1,2560	1,0696	1,0238	1,2617

A súlyok megoszlásának vizsgálata alapján láthatjuk (9. táblázat), hogy az alkalmazott súlyok normál eloszlásúak, és csak kis mértékben térnek el egymástól (a legnagyobb súly 3,75-szöröse a legkisebbnek). Mindez azt jelzi, hogy a minta reprezentativitása kevésbé sérült, s a minta súlyozása nem jelentett durva „mesterséges beavatkozást” az adatbázisban.

9. táblázat. Az alkalmazott súlyok eloszlásának statisztikai mutatói

Átlag	1,000	Ferdeség	0,639
Szórás	0,228	Ferdeség standard hibája	0,047
Legkisebb súly	0,6237	Csúcsosság	2,397
Legnagyobb súly	2,7419	Csúcsosság standard hibája	0,094

A fentiekben leírt eljárással súlyozott, a rétegzési kategóriák mentén arányossá tett minta nemi eloszlása is leképezi a populációs arányokat (10. táblázat).

10. táblázat. A magyarországi lakónépesség és a súlyozott minta nemek szerinti eloszlása

	Sokasági eloszlás*		Súlyozott minta eloszlása	
	fő	%	fő	%
Férfi	4 784 579	47,5	1334	49,2
Nő	5 292 002	52,5	1376	50,8
Összesen	10 076 581		2710	

*2006. január 1-jei állapot

A mérőeszköz megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos eredmények

A kérdőív a vizsgált szerekre vonatkozóan tartalmazott életprevalenciára, majd később az első fogyasztásra vonatkozó kérdéseket. A két kérdésre adott válaszok közötti megfelelés alapján kiszámítottuk a konzisztens fogyasztók, illetve nem fogyasztók, valamint az inkonzisztens választ adók arányát (11. táblázat). Konzisztens nem fogyasztónak tekintettük azokat a válaszolókat, akik mindkét kérdésnél egyértelműen azt jelölték, hogy soha nem fogyasztották az adott szert, konzisztens fogyasztónak pedig azokat, akit az életprevalencia kérdésnél fogyasztást jelöltek, és vagy megadták az első használat évét, vagy „nem tudom” választ jelöltek. Az inkonzisztens válaszolók közé azokat a válaszolókat soroltuk, akik az egyik kérdésnél egyértelműen fogyasztásra, a másik kérdésnél pedig egyértelműen nem fogyasztásra vonatkozó választ adtak.

A konzisztens válaszok aránya a legálisan hozzáférhető szerek többsé-

ge – alkohol, cigaretta, illetve a nyugtatók/altatók orvosi rendelvény nélküli használata, valamint alkohol-gyógyszer együttfogyasztás – esetében jóval alacsonyabb a csak biztosan droghasználati céllal fogyasztható szerek, azaz tiltott drogok vagy inhalánsok vonatkozásában kapott értéknél. Míg a legális szereknél 95% körüli a konzisztens fogyasztók és nem-fogyasztók együttes aránya, addig a tiltott drogok esetében az inkonzisztens válaszok aránya 0,5% alatt marad. Ezek az összességében alacsony inkonzisztencia arányok a fogyasztók számához viszonyítva ugyan néhány szer esetében (ilyenek a rendszeres dohányzás, LSD, mágikus gomba, egyéb opiát, illetve inhaláns használat) magasak, azonban a magas értékek rendre 10 fő alatti esetszámokat jelentenek, így ezek az ellentmondások – az alacsony szerenkénti prevalencia-értékek következtében – az összesített

11. táblázat. Az életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó kérdésekre adott konzisztens, illetve inkonzisztens válaszok aránya (súlyozatlan adatok, %)

Szerek	Konzisztens válaszok aránya (a) ¹	Konzisztens fogyasztók aránya (b)	Inkonzisztens válaszok aránya (c)	Inkonzisztens válaszok a konzisztens fogyasztók arányában (c/b)
Alkoholfogyasztás	94,5	83,5	5,5	6,6
Berűgás	96,2	55,6	3,8	6,8
Rendszeres dohányzás	93,2	41,9	6,8	16,2
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélkül	94,7	1,5	5,3	353,3
Alkohol-gyógyszer együtt	94,0	1,3	6,0	461,5
Marihuána	99,6	9,5	0,4	4,2
Ecstasy	99,8	2,6	0,2	7,7
Amfetamin	99,9	1,9	0,1	5,3
Kokain	100,0	0,9	0,0	0,0
Heroin	100,0	0,3	0,0	0,0
Egyéb opiát	99,8	0,2	0,2	100,0
LSD	99,8	0,9	0,2	22,2
Mágikus gomba	99,8	0,5	0,2	40,0
Crack	100,0	0,1	0,0	0,0
GHB	100,0	0,2	0,0	0,0
Inhalánsok	99,7	0,3	0,3	100,0

¹ A konzisztens fogyasztók és a konzisztens nem-fogyasztók együttes aránya az összes válaszoló százalékában.

szerhasználati mutatókba elenyésző torzítottságot visznek. A jelentősebb prevalencia-értéket mutató tiltott szerek (marihuána, ecstasy és amfetamin) esetében a fogyasztókhöz viszonyított inkonzisztencia arány – az alkoholfogyasztás, illetve a berúgás vonatkozásában kapott értékekhez hasonlóan – viszonylag alacsony, a konzisztens fogyasztókhöz képest 4–7% körüli. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztásra (nyugtató/altató használata orvosi rendelvény nélkül, illetve alkohol-gyógyszer együttfogyasztás) vonatkozó kérdések esetében azonban kiemelkedően magas, a konzisztens fogyasztók többszörösére terjedő inkonzisztens válaszokat kaptunk; ezek az adatok tehát fenntartással kezelendők.

A különböző idejű prevalencia-adatok esetében azt tekintettük inkonzisztens válasznak, ha a különböző időszakokra vonatkozó absztinenciák tekintetében inkonzisztencia mutatkozott, továbbá, ha a havi fogyasztás gyakorisága meghaladta az egész életre vonatkozóan jelzett fogyasztási alkalmak számát.

A tiltott szerek élet-, éves és havi prevalencia-adataiban nem, illetve csak 2–3 válaszoló esetében mutatkozott inkonzisztencia. Hasonlóképpen alig voltak egymásnak ellentmondó válaszok az inhalánsok, illetve az altató/nyugtató visszaélészerű használat különböző idejű prevalenciáira vonatkozó kérdéseire adott válaszokban. Jelentősebb mértékű inkonzisztencia az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések esetében mutatkozott (12. táblázat).

12. táblázat. A különböző idejű prevalencia-értékekben jelentkező inkonzisztens válaszok aránya (%)

Szerek	Inkonzisztens válaszok aránya a válaszolók %-ában
Alkoholfogyasztás	1,7
Berúgás	0,8
Altató orvosi rendelvény nélkül	0,3
Nyugtató orvosi rendelvény nélkül	0,3
Marihuána	0,5
Ecstasy	0,1
Amfetamin	0,2
Kokain; Heroin; Egyéb opiát; LSD; Mágikus gomba; Crack; GHB; Herbál drogok; Rush; Angyalpor; I-por; Patron/lufi; Inhalánsok	0,1

A megbízhatóság fentiekben vizsgált mutatói mind a korábbi hazai kutatások (Paksi 2003) módszertani paramétereivel, mind a – megbízhatóság

általunk használt mutatóival megegyező paraméterek alkalmazó, és nemzetközi viszonylatban is kiemelkedő módszertani háttérrel jellemezhető – ESPAD kutatások (Hibell és mtsai 1997, 2000, 2004, 2009) eredményeivel összehasonlítva megfelelőnek, bizonyos esetekben (pl. alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések) kifejezetten kedvezőnek mondhatók. A főbb demográfiai háttérváltozók (kor, nem, illetve lakóhely) mentén vizsgálva a szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos adatokban jelentkező inkonzisztenciák arányát, azt mondhatjuk, hogy ezekben a módszertani paraméterekben nem találtunk szignifikáns mintázatot sem életkori, sem nemi, sem urbanizációs jellemzők mentén. Mindez azt mutatja, hogy az adatok időbeli és nemzetközi kontextusban megbízhatóan értelmezhetők, illetve, hogy a vizsgált magatartásokban a különböző háttérváltozók mentén az elemzések során megmutatkozó kockázati és megóvó faktorok nagy valószínűséggel nem módszertani hiba következtében előálló összefüggések.

A szerhasználattal kapcsolatos válaszok érvényessége

A hiányzó és érvénytelen válaszok aránya a droggal kapcsolatos kérdésekben igen stabil arányt mutat, jellemzően a kérdésblokk elutasítását fejezi ki, és a rövidebb idejű fogyasztások tekintetében valamelyest magasabb. Rövidebb idejű (éves és havi) prevalencia-értékek esetében 9% körüli, az életprevalenciák esetében pedig 5–6% közötti válaszhiány arányokkal találkozunk.

Az alkoholfogyasztásnál jóval kisebb mértékű válaszhiány, és fordított tendencia figyelhető meg. Itt a havi prevalencia esetében mindössze 2,1% a hiányzó válaszok aránya. A fordított eloszlás feltehetően összefüggésben áll a kérdések fordított sorrendjével, ugyanis míg a tiltott szerek esetében az életprevalenciára vonatkozó kérdést követi az éves, majd a havi fogyasztást mérő kérdés, addig az alkohollal kapcsolatos kérdéseknél a rövidebb idejű fogyasztástól az élettartam alatti használat felé haladt a kérdésstruktúra (13. táblázat).

A semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez képest a szerhasználó magatartások esetében kapott válaszhiány arányok relatíve magasnak tekinthetők (pl. az életkor esetében 0,7%, az iskolai végzettség esetében 0,2%, a szabadidő eltöltéssel kapcsolatos kérdéseknél 0,1–0,4%), s csak a háttérváltozók között kényesebbnek tekinthető jövedelemmel kapcsolatos kérdésnél éri el a tiltott szerekre jellemző 8–9%-ot a válaszhiányok aránya.

A csoportos önkitöltős kérdezési technikával felvett ESPAD kutatásokhoz képest a jelenlegi kutatás során a szerhasználattal kapcsolatos kérdé-

sek esetében a válaszhiányok aránya valamelyest magasabb (Hibell és mtsai 1997, 2000, 2004, 2009), azonban a korábbi lakossági drogepidemiológiai vizsgálatokhoz képest (Paksi 2003) e tekintetben kedvező elmozdulást tapasztaltunk.

A főbb szociodemográfiai változók (kor, nem, urbanizációs szint) mentén a részvételi hajlandósággal, azaz az összes kérdés visszautasításával ellentétes irányú, mintegy azt kiegyenlítő tendenciát tapasztalunk a szerhasználattal kapcsolatos kérdések elutasításában. Így, míg a kérdezés elutasítása és általában is a mintakiesés Budapesten volt magasabb, addig a droggal kapcsolatos kérdések esetében a fővárosban alacsonyabb a válaszhiány aránya. Hasonlóképp, bár a fiatal felnőtt népesség elérési hatékonysága rosszabb volt, a szerhasználattal kapcsolatos kérdések esetében ugyanakkor esetükben alacsonyabb a válaszmegtagadások aránya.

13. táblázat. A válaszhiány alakulása a prevalencia-kérdésekben (súlyozatlan adatok, %)

Szerek	Életprevalencia	Éves- és havi prevalencia
Alkoholfogyasztás	3,8	3,2/2,1
Berűgás	5,8	10,3/10,6
Altató orvosi rendelvény nélkül	5,4*	4,8**
Nyugtató orvosi rendelvény nélkül	5,1*	4,6**
Alkohol-gyógyszer együtt***	5,1	5,1
Marihuána	5,1	8,6
Ecstasy	5,4	8,8
Amfetamin	5,5	8,9
Kokain	5,7	8,9
Egyéb opiát	5,8	8,9
Heroin; LSD; Mágikus gomba; Crack; GHB; Herbál drogok; Rush; Angyalpor; I-por; Patron/lufi; Inhalánsok	5,9	8,9

* élet illetve éves prevalencia; **havi prevalencia; ***a különböző időszakokra vonatkozó prevalenciaértékeket egy kérdésben kérdeztük meg

A droghasználattal kapcsolatos kérdések esetében a prevalencia-értékek felülbecslési kockázatának bejósolására kérdőívben szerepeltettünk egy nem létező drogot, az ún. dummy-drogot. A dummy-drog esetében az életprevalencia kérdésnél mindössze 6 fő jelzett fogyasztást, a rövidebb idejű prevalenciáknál pedig 2–3 esetben fordult elő fogyasztásbevallás, ami azt jelzi, hogy felülbecsléssel gyakorlatilag nem kell számolnunk az adatokban.

Az alkalmazott skálák belső konzisztenciája

Egy skála megbízhatóságát leggyakrabban a skálát alkotó tételek együtt járásának mértékéből becsüljük. Az ún. felezéssel eljárás (split-half) segítségével a két részre osztott teszt első felén elért pontszámot korreláltatjuk

14. táblázat. Az OLAAP felmérésben használt skálák reliabilitás mutatói

Skálák	Valid esetek száma	Tételek száma	Cronbach-alfa
Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT)	1928 (71,1%)	10	0,83
Fagerström Nikotinfüggőség Kérdőív (FTND)	670 (24,7%)	6	0,61
Kóros játékszenvedély (SOGS)	709 (26,2%)	20	0,81
Evési zavar (SCOFF)	2669 (98,5%)	4*	0,34
Problémás internet használat (PIUQ)	942 (34,8%)	18	0,91
Testedzés addikció (EAI-HU)	465 (17,2%)	6	0,72
Testedzés addikció (EDS-HU)	458 (16,9%)	21	0,92
Kényszeres vásárlás (QABB)	196 (7,23%)	19	0,85
Munkafüggőség (WART)	1307 (48,2%)	25	0,89
Temperamentum és Karakter Kérdőív	2444 (90,2%)		
Újdonságkeresés		8	0,64
Ártalomkerülés		6	0,61
Jutalomfüggés		8	0,50
Kitartás		5	0,75
Önirányítottság		12	0,63
Együttműködés		8	0,74
Transzcendencia-élmény		9	0,82
Derogatis-féle Tünetlista	2524 (93,1%)		
Szomatizáció		12	0,91
Kényszeresség		10	0,87
Interperszonális érzékenység		9	0,85
Depresszió		13	0,90
Szorongás		10	0,88
Ellenségesség		6	0,81
Fóbia		7	0,85
Paranoia		6	0,79
Pszichotizmus		10	0,85
Barratt Impulzivitás Skála	2457 (90,7%)		
Figyelmi Impulzivitás		8	0,66
Motoros Impulzivitás		11	0,69
Tervezés hiánya		11	0,68

* Nyomatási hiba miatt a skála öt tételéből csak négy került bele a kérdőívbe

a második felére adott pontszámokkal. A számítógépek elterjedésével ennek a becslésnek az általánosítását, az összes lehetséges tesztfelelés átlag-korrelációit használjuk leggyakrabban. A kapott konzisztencia mutatót *Cronbach-alfának* nevezzük, melynek 0,60 és 0,95 közötti értéke a skála megbízhatóságát jelzi.

A felmérésben használt skálák reliabilitás mutatóit szemléltető 14. táblázatból láthatjuk, hogy a skálák túlnyomó része kiváló belső konzisztenciával rendelkezik. Az elvárható 0,6-es értéknél alacsonyabb alfa értéket egyedül TCI kérdőív jutalomfüggőség alskálája (0,50) esetében, illetve a SCOFF skála esetében (0,34) kaptunk.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az epidemiológiai vizsgálatok értékét a vizsgálati adatok megbízhatósága, azok általánosíthatósága adja. A módszertan szempontjából kiemelt jelentőségű a mintakiválasztás módja (reprezentativitás) és az adatfelvétel pontossága. Tanulmányunkban a magyar népesség addiktológiai problémáinak feltérképezésére irányuló országos reprezentatív felmérés (OLAAP 2007) általános módszertani hátterét és főbb metodológiai eredményeit ismertettük.

A bemutatott elemzések alapján megállapíthatjuk, hogy a vizsgálati mintánk – a korcsoportos és területi eloszlásokat mérlegelve – reprezentatívnek tekinthető, a kutatásunk eredményei a magyar lakosság egészére kiterjeszthetők.

Az adatok megbízhatóságának, a mintavételen kívüli hibák nagyságának becslését adatbázison belüli eszközökkel elvégezve összességében azt tapasztaltuk, hogy az alkalmazott mérőeszköz és adatfelvételi technika a vizsgált magatartások elterjedtségének és rizikófaktorainak megbízható, érvényes becslését teszi lehetővé.

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.
- Barratt, E. S. (1959): Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9: 191–198.
- Cloninger, C. R. (1987): A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44: 573–588.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. (1993): A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50: 975–990.

- Costes, J. M. (2007): *Cannabis, données essentielles*. Saint-Denis, OFDT.
- Demetrovics Zs. (2008): Szerencsejáték és kóros játékszenvedély Magyarországon. *Psychiatria Hungarica*, 23: 336–348.
- Demetrovics Zs., Kun B. (2007): Viselkedési addikciók. In Demetrovics Zs. (szerk.), *Az addiktológia alapjai I*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 133–225.
- Demetrovics Zs., Kurimay T. (2008): Testedzészfüggőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatria Hungarica*, 23: 129–141.
- 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.
- Derogatis, L. R. (1977): *SCL-90-R, Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version*. John Hopkins University, School of Medicine, Baltimore.
- Derogatis, L. R., Cleary, P. A. (1977): Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90-R: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 33: 981–989.
- Elekes Zs. (2004): *Alkohol és társadalom*. Országos Addiktológiai Intézet, Budapest, 1–215.
- Elekes Zs., Paksi B. (2003): *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, NKFP.
- EMCDDA (1999): *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), EMCDDA, Lisbon, Portugal.
- EMCDDA (2002): *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, EMCDDA, Lisbon, Portugal.
- Fagerström, K. O., Schneider, N. G. (1989): Measuring nicotine dependence. A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12: 159–182.
- Gerevich J., Bácskai E., Rózsa S. (2006): A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21: 45–56.
- Hausenblas, H. A., Symons Downs, D. (2002): How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology and Health*, 17: 387–404.
- 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*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., Morgan, M. (2000): *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004): *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2009): *The ESPAD Report 2007. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hollander, E. (1993): Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, 23: 255–358.

- John, U., Meyer, C., Schumann, A., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Adam, C., Alte, D., Lüdemann, J. (2004): A short form of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples. *Addictive Behaviors*, 29: 1207–1212.
- Kopp M., Kovács M. E. (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- 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.
- Lejoyeux, M., Adès, J., Tassain, V., Solomon, J. (1996): Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. *American Journal of Psychiatry*, 153: 1524–1529.
- Lejoyeux, M., Tassain, V., Solomon, J., Adès, J. (1997): Study of compulsive buying in depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58: 169–173.
- Lesieur, H. R., Blume, S. B. (1987): The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144: 1184–1188.
- 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.
- Paksi B. (2003): *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. L'Harmattan, Budapest.
- Paksi B. (2007a): A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In Demetrovics Zs. (szerk), *Az addiktológia alapjai I*. Eötvös Kiadó, Budapest, 256–294.
- Paksi B. (2007b): A magyar társadalom drogérzékenysége. In Demetrovics Zs. (szerk), *Az addiktológia alapjai I*. Eötvös Kiadó, Budapest, 256–294.
- Paksi B. (2007c): A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata. In Demetrovics Zs. (szerk), *Az addiktológia alapjai I*. Eötvös Kiadó, Budapest, 379–413.
- Patton, J. M., Stanford, M. S., Barratt, E. S. (1995): Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51: 768–774.
- Robinson, B. E. (1989): *Work addiction*. Health Communications, Deerfield Beach.
- Robinson, B. E. (1996): Concurrent validity of the Work Addiction Risk Test as a measure of workaholism. *Psychological Reports*, 79: 1313–1314.
- Robinson, B. E., Post, P., Khakee, J. F. (1992): Test-retest reliability of the Work Addiction Risk Test. *Perceptual and Motor Skills*, 74: 926.
- Rózsa S., Kállai J., Osváth A., Bánki M. Cs. (2005): *Temperamentum és Karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív felhasználói kézikönyve*. Medicina, Budapest.
- 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.
- Symons Downs, D. S., Hausenblas, H. A., Nigg, C. R. (2004): Factorial Validity and Psychometric Examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8: 183–201.
- Terry, A., Szabo, A., Griffiths, M. (2004): The Exercise Addiction Inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, 12: 489–499.
- Unoka Zs., Rózsa S., Kó N., Kállai J., Fábián A., Simon L. (2004): A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, 19: 235–243.
- WHO (2000): *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Disease and mental Health Cluster.

Wilsnack, S., Bloomfield, K., Monteiro, M., Room, R. (1999): *Gender, Culture, and Alcohol: A Multi-National Study*. Grant Application. University of North Dakota.

Köszönetnyilvánítás. A kutatás a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont megbízásából és finanszírozásával készült. A tanulmány elkészítését emellett a Magyar Tudományos Akadémia Demetrovics Zsolt részére nyújtott Bolyai János Kutatási Ösztöndíja is segítette.

PAKSI, BORBÁLA – RÓZSA, SÁNDOR – KUN, BERNADETTE –
ARNOLD, PETRA – DEMETROVICS, ZSOLT

ADDICTIVE BEHAVIORS IN HUNGARY: THE METHODOLOGY AND SAMPLE DESCRIPTION OF THE NATIONAL SURVEY ON ADDICTION PROBLEMS IN HUNGARY (NSAPH)

Our study reports general methodological considerations and main methodological results of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH 2007). The introduction briefly defines the objectives of the study, and then the steps of implementation of the survey, the strategy used for sample selection and applied measures are described. Beside smoking, alcohol consumption and illegal substance use the following behavioral addictions were assessed: pathological gambling (SOGS), eating disorders (SCOFF), problem internet use (PIUQ), exercise addiction (EAI, EDS), compulsive buying (QABB), and work addiction (WART). Psychological scales applied were the SCL-90, Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI), and the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Among methodological results of the survey, results concerning subject participation rates, reliability and validity of the measures are reported. Based on these data we can conclude that our sample is representative of age and territorial distribution, indices concerning reliability and validity of the measures are satisfactory and all applied scales have outstanding psychometric qualities. On these grounds, present study provides an opportunity to generalize results of the survey to the entire population of Hungary and to interpret them in a wider chronological and international context.

Keywords: addictive behaviors, behavioral addictions, national representative survey, general population survey, Hungarian results, methodology