

SZAKMAI ZÁRÓJELENTÉS

A „Kísérlet a társadalmi kontroll "Janus arcúságának" megismerésére - a droghasználat társadalmi konstrukciójának példáján” című kutatás eredményeinek részletes bemutatása

Pályázati azonosító: K109375

A kutatás célja

A kutatás célkitűzései az alábbi fő témakörök köré rendezhetők:

- (1) A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonyulások különböző dimenzióinak, látens faktorainak megismerése
- (2) A drogokkal kapcsolatos attitűdállapotok társalmi kirekesztésre utaló elemei és a különböző drogepidemiológiai mutatók közötti kapcsolat vizsgálata.
- (3) A drogfogyasztás elterjedtségének becslése
 - a. a drogfogyasztás aktuális elterjedtségének, mintázódásának vizsgálata,
 - b. az általános populációs trendek nyomon követése

A zárójelentésben a fenti célkitűzések mentén kapott eredmények mellett a vizsgálat általános módszertani háttérét és főbb metodológiai eredményeit is röviden bemutatjuk.

A kutatás módszertani háttere és főbb metodológiai eredményei (részletesen lásd: Paksi és mtsai, 2017)

A kutatás három egységből épült fel. A törzsblokkját az alábbiakban részletesen bemutatott kvantitatív vizsgálat képezte. Az alkalmazott battéria attitűdkérdéseinek kidolgozására azonban az adatfelvételt megelőző konceptualizálási és operacionalizálási folyamatba egy szakértők körében zajló Delphi-vizsgálatot illesztettünk be, a kvantitatív kutatás első eredményeinek megszületését követően pedig az attitűdökkel kapcsolatos kutatási eredmények értelmezését lakossági fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálat¹ próbáltuk árnyalni.

A kutatás módszertani háttere

Az adatfelvételi battéria kialakítása során korszerű, az eredmények nemzetközi kontextusban való értelmezhetőségét biztosító, a nemzetközi tudományos térben megjelenő kutatások/ajánlások által támogatott mérőeszközök kerültek alkalmazásra. A felhasznált skálák és kérdéscsoportok kiválasztása során ezen túlmenően ügyeltünk arra, hogy eredményeink a korábbi hasonló témájú epidemiológiai felmérésekkel² is összehasonlíthatóak legyenek. A kutatás – a 2007-es OLAAP kutatáshoz hasonlóan – az addiktológiai problémák spektrum-szemléletét érvényesítve (Demetrovics és Kun, 2007; Hollander, 1993; Paksi és mtsai, 2009) a különböző viselkedési addikciók elterjedtségének vizsgálatára is kiterjedt. A kidolgozott közel 600 kérdésből álló adatfelvételi battéria öt területre kiterjedően az alábbi ajánlások, illetve mérőeszközök felhasználásával készült:

1. Szerhasználó magatartások (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) elterjedtsége:

A kérdések összeállítása során a kutatás kiindulópontjának és módszertani megalapozásának a – korábbi magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatokkal (Elekes,

¹ A fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálat célcsoportját a budapesti lakhellyel rendelkező és különböző kerületekben élő 18-34 év közötti vegyes képzettségi és munkavállalói háttérrel (maximum középiskolai, illetve magasabb iskolai végzettség; szellemi, illetve fizikai munkavégzés) rendelkező fiatal felnőttek képezték. Az adatgyűjtés három alkalommal történt, a képzettségi háttér és az életkor szempontjából homogén fókuszcsoporthoz tartozókban. A fókuszcsoporthoz tartozókban összesen 29 fő vett részt.

² ADE 2001: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2001 (Paksi, 2003)

ADE 2003: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2003 (Elekes és Paksi, 2004)

OLAAP 2007: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (Paksi és mtsai, 2009)

2004; Elekes & Paksi, 2004;) harmonizáló – 2007-ben készült OLAAP vizsgálatot (Paksi és mtsai, 2009) vettük alapul, ami a tiltott droghasználat vonatkozásában elsősorban az EMCDDA modellkérdőívének (EMQ) (EMCDDA, 1999, 2002) ajánlásait képezte le, az alkoholfogyasztás tekintetében pedig az EMQ standardok mellett főként a WHO (2000) ajánlott kérdéssorainak felhasználásával került kialakításra. Az OLAAP 2015 kutatásban az alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések aktualizálása elsősorban a SMART (2011) projekt kérdőívének felhasználásával történt. A tiltott droghasználat tekintetében pedig főként a kétezres években Európában készül drogepidemiológiai vizsgálatok meta analízisének (Decorte és mtsai 2009) eredményeit, továbbá az EMCDDA – részben az említett meta analízis tapasztalataival harmonizáló – indikátor igényének változásait (észlelt hozzáférhetőség, ill. fogyasztásnak való kitettség), illetve az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használatának nyomon követésére az általános populációs vizsgálatok vonatkozásában megfogalmazott EMCDDA ajánlásokat (EMCDDA, 2015) vettük figyelembe.

2. Viselkedési addikciók:

- Problémás szerencsejáték használat: PGSI – Problem Gambling Severity Index; DSM-V (American Psychiatric Association, 2013)
- Evési zavar: SCOFF (Morgan, Reid és Lacey, 1999)
- Problémás internet használat: PIUQ – Problémás Internet Használat Kérdőív (Problematic Internet Use Questionnaire; Demetrovics, Szeredi és Nyikos, 2004; Demetrovics, Szeredi és Rózsa, 2008; magyarul: Koronczi, Urbán, Kökönyei, Paksi, Papp, Kun és mtsai, 2011; Nyikos, Szeredi és Demetrovics, 2001)
- Problémás online játék használat: POGQ – Problémás Online Játékhasználat Kérdőív (Problematic Online Gaming Questionnaire; Pápay, Urbán, Nagygyörgy, Griffiths, Ágoston, Farkas és mtsai, 2013)
- Problémás online közösségi oldal használat: FAS – Facebook Addikciós Skála (Facebook Addiction Scale; Andreassen, Torsheim, Brunborg és Pallesen, 2012)
- Problémás testedzés: EAI-HU – Testedzés Addikció Kérdőív (Exercise Addiction Inventory; Terry, Szabo & Griffiths, 2004; magyarul: Demetrovics & Kurimay, 2008)
- Munkafüggőség: BWAS – Bergen-féle Munkafüggőség Skála (Bergen Work Addiction Scale; Andreassen, Griffiths, Hetland és Pallesen, 2012)
- Kényszeres vásárlás: CBS – Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (Compulsive Buying Scale; Ridgway, Kukar-Kinney & Monroe, 2008)

3. A pszichoaktív szerhasználattal/szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások:

A kérdésblokk kérdéseinek összeállítása során egyrészt a hazai és nemzetközi összehasonlíthatóságot tartottuk szem előtt. Ennek megfelelően a feltett „standard” kérdések a korábbi magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatok (Elekes, 2004; Elekes és Paksi, 2004; Paksi, 2003; Paksi és mtsai, 2009) és/vagy az EMCDDA modellkérdőívének (EMQ) (EMCDDA, 2002) attitűdkérdéseivel harmonizálnak. A hazai és nemzetközi kompatibilitások fegyelembé vétele mellett az attitűdkérdések konceptualizálási és operacionalizálási folyamatába egy kvalitatív kutatási fázist is építettünk. Az adatfelvételi battéria attitűdkérdéseinek kialakítása céljából különböző társadalmi csoportok kutatása és/vagy ellátása, illetve az attitűdvizsgálatok tekintetében jártas szakértők körében két fázisban Delphi adatfelvételt végeztünk. A megkeresett szakértők száma 31 fő volt. Az első fázis általában a stigmatizáció és a sztereotípa modellek szakirodalmának (Fiske, 2006; Livingston, Milne, Fang, & Amari, 2012; Room, 2007; Schomerus, Lucht, Holzinger, Matschinger, Carta, Angermeyer, 2011; Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel, & Garretsen, 2013), valamint a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonyulásokkal kapcsolatos korábbi kvalitatív kutatási eredményeknek (Busa, Füzesi, Kesztyűs, Személyácz és Tistyán, 2009; Csizmár & Csukonyi, 2003; Demetrovics & Gyalog, 2005; Room, 2007; Elekes, Paksi és Lendvai, 2005) az áttekintése alapján összeállított 56 tulajdonságpár relevanciájával és teoretikus alkalmazhatóságával kapcsolatos szakértői vélekedések

vizsgálatára, valamint a további tulajdonságpárokra vonatkozó javaslatok összegyűjtésére irányult. A második fázis pedig egy – az első fázis eredményei alapján letisztult – tulajdonságlista gyakorlati alkalmazhatóságát vizsgálta 13 társadalmi csoport vonatkozásában. A két fázis eredményeként állt össze az a 12 tulajdonságpárt tartalmazó mérőeszköz amit végül a kvantitatív vizsgálat során 7 társadalmi csoportra (kábitószeresek; börtönviseltek; iszákosok; cigány származásúak; LMBT+ (leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű, stb.) emberek; marihuána használók; pszichiátriai kezelés alatt állók) vonatkozóan vizsgáltunk

4. Szociodemográfiai háttérváltozók

A szocio-demográfiai kérdések összeállítása során szintén az OLAAP 2007 kérdőívből indultunk ki. Az átdolgozás során a korábbi tapasztalatok mellett főként az „Életünk fordulópontjai” című kutatás 4. hullámában használt adtafelvételi battériára³, valamint az „Európai Társadalmak Összehasonlító Vizsgálata” (ESS) 6. hullámának magyarországi kérdőívére⁴ támaszkodtunk.

5. Pszichológiai háttérváltozók

- Pszichiátriai tünetek: BSI – Rövid Tünetlista (Brief Symptom Inventory; Derogatis és Melisaratos, 1983; magyarul: Unoka, Rózsa, Kő, Kállai, Fábián, Simon, 2004)
- Impulzivitás: BIS-11 – Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale) (Barratt, 1959; Patton, Stanford és Barratt, 1995; Varga, Kapitány-Fövény, Urbán, Paksi, Kun, Székely, Demetrovics, előkészületben)

Az adatfelvétel 2015 tavaszán történt. A kutatás során az alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos survey vizsgálatokra vonatkozó nemzetközi ajánlásokkal (WHO, 2000; EMCDDA, 2002; Decorte és mtsai, 2009) harmonizálva, a korábbi hazai kutatások adatfelvételi protokolljával (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2004; Paksi és mtsai 2009) megegyező módon személyes megkereséssel zajló, kevert – azaz a face-to-face kérdezési módszert önkitöltős elemekkel kombináló – kérdezési technikát alkalmaztunk. A szocio-demográfiai háttérváltozókra vonatkozó kérdések, néhány attitűd kérdés (társadalmi távolság skála, pszichoaktív szerhasználat társadalmi kezelésével kapcsolatos attitűdök) valamint a vizsgált viselkedési addikciók szűrőkérdéseinek („A” kérdőív) felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face-to-face” módszerrel történt, a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos („B” kérdőív), valamint a viselkedési addikciók és személyiségdimenziók mérésére alkalmazott tesztbattéria, illetve a különböző társadalmi csoportok jellemzésére szolgáló skálák (skálalapok) felvétele pedig önkitöltős módszerrel. Az adatgyűjtés során nagy hangsúlyt fektettünk a társadalmi elitelés alá eső magatartások vizsgálata során különösen problematikus (WHO, 2000; EMCDDA 2002; Decorte és mtsai, 2009) válaszolási hajlandóság növelésére, a kutatói kontroll alatt tartható faktorok (mint a kapcsolatfelvétel módja, a kérdezők, a megkérdezettek korcsoport szerinti illesztése a nem válaszolók ismételt felkeresése, a kérdezőbiztosok felkészítése) kézben tartására, az adatfelvételi folyamat monitorozására (Ineke, 2004, Pillok, 2010).

A kvantitatív kutatás célpopulációját az Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala 2014. január 1-i nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező 18-34 év közötti lakónépesség (2.170.946 fő) képezte. A minta kiválasztása Budapesten egy, vidéken pedig két lépcsőben zajlott. A vidéki alminta kiválasztásának első lépcsőjében regionális elhelyezkedés (5 TÁRKI régió) és településméret (6 méretekategória) szerint rétegzett, véletlen mintavételi eljárással választottuk ki a mintába kerülő településeket (120 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 (2 életkori kategória) szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárással választottuk ki a megkérdezendő személyeket. A fővárosi alminta esetében egylépcsős, korcsoportok és kerületek szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárást alkalmaztunk. A

³<http://www.demografia.hu/index.php/kutatasok/eletuenk-fordulopontjai/eletuenk-fordulopontjai-adatgyitesi-program>

⁴ http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/fieldwork/hungary/ESS6_questionnaires_HU.pdf.

mintaeléréssel kapcsolatos korábbi tapasztalatok alapján várható 85%-os részvételi arány alapján a tervezett nettó 1500 fős minta eléréséhez 1750 fős bruttó mintát választottunk. A mintavesztés pótlására a főmintával azonos elvek szerint választott, a főmintához képest kétszeres elemszámú, rétegzési kritériumok, illetve nemek szerint illesztett pótmintát alkalmaztunk.

A megvalósult nettó minta nagysága 1534 fő. Ez az elért mintanagyság 95%-os megbízhatósági szinten a standard hibát 2,55%-ban maximálja. Az adatfelvétel során keletkező kisebb mintatorzulások ellensúlyozására rétegekategóriánkénti mátrix súlyozást alkalmaztunk. A súlyok eloszlásának statisztikai mutatói (Skewness, Kurtosis) alapján a minta súlyozása nem jelentett durva „mesterséges beavatkozást” az adatbázisba, a minta reprezentativitása kevéssé sérült. (Itt jegyezzük meg, hogy az EMMI kiegészítő támogatása révén lehetőségünk nyílt a jelen kutatás mintáját kiegészítenünk a 35-64 éves népesség egy kisebb mintájával. Az ily módon létrejött 18-64 éves népességet reprezentáló minta nagysága 1493 fő.)

A kutatás módszertani eredményei – a mérőeszközök megbízhatósága és érvényessége

A prevalencia becslésekre törekvő önbevallásos vizsgálatok során az egyik alapvető kérdés, hogy mennyire tekinthetők valósak az önbevalláson alapuló válaszok. Mivel az adatfelvételek minőségét számos külső, a kutatók által nem, vagy csak indirekt módon alakítható tényező (Johnson et al, 2002; Ineke, 2004; Pillok, 2010) befolyásolja, s a kutatási tapasztalatok szerint a különböző addiktológiai problémák elterjedtségének mérése során érvényesülő ún. mode-effekt országonként/kultúránként vagy időben változó lehet (EMCDDA, 2000), különösen fontos ezekben a vizsgálatokban az adatok minőségének kontrollálásra alkalmas módszertani paraméterek folyamatos regisztrálása és elemzése.

Az első fogyasztásra 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 értékek ennél valamelyest alacsonyabbak, a dohányzással kapcsolatos adatok pedig 15% feletti arányban tartalmaznak ellentmondásos válaszokat. A válaszolók körében értelmezve – a dohányzás kivételével – alacsonynak mondható inkonzisztencia arányok a konzisztens fogyasztók számához viszonyítva már jóval magasabban, néhány szer esetében az inkonzisztens válaszok aránya megközelíti, illetve meghaladja a konzisztens fogyasztásbevallások arányát (lásd 1. táblázat). A konzisztens fogyasztóknak az életprevalencia értékhez (LTP) viszonyított aránya⁵ azonban azt jelzi, hogy magasabb életprevalencia-értékkel rendelkező szerek esetében a prevalencia értékek nagyobb részben konzisztens adatokat tartalmaznak (marihuána esetén a 98%-ban), s azok a szerek, melyeknél a szerenkénti életprevalencia-értékekben az inkonzisztens válaszok jelentős arányban vannak, alacsonyabb elterjedtségűek, következésképp a tiltott szerek összesített életprevalencia értékébe az inkonzisztenciák viszonylag kis torzítottságot visznek. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztásra, valamint a heroin, és az inhaláns használatra vonatkozó adatok fenntartással kezelendők.

A szerhasználati adatok megbízhatóságának másik mutatójaként a különböző idejű prevalencia kérdésekre adott válaszok közötti koherenciát⁶ vizsgálva a fentiekhez hasonló megállapításokat tehetünk.

⁵ Az EMCDDA (2002) standardok alapján a prevalencia adatok számítása során alkalmazott konzisztencia korrekciós eljárásnak megfelelően az életprevalencia kérdések korrigálásra kerültek a rövidebb idejű prevalencia kérdések, valamint egyéb fogyasztásra utaló kérdések válaszaival (az első használat életkorával, illetve az új szerek esetében a használat módjára vonatkozó kérdésre adott válasszal). A konzisztencia korrekció következtében Ez az eltérés eredményezi az 1. táblázat 3 és 4 oszlopa szerint eltérő megbízhatósági szersorrend kialakulását.

⁶ 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 az hosszabb időszakra (általában az életre) vonatkozóan jelzett fogyasztási alkalmak számát.

1. táblázat: Az életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó kérdések alapján konzisztens, illetve inkonzisztens válaszok aránya (súlyozatlan adatok, %)

Szerek/szerhasználó magatartások	Konzisztens válaszok aránya	Inkonzisztens válaszok/ konzisztens fogyasztók	konzisztens fogyasztók/ LTP
Marihuána	99,3	5,8	98,1
Ecstasy	99,5	10,0	86,2
Szintetikus kannabisz ⁷	99,5	23,5	54,8
Amfetamin	99,4	31,6	67,9
LSD	99,5	44,4	60,0
Kokain	99,5	55,6	56,3
Rendszeres dohányzás	84,5	60,0	72,2
Új stimulánsok	99,6	66,7	28,6
Mágikus gomba	99,5	83,3	50,0
Egyéb opiát	99,7	100,0	42,9
Alkohol-gyógyszer együtt	98,8	150,0	36,4
Heroin	99,6	250,0	28,6
Inhalánsok	99,6	250,0	28,6
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélkül ⁸	96,7	283,3	22,6

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 10,3-10,7% közötti, az éves prevalencia kérdések esetében pedig 13% körüli. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztással és az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések esetében valamelyest kisebb, a dohányzással kapcsolatos kérdésekben pedig elenyésző a válaszhiányok aránya. A semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdésekhez képest a szerhasználó magatartások esetében a hiányzó és érvénytelen válaszok aránya relatíve magas (pl. a kérdezett iskolai végzettségére vonatkozó kérdés esetében 0,1%; az apa/anya iskolai végzettsége, vagy a háztartásméret, esetében 0,4%). Ugyanakkor más érzékenynek tekinthető (pl. jövedelemmel kapcsolatos) kérdéshez képest az érvényes válaszok aránya a szerhasználattal kapcsolatos kérdésekben jónak mondható.

A droghasználattal kapcsolatos kérdések esetében a prevalencia értékek felülbecslési kockázatának bejósolásra a kérdőívben szerepeltettünk egy nem létező, ún. dummy-drogot. A dummy-drog esetében az életprevalenciára 11 fő, a rövidebb idejű prevalenciáknál pedig 2-2 esetben fordult elő fogyasztásbevallás.

A szerhasználattal kapcsolatos kérdések megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos – fentiekben röviden leírt – mutatók főbb társadalmi-demográfiai jellemzőkkel (nem, életkor, iskolai végzettség, településtípus, jövedelem) való összefüggését vizsgálva azt mondhatjuk, hogy a szerhasználattal kapcsolatos kérdések módszertani paraméterei jellemzően nem mutatnak szignifikáns társadalmi-demográfiai mintázódást.

Az alkalmazott standard mérőeszközök belső konzisztenciáját többnyire Cronbach-alfa mutató segítségével vizsgáltuk, azon alskálák esetében pedig, melyek mindössze 2 tételt tartalmaznak, az ajánlásoknak megfelelően a Spearman-Brown formulát alkalmaztuk (Eisinga, Grotenhuis, & Pelzer, 2013). Mindkét mutató ideális értéke a 0,7-0,8 közötti tartományban van. Mindössze három –

⁷ A szintetikus kannabisz és az új stimulánsok esetében az inkonzisztens válaszok arányához képest a „konzisztens fogyasztók LTP %-ában” mutató viszonylag alacsony. Ez annak tudható be, hogy a konzisztencia korrekció során az új szerek LTP adatának korrekciója a többi szer esetében jellemző 3 kérdés (LYP, LMP, első használat) mellett a használat módjára vonatkozó kérdés válasszal is korrigálásra került.

⁸ Az OLAPP 2015 vizsgálat a nyugtató és az altató fogyasztás esetében az inkonzisztencia adat három kérdés válasza alapján került kiszámításra, ami megnöveli az inkonzisztens válaszok előfordulási esélyét.

alacsony tételszámmal (2, illetve 5) rendelkező – skála, illetve alszála esetében találtunk az elvártaknál valamelyest alacsonyabb belső konzisztencia mutatókat (SCOFF, valamint a PIUQ – elhanyagolás és kontrollzavar alszála), azonban sem az átlagos inter-item sem az item-totál korrelációk nem utaltak problémára egyik skála tételei esetében sem. Ugyanakkor öt másik skála (CAST, SDS, PGSI, DSM, POGQ) vizsgálata során magas inter-item korrelációs értékek mellett 0,9 feletti Cronbach-alfa értékeket kaptunk, ami ezen skálák esetében redundáns tételek jelenlétére utalhat. További négy skála esetében kiváló Cronbach-alfa értékek mellett tapasztaltunk 0,5 feletti átlagos inter-item korrelációs értékek (PIUQ - összpontszám, FAS, CBS – obszesszió, CBS – impulzivitás). A magas belső konzisztencia mutatók és/vagy inter-item korrelációk ezúttal is arra utalhatnak, hogy ezeket a skálákat további elemzéseket követően talán a későbbi kutatások során érdemes lehet rövidített formában alkalmazni.⁹

2. táblázat: Az alkalmazott standard skálák reliabilitás mutatói (súlyozatlan adatok)

Skálák	Valid esetek száma	Tételek száma	Belső konzisztencia mutató	Inter-item korrelációk átlaga
CAST	598 (26,3%)	6	0,971	0,854
SDS	546 (24,0%)	4	0,921	0,747
Problem Gambling Severity Index (PGSI)	564 (24,8%)	9	0,905 ⁺	0,537
Problémás szerencsejáték használat DSM5 alapján (DSM)	530 (23,3%)	9	0,917 ⁺	0,571
Evési zavar (SCOFF)	1927 (84,7%)	5	0,626 ⁺	0,271
Problémás internet használat (PIUQ)	1476 (64,9%)	6	0,843 ⁺	0,503
obszesszió	1480 (65,1%)	2	0,768*	
elhanyagolás	1481 (65,1%)	2	0,657*	
kontrollzavar	1482 (65,2%)	2	0,639*	
Problémás online játék használat (POGQ)	228 (10,0%)	12	0,925 ⁺	0,531
obszesszió	232 (10,2%)	2	0,810*	
belefeledkezés	231 (10,2%)	2	0,745*	
megvonás	230 (10,2%)	2	0,865*	
túlhasználat	231 (10,2%)	2	0,791*	
interperszonális konfliktus	231 (10,2%)	2	0,856*	
társas izoláció	229 (10,1%)	2	0,844*	
Problémás online közösségi oldal használat (FAS)	1307 (57,5%)	6	0,881 ⁺	0,563
Testedzés addikció (EAI-HU)	526 (23,1%)	6	0,766 ⁺	0,347
Munkafüggőség (BWAS)	1111 (48,9%)	7	0,825 ⁺	0,402
Kényszeres vásárlás (CBS)	54 (2,4%)	6	0,821 ⁺	0,434
obszesszió	55 (2,4%)	3	0,789 ⁺	0,544
impulzivitás	54 (2,4%)	3	0,844 ⁺	0,643

⁺Cronbach-alfa; *Spearman-Brown formula

Ahhoz azonban, hogy az eredményeket időbeli összehasonlításban értelmezzük, azzaz érvényes és megbízható szerhasználati tendenciákat tudjunk felvázolni, a mintavételen kívüli hibák időbeli stabilitása is szükséges. Amennyiben az OLAAP 2015 kutatás mintavételen kívüli hibákat jelző módszertani paramétereit az OLAAP 2007-es kutatással (Paksi és mtsai, 2009) összehasonlítjuk, akkor a hibák növekedését tapasztaljuk.

⁹ Az itt alkalmazott skálák reliabilitásával kapcsolatos tapasztalatai áttételesen felhasználásra kerültek más viselkedések addikciós kockázatának mérésére irányuló skálák kifejlesztése során is (pl. okostelefon-használat kockázataival kapcsolatos skálák Csibi, Demetrovics, Szabó, 2017)

3. táblázat: A szerhasználattal kapcsolatos válaszok megbízhatósága és érvényességére utaló mutatók a 2007-es és a 2015-ös OLAAP vizsgálatban (súlyozatlan adatok)

	2007	2015
Inkonzisztens válaszok aránya a különböző idejű prevalencia kérdésekben (válaszolók %-ában)		
Marihuána	0,5	0,5
Ecstasy	0,1	0,7
Amfetamin	0,2	0,4
Altatók orvosi rendelvény nélkül	0,3	0,7
Nyugtatók orvosi rendelvény nélkül	0,3	10,
Alkoholfogyasztás	1,7	0,8
Berúgás	0,8	1,1
Válaszhiányok és érvénytelen válaszok arányának alakulása (%)		
Tiltott drogokkal élet/éves/havi prevalencia értékei	5-6/≈9	≈10/≈13
Altató orvosi rendelvény nélkül éves/havi prevalencia értéke	5,4/4,8	7,4/8,8
Nyugtató orvosi rendelvény nélkül éves/havi prevalencia értéke	5,1/4,6	8,1/7,6
Alkoholfogyasztás éves/havi prevalencia értéke	3,2/2,1	4,7/4,8
Berúgás éves/havi prevalencia értéke	10,3/10,6	7,4/8,8
Az életprevalenciára és az első fogyasztásra vonatkozó kérdések alapján inkonzisztens válaszok aránya a konzisztens fogyasztók százalékában		
Marihuána	4,2	5,8
Ecstasy	7,7	10,0
Amfetamin	5,3	31,6
Kokain	0,0	55,6
Heroin	0,0	250,0
Egyéb opiátok	100,0	100,0
LSD	22,2	44,4
Mágikus gomba	40,0	83,3
Inhalánsok	100,0	250,0

A korábbi adatok forrása: Paksi és mtsai, 2009

Összességében az OLAAP 2015 kutatási adatok reprezentativitásának, valamint a mintavételen kívüli hibák nagyságának adatbázison belüli eszközökkel történő vizsgálata alapján nem látunk olyan tényezőt, ami problémát okozna a keresztmetszeti elemzések során. A módszertani eredmények arra utalnak, hogy droghasználat aktuális jellemzői és mintázódása tekintetében a kutatás adatai alapján érvényes és megbízható megállapítások fogalmazhatók meg. Ugyanakkor a mintavételen kívüli hibák tendenciái azt jelzik, hogy a változások elemzése fokozott odafigyelést igényel az érintett adatok értelmezése során, illetve esetleg korrekciós eljárások alkalmazását teszi szükségessé, a tendenciák becslése, illetve interpretálása esetében.

A drogfogyasztás elterjedtségével kapcsolatos főbb eredmények

A drogfogyasztás aktuális elterjedtsége (részletesen lásd: Paksi és mtsai, 2015, 2016, 2017)

A fiatal felnőttek (18-34 éves korosztály) körében a tiltott drogok¹⁰ mért életprevalencia értéke 17,7%. Az éves prevalencia értéke 5,3%. A valaha használók 30,7%-a az elmúlt évben is használt valamilyen tiltott szert (az új belépők aránya 9,2%, a tényleges folyamatos használók aránya 21,5%). A tiltott drogok mért havi prevalencia értéke 2,8%, azaz a valaha használókon belül az aktuális fogyasztók aránya 15,8%.

¹⁰ A kutatás az alábbi tiltott drogokat vizsgálta: marihuána/hasis, szintetikus kannabisz, xtc, amf, kokain, crack, új stimulánsok, heroin, egyéb opiát, LSD, mágikus gomba, CHB, mepredon, Intravénás drog, más drog.

A 18-64 éves felnőtt népességben – a drogfogyasztás elmúlt évtizedekben tapasztalt növekvő társadalmi trendje, illetve a drogok kipróbálásának és használatának korosztályos jellege következtében – a drogfogyasztás minden mutatója jelentősen alacsonyabb: minden tízedik (9,9%) felnőtt használt az élete során valamilyen tiltott drogot, s az elmúlt évben a valaha használók kevesebb, mint egynegyede (a válaszolók 2,3%-a), aktuálisan pedig 12%-a (a válaszolók 1,2%-a) fogyasztott drogot.

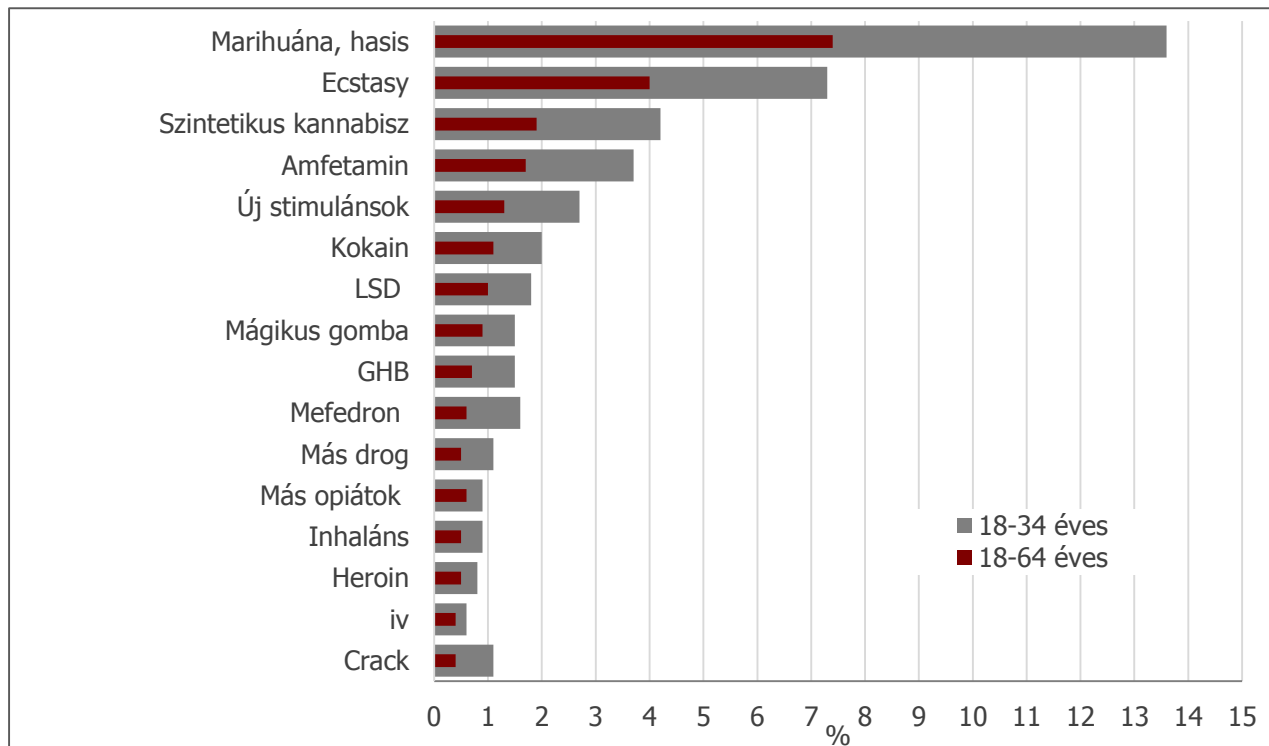
4. táblázat: Tiltott drogok elterjedtségének főbb mutatói (18-34 éves és 18-64 éves válaszolók körében, %)

Főbb mutatók (N: 18-34/18-64)	18-34 évesek		18-64 évesek	
	%	Hibahatár	%	Hibahatár
Életprevalencia (1397/1341)	17,7	±2,0	9,9	±1,6
Éves prevalencia (1392/1338)	5,3	±1,2	2,3	±0,8
Havi prevalencia (1394/1343)	2,8	±0,9	1,2	±0,6
Folyamatos fogyasztási ráta (239/129)	30,7	±5,8	24,0	±7,4
Folyamatos fogyasztási ráta incidenciával (239/129)	21,5	±5,2	17,6	±6,6

A fiatal felnőtt népességben a legtöbben marihuánát vagy hasist fogyasztottak eddig életük során (LTP:13,6%). Mintegy fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy (LTP: 7,3%) életprevalencia értéke is. A két legnépszerűbb szer az új pszichoaktív szerek egyik csoportja, a szintetikus kannabinoidok (LTP:4,2%), majd az amfetamin (LTP:3,7%) és az új stimulánsok (LTP:2,7%) követik. A 18-64 éves népességben az életprevalencia értékek alapján kirajzolódó szerpreferencia sorrend – természetesen jóval kisebb szerenkénti prevalencia értékek mellett – megegyezik a fiatal felnőttek körében tapasztalttal (1. ábra).

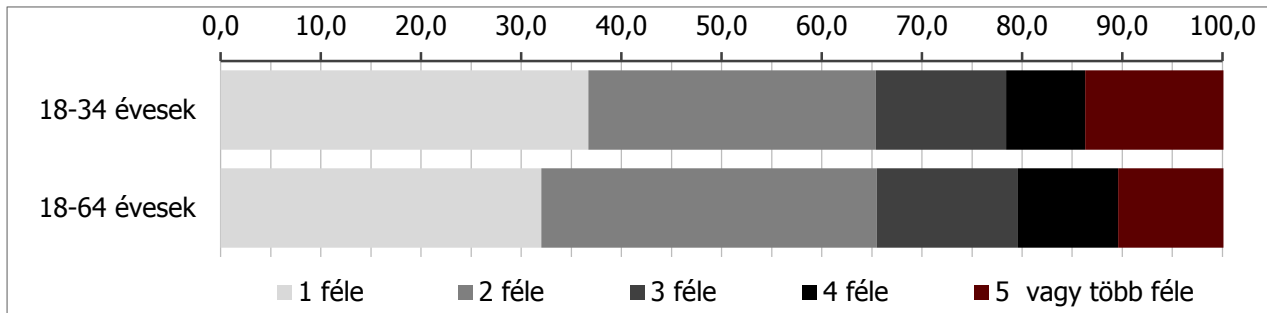
A szerenkénti éves prevalencia értékek (LYP) alapján felállított szersorrend elsősorban abban különbözik életprevalencia értékek alapján kirajzolódó preferenciáktól, hogy a közelmúltbeli droghasználatban az új pszichoaktív szerek fontossága fokozottan megmutatkozik: a szintetikus kannabinoidok a második, az új stimulánsok pedig a negyedik helyen szerepelnek.

1. ábra: A szerenkénti életprevalencia értékek (18-64 éves és 18-34 éves válaszolók %-ában)



A 18-34 éves népességben az elmúlt évben használók valamivel több, mint egyharmada (36,7%) a vizsgált 14 féle drog közül mindössze egy féle drogot használt a kutatást megelőző év során, azonban másik egyharmaduk (34,7) legalább három féle, közülük 13,8% pedig 5 vagy több féle droggal is próbálkozott. A 18-64 éves felnőtt népességben az arányok nagyon hasonlóak, valamivel kisebb az 1 illetve a legalább 5 féle szeret használók aránya (32%, ill. 10,5%) (2. ábra)

2. ábra: Polydrog-használat (14 féle drogra) (az elmúlt évben használók %-ában)



Az új pszichoaktív szerek használatával kapcsolatos főbb eredmények (részletesen: Paksi, 2017)

Már több mint fél évtizede megjelentek Európában az új pszichoaktív szerek de 2011 óta 11 európai ország közölt becslést az új pszichoaktív szerek használatáról” (EMCDDA, 2016: 47.o.). Magyarországon most vizsgáltuk első alkalommal általános felnőtt népességben az ÚPSZ-használat elterjedtségét és mintázódását. A kutatás adatai megerősítik azt a – droghasználat más indikátorai (Csesztregi, 2016; Horváth, 2016; Csorba, Péterfi, Figeczki, Posta, Medgyessy-Frank, Kiss, 2016; NFP, 2016) és kvalitatív kutatások (Szécsi, 2016) által jelzett – tendenciát, hogy az ÚPSZ-használat meghatározóvá vált a hazai tiltott drog-használatban, bár az új szerek elterjedtsége a marihuána fogyasztása mögött ma is messze elmarad. A saját fogyasztással kapcsolatos bevallások (lásd. 1. ábra) és drogjelenség percepciójával kapcsolatos információk (észlelt fogyasztás, észlelt hozzáférés, fogyasztásnak való kitettség percepciója) rendre hasonló tendenciákat jeleznek, megerősítve egyrészt azt, hogy a szintetikus kannabisz a magyar társadalomban a legelterjedtebb drogok közé tartozik, de a legelterjedtebb tiltott szer szerepét (még) nem látszik átvenni. Az új stimulánsok kevésbé kapnak meghatározó szerepet a hazai szerstruktúrában, s konkrét elhelyezkedésük az elterjedtség különböző indikátorai mentén nem teljesen egybehangzó¹¹.

Az ÚPSZ társadalmi jelenléte mellett megvizsgáltuk, hogy az új szerek megjelenésével egy – szerhasználati és társadalmi jellemzői tekintetében más droghasználóktól eltérő – új szerhasználói csoport jelent-e meg Magyarországon. A kérdés megválaszolása érdekében megvizsgáltuk egyrészt a szintetikus droghasználat és egyéb droghasználó magatartások kapcsolódását. Ennek vizsgálatára a hagyományosan a kannabiszhasználókra épített droghasználati piramis speciális, a szintetikus kannabisz-használókra konstruált változatát hoztuk létre, másrészt a különböző szerhasználó magatartások alapján kirajzolódó látens fogyasztói csoportok azonosítása céljából klaszteranalízist végeztünk (5. táblázat).

¹¹ A legtöbb jelzés (saját fogyasztás bevallása, észlelt hozzáférés, fogyasztásnak való kitettség) az amfetamin utáni, 5. helyre helyezi, de a saját környezetében kevésbé (kokain és heroin közötti gyakoriságúnak) érzékeli a lakosság a fogyasztását.

5. táblázat: A droghasználat alapján elkülöníthető látens csoportok a 18–64 éves valaha használók körében

Végző klaszterközpontok (besorolt esetek: 1293; hiányzó adat: 197)				
	Klaszterek			
	polidrog- használók	gyógyszer- fogyasztók	nem használók	kannabisz- használók
nyugtató (orvosi javaslatra vagy anélkül)	,23	1,00	,00	,01
visszaélészerű gyógyszerhasználat	,21	,46	,01	,04
kannabiszhasználat	,61	,02	,00	1,00
szintetikus kannabisz használata	,33	,02	,00	,00
új stimulánsok használata	,19	,01	,00	,01
kokain összes használata	,22	,00	,00	,00
hagyományos stimulánsok	,85	,00	,00	,00
hallucinogén összes használata	,19	,00	,00	,01
egyéb tiltott drogok használata	,14	,00	,00	,01
kannabiszon kívül más tiltott drogok használata	1,00	,02	,00	,05
N	67	102	1075	49
%	5,2	7,9	83,1	3,8

Elemzéseink azt mutatták, hogy az ÚPSZ-használat nem egy speciális, más szerhasználó magatartásoktól elkülönülő fogyasztói magatartás, azaz a felnőtt lakosságban az ÚPSZ-használók nem képeznek egy új szerhasználói csoportot. Míg a gyógyszerhasználat, illetve a kannabisz használata önálló csoportokat jellemző fogyasztói magatartásként van jelen a magyarországi droghasználatban, addig az ÚPSZ-használat a polidrog-használat részeként jelenik meg. Az általános populációs adatok alapján az ÚPSZ-eket (is) használók demográfiai sajátosságai a hagyományos szereket használókhoz hasonlóak, urbanizációs, gazdasági és kulturális státusuk tekintetében pedig az általános népesség jellemzőit hordozzák.

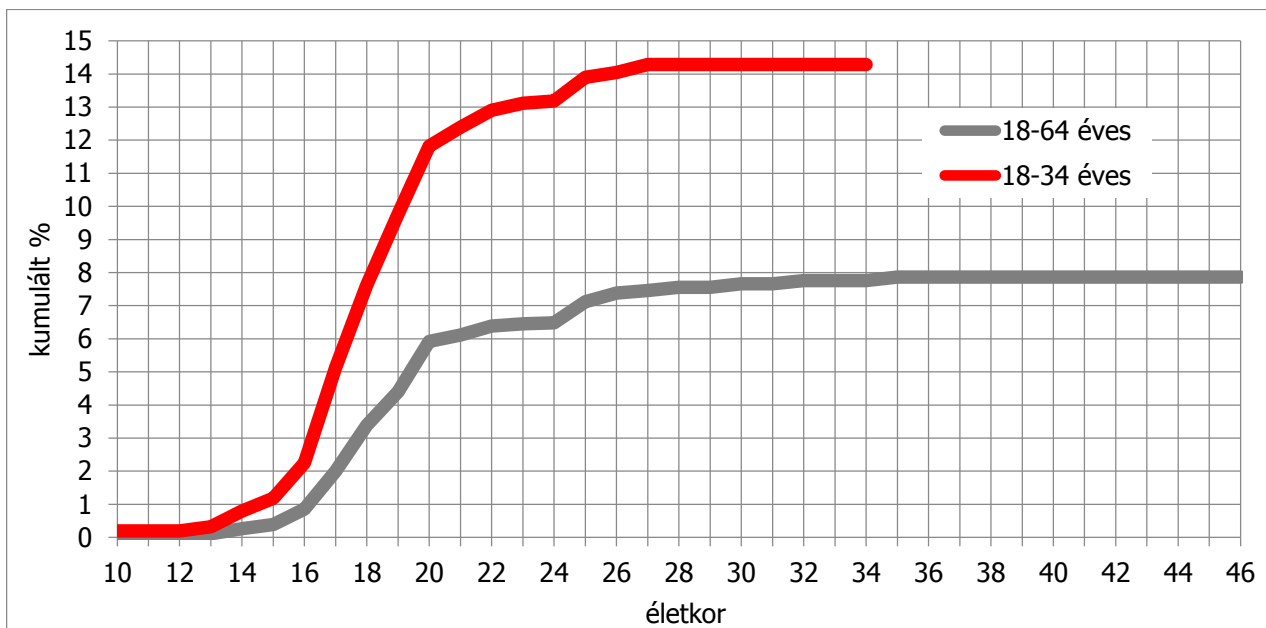
Az első droghasználat

A fiatal felnőtt népességben a tiltott droggal való első találkozás átlagosan 18-19 éves kor között (18,6 évesen), leggyakrabban azonban (módusz) 17 évesen történt. A valaha használók több mint fele 18 évesen (medián) több mint egyharmada (36%) 17 évesen, minden hatodik használó (15,7%) pedig 16 éves korban túl volt az első használaton. Az első droghasználat átlagos életkorának csökkenését mutatja, hogy a 18-64 éves populációt vizsgálva az első használat átlagos életkora a 20 éves kor (módusz szintén 20, medián 19), s 17 évesen egynegyedük, 16 éves korban pedig egytizedük volt túl volt az első használaton.

A 18-34 éves és a 18-64 éves népességre első drogfogyasztás életkora alapján számított kumulált prevalencia görbe alapján pedig azt is láthatjuk, hogy mai fiatal felnőtt populációban – az első használat alacsonyabb átlagértéke mellett – nem jelent meg korábban a drogokkal való ismerkedés, azonban az egyes korévekben jóval nagyobb a kockázata a drogokkal való kapcsolatba kerülésnek. A most 18-34 éves korosztály tagjai a legnagyobb kockázatnak 16 és 18 éves koruk között voltak kitéve, amikor évente a korosztály mintegy 3%-a próbált ki valamilyen tiltott drogot, majd 18-20 éves kor között ez a kockázat 2%-ra, 20-27 éves kor között pedig átlagosan kevesebb, mint fél százalékra csökkent, s aki 27 éves koráig nem került kapcsolatba a drogokkal, az később már nem próbálta ki.

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

3. ábra. A tiltott drogfogyasztás kumulált prevalencia-görbéje¹² a 18-34 és a 18-64 éves népességben



A kumulált prevalencia görbe nem csak a drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázatának korosztályos jellegét mutatja meg, hanem a különböző korosztályokra vonatkozó görbék egymáshoz viszonyított helyzete lehetőséget ad a keresztmetszeti adatok alapján a droghasználat társadalmi tendenciáinak becslésére is: az 18-64 éves népességhez képest a fiatal felnőttek kumulált görbéjének nagyobb meredeksége a drogfogyasztás hosszútávon növekvő tendenciáját is jelezi.

Általános drogfogyasztás populációs tendenciái a különböző években készült vizsgálatok alapján (részletesen lásd: Paksi és mtsai, 2015, 2016; Paksi, 2016)

Tekintettel arra, hogy – mint ahogy azt módszertani eredmények bemutatásánál láthattuk – a 2015-os OLAAP kutatás módszertani paraméterei – a 2007-es vizsgálathoz képest – a mintavételen kívüli hibák fokozott jelenlét jelezték, így az adatok korábbi vizsgálatok kontextusában való értelmezése az átlagosnál nagyobb körültekintést igényel.

A tendenciák felvázolása során abból indultunk ki, hogy egy populációt követve az idő előrehaladtával az adott populációban nem csökkenhet azok aránya, akik már kipróbáltak valamilyen magatartást. Ez a megállapítás nem csak a követéses vizsgálatokra érvényes, hanem különböző időpontokban a lakosság reprezentatív mintáján készült keresztmetszeti vizsgálatok adataira is, amennyiben azok lehetőséget adnak egy életkori kohorsz „követésére”. A becslés kiindulópontját tehát az a tény jelenti, hogy egy születési kohorszba tartozók esetében az idő előrehaladtával az életprevalencia érték nem csökkenhet. Ezt a gondolatmenetet követve a 2015-os OLAAP vizsgálat adatainak értelmezésben segítségünkre lehet, ha a 2015-ös és a korábbi 2007-es országos reprezentatív mintán készült vizsgálatokat egy kohorsz-vizsgálat egymást követő hullámaiként kezeljük. A becslés során a két vizsgálati időpontban azoknak az adatait hasonlítottuk össze, akik azonos időszakban születtek. Jelen esetben a két vizsgálat alapján fedésbe hozható populációt az 1951 és 1989 között született megkérdezettek jelentik. Így a 2007-es OLAPP vizsgálat 18-56 éves, valamint a 2015-ös kutatás 26-64 éves korcsoportjaira vonatkozó adatokat egy kohorsz-vizsgálat egymást követő hullámaiként kezelve, becslést fogalmazhatunk meg arra vonatkozóan, hogy a mintavételen kívüli hibák szinten tartása mellett mekkora a tiltott drogok összesített életprevalencia

¹² Amennyiben valamely populációban az első droghasználat évére vonatkozó gyakorisági adatok kumulált értékeit ábrázoljuk, a görbék meredeksége a populáció drogokkal való kapcsolatba kerülésének, azaz az életprevalencia-érték növekedésének kockázatát mutatja a különböző életkorokban.

értékének minimálisan elvárt értéke 2015-ben. A 18-56 éves korcsoportban 2007-ben 10,9% volt a tiltott droghasználat életprevalencia értéke, ami – a mintavételen kívüli hibáknak a korábbi kutatásokkal azonos szinten tartása mellett, s azt feltételezve, hogy a korcsoportban nem történ új kipróbálás a két vizsgálat között eltelt 8 évben – egyben a drogfogyasztás 2015-ben minimálisan várható életprevalencia értékét jelenti a 26-64 éves életkori csoportban. A 26-64 éves korosztályban azonban – a jelen kutatás adatai szerint – a mért életprevalencia érték 8,3%, s a valaha fogyasztók 18,3%-a az elmúlt 8 évben használt először valamilyen drogot. Tehát a 2007-es 10,3%-os értékkel szemben 2015-ben 6,8%-os mért értéket állíthatunk, ami 38%-os alulbecslést jelent. A 2015-ben mért érték tehát a 2007-es értékből kiindulva kalkulálható fogyasztók minimális arányának mindössze 62%-át jelenti. Ezzel az aránnyal korrigálva a 18-64 éves korosztályban mért 9,9%-os értéket a 2015-ben feltételezhető minimális életprevalencia érték 16%. Tekintettel arra, hogy a 2001-2015 közötti tendenciákat a 18-53 éves népesség adatain tudjuk nyomon követni, így erre a korosztályra is elvégeztük a kalkulációt (lásd a 6. táblázatban)

6. táblázat: A tiltott drogok kohorsz-elemzéssel korrigált életprevalencia értéke 2015-ban (%)

Főbb mutatók	2007	2015
vizsgált kohorsz	18-56	26-64
N	2132	1150
mért életprevalencia	10,9%*	8,3%
új belépők aránya az elmúlt 8 évben (LTP%-ában)	-	18,3%
új belépőkkel korrigált életprevalencia	-	6,8%
hibahatár (95%-os megbízhatósági szinten)	1,3	1,6
alulbecslés	-	$1-(6,8/10,9)=0,38$
18-64 éves korcsoportra mért	9,3%	9,9%
18-64 éves korcsoportra kalkulált	-	$9,9/0,62=16\%$
18-53 éves korcsoportra mért	11,1%	12,1%
18-53 éves korcsoportra kalkulált	-	$12,1/0,62=19,5\%$

A korábbi adatok forrása: Paksi és mtsai, 2009

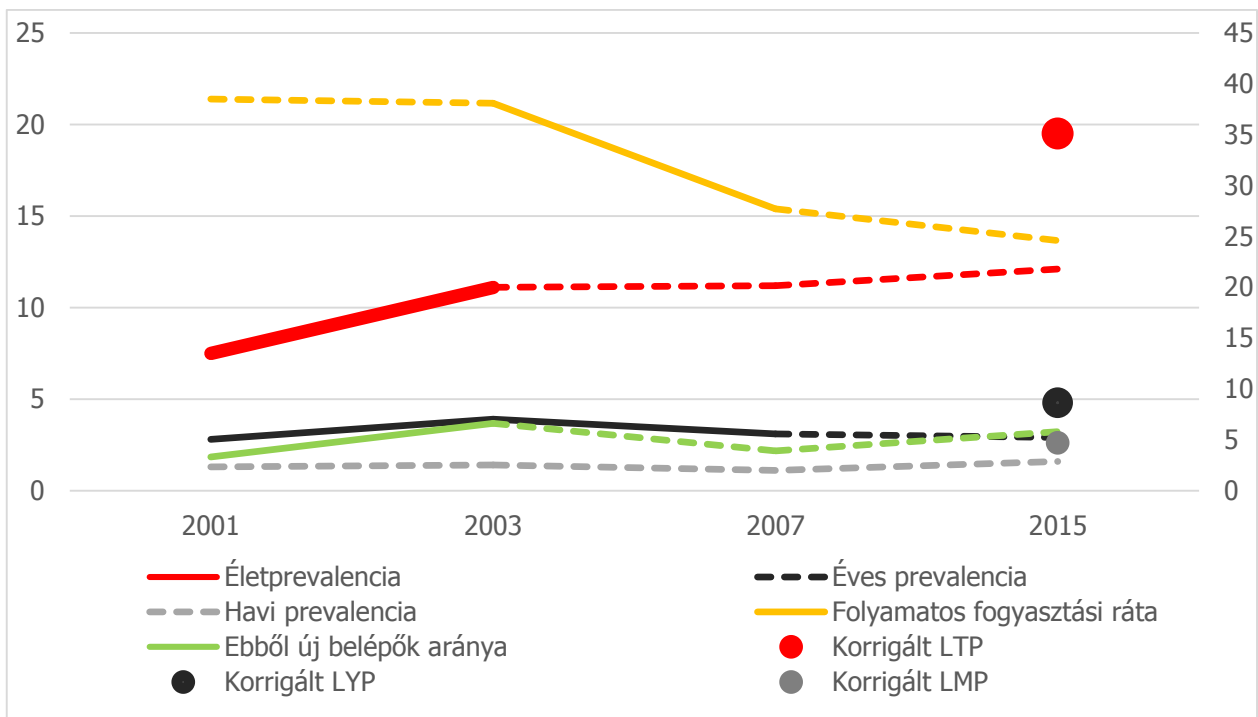
A folyamatos, illetve aktuális használók aránya valamint a 19,5%-os korrigált életprevalencia érték alapján kalkulálhatjuk a rövidebb idejű prevalenciáknak a hibáknak a korábbi kutatásokkal azonos szinten tartása mellett feltételezhető korrigált értékét. 2015-ben az éves prevalencia értéke a trendelemzés során vizsgált 18-53 éves populációban 2,9%. A valaha használók 24,6%-a az elmúlt évben is használt valamilyen tiltott szert. A tiltott drogok mért havi prevalencia értéke 1,6%, azaz a valaha használókban belül az aktuális fogyasztók aránya 13,2%. Ennek alapján a korrigált éves prevalencia 4,8%-ra, a havi pedig 2,6%-ra becsülhető.

7. táblázat: A tiltott drogok főbb mutatóinak változás (18-53 éves népességben, 95%-os megbízhatósági szinten érvényes hibahatárok feltüntetésével, %)

Főbb mutatók	Év: 2001		Év: 2003		Év: 2007		Év: 2015		
	%	Hiba	%	Hiba	%	Hiba	mért %	Hiba	korrigált %
Életprevalencia	7,5	±1,2	11,1	±1,2	11,2	±1,4	12,1	±2,0	19,5
Éves prevalencia	2,8	±0,8	3,9	±0,7	3,1	±0,8	2,9	±1,0	4,8
Havi prevalencia	1,3	±0,5	1,4	±0,5	1,1	±0,5	1,6	±0,8	2,6
Folyamatos fogyasztási ráta	38,5	±8,2	38,1	±6,0	27,7	±5,8	24,6	±7,7	-
Ebből új belépők aránya	3,3	±2,7	6,6	±3,0	3,9	±2,8	5,8	±4,7	-

Korábbi adatok forrásai: Elekes és Paksi, 2004; Paksi, 2009

4. ábra. A tiltott drogfogyasztás főbb mutatóinak alakulása a 18-53 éves népességben (%)



Jelölések: Folyamatos vastag vonal – 95%-os biztonsággal jelzett változás
 Folyamatos vékony vonal – tendencia jellegű (2/3-os biztonsággal jelezett változás)
 Szaggatott vonal – nincs változás, ill. hibahatáron belüli változás

Amennyiben a 2001 és 2015 közötti tendenciákat – az egyes mérések konfidencia intervallumát figyelembe véve – vizsgáljuk, akkor azt mondhatjuk, hogy a mért értékek alapján a magyarországi felnőtt népességben a drogfogyasztás 2001 és 2003 között történt szignifikáns növekedését követően 2003 óta a stagnálás jellemző. A korrigált értékek azonban az utóbbi 8 évben hibahatáron túli növekedésre engednek következtetni.

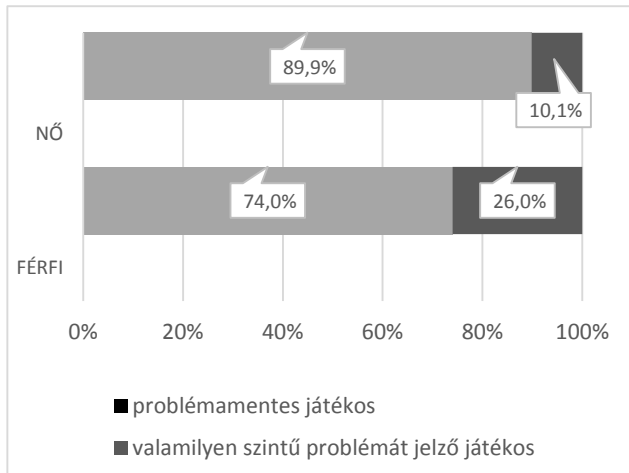
A különböző viselkedési addikciók elterjedtségével kapcsolatos eredmények

Mint már említettük, a kutatás – a 2007-es OLAAP kutatáshoz hasonlóan – az addiktológiai problémák spektrum-szemléletét érvényesítve (Demetrovics és Kun, 2007; Hollander, 1993; Paksi és mtsai, 2009) a különböző viselkedési addikciók elterjedtségének vizsgálatára is kiterjedt. Ezek a következők voltak: kóros játékszenvedély, problémás internethasználat, a közösségi oldalak problémás használata, problémás onlinejáték-használat, testedzésfüggőség, az evészavar kockázata. A felmérés szűrőkérdőívvel történt, amelyek nem alkalmasak pontos diagnózis felállítására, ezért a prevalencia-bebecsléseket fokozott óvatossággal kell kezelni. A továbbiakban a fontosabb eredményeket mutatjuk be.

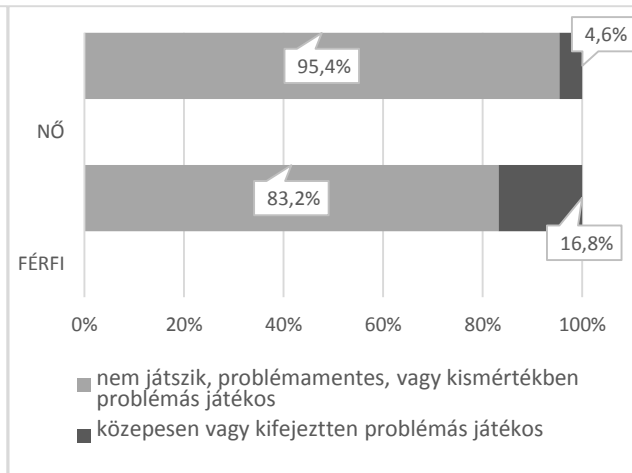
Kóros játékszenvedély

A magyarországi felnőtt lakosság 70,2%-a soha vagy a kutatást megelőző egy év során nem játszott szerencsejátékokat. A fennmaradó 29,8%-ból 24,3% problémamentes játékos, míg az alacsony problémájú játékosok aránya a teljes népességen belül 2,2%, a közepesen problémás játékosok aránya 2,3%, a kifejezetten problémás játékosok aránya pedig 1%. A kóros játékszenvedély a férfi lakosság körében nagyobb mértékben van jelen, mint a nők körében (5. és a 6. ábra).

5.Ábra: Valamilyen szintű probléma az elmúlt évben játsszók körében nemek szerint

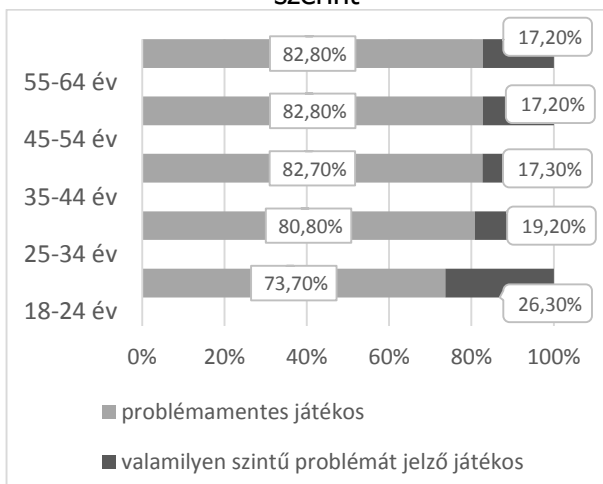


6. Ábra: Legalább közepes szintű probléma az elmúlt évben játsszók körében nemek szerint

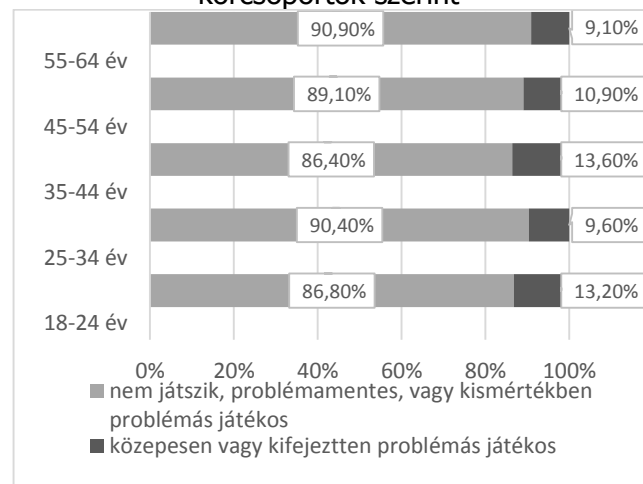


A korcsoportok tekintetében a problémás játékosok aránya a következőképpen alakul. Ha az alacsony szintű problémákat is figyelembe vesszük, akkor a fiatal felnőtt lakosság körében a legmagasabb a problémákat mutatók aránya (7. ábra). Ha azonban csak a közepesen vagy kifejezten problémás játékosokat vesszük tekintetbe, akkor a fiatal felnőttek mellett, az idősebb 35-44 év közötti korosztályon belül is kimagasló a problémás játékosok aránya (8. ábra).

7. Ábra. Valamilyen szintű probléma az elmúlt évben játsszók körében korcsoportok szerint



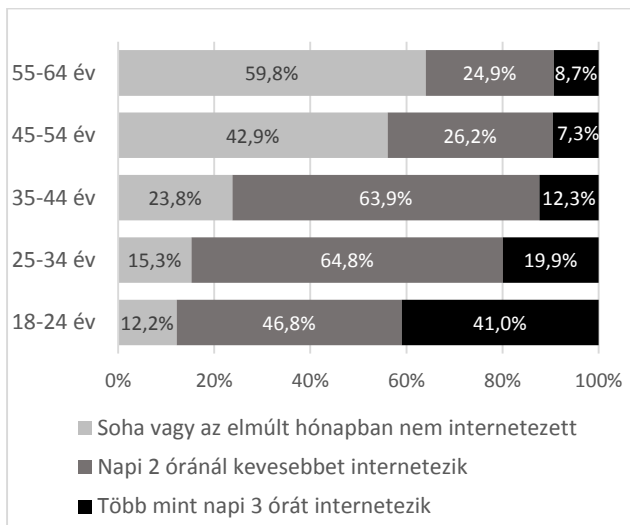
8. Ábra. Legalább közepes szintű probléma az elmúlt évben játsszók körében korcsoportok szerint



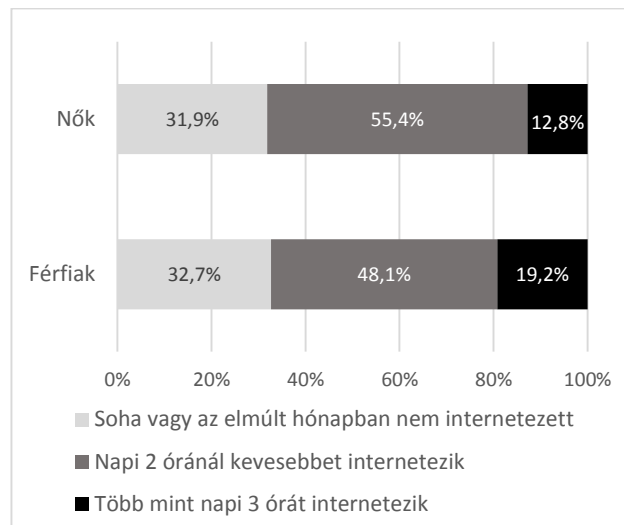
Problémás internethasználat

Jelen felmérés szerint a magyarországi felnőtt lakosság 26%-a nem internetezik, pontosabban soha nem internetezett a kutatást megelőzően. A lakosság további 6,2%-a nem internetezett a kutatást megelőző hónapban. A felnőtt lakosság kicsivel több, mint fele naponta kevesebb, mint két órát internetezik munkavégzésen kívül, azaz szabadidős céllal (21,3%-uk kevesebb, mint napi egy órát, 30,7%-uk napi egy-két órát). A napi 3-4 órát internetezők aránya 10,1%, az 5-6 órát internetezőké 2,9%, a 7-8 órát internetezőké 0,7% és végül azoké, akik napi több, mint 8 órát interneteznek munkavégzésen kívül, 2%. A napi átlagos szabadidős internetezés mértékét korcsoportok szerinti bontásban a 9. ábrán, nemek szerinti bontásban pedig a 10. ábrán láthatjuk.

9. Ábra. Szabadidős internetezés egy átlagos napon korcsoportok szerint

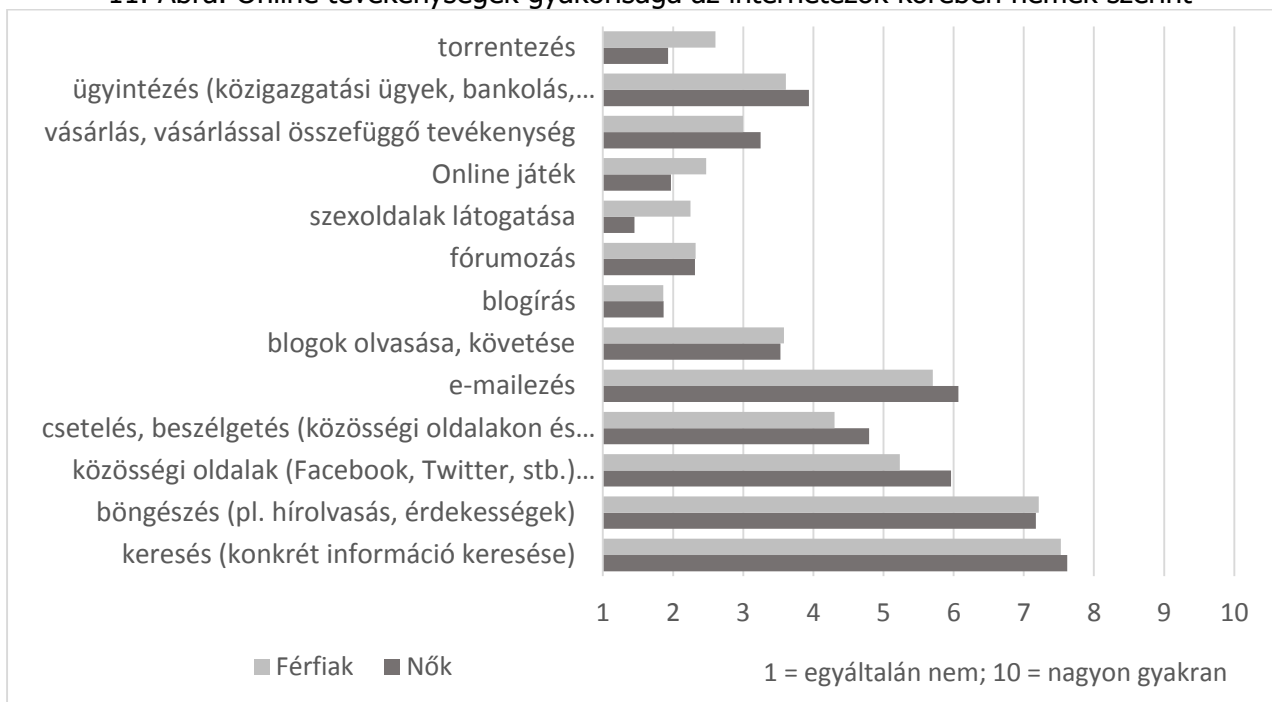


10. Ábra. Szabadidős internetezés egy átlagos napon nemek szerint



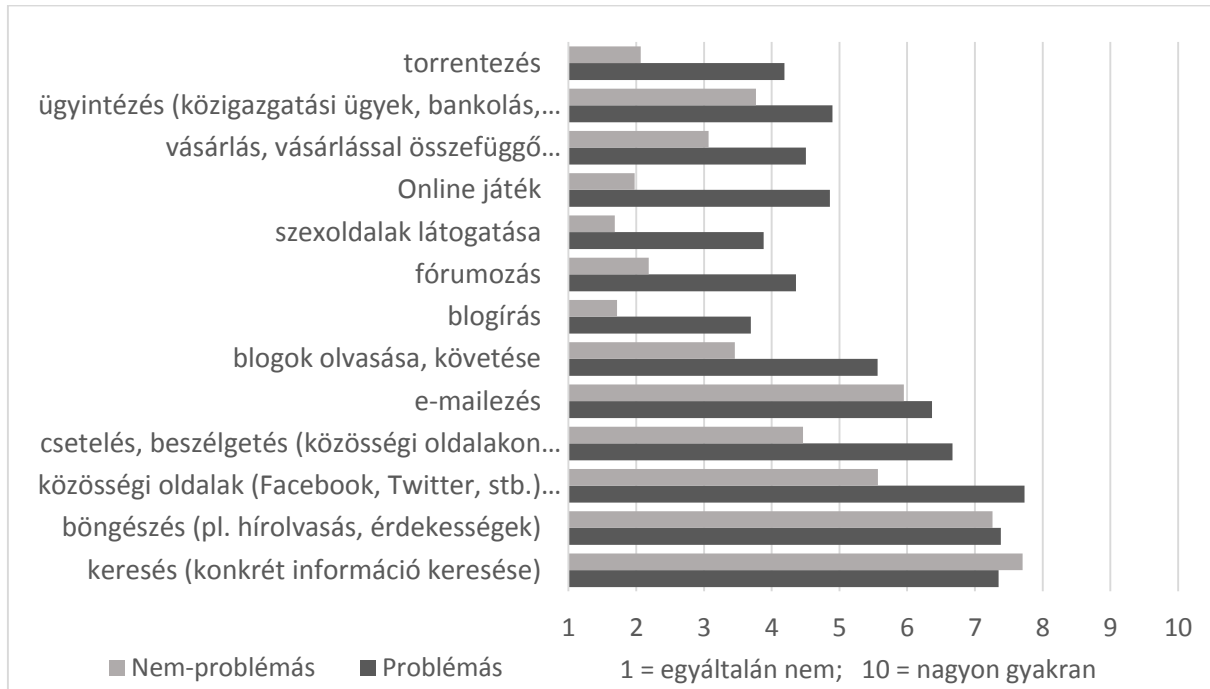
Az internetezési tevékenységek közül a konkrét információk keresése, az általános böngészés, az e-mailezés és a közösségi oldalak használata a leggyakoribb (11. ábra).

11. Ábra. Online tevékenységek gyakorisága az internetezők körében nemek szerint



A problémás használat aránya a férfiak körében magasabb, de nincs jelentős különbség a két nem között. A korcsoportok tekintetében a fiatal felnőttek között a legmagasabb a problémás használók aránya, ugyanakkor közöttük a legalacsonyabb az egyáltalán nem internetezők aránya is. Azok a felnőttek, akik problémákról számolnak be az internetezésük kapcsán, szinte az összes fentebb felsorolt online tevékenységet gyakrabban végzik, mint azok, akik nem számolnak be problémákról. Kimagasló azonban a közösségi oldalak használata, a csetelés, az online játékok, a szexoldalak látogatása, a fórumozás, a torrentezés, és a blogírás és -olvasás (12. ábra) a problémás használók körében.

12. Ábra. A különböző online tevékenységek gyakorisága a problémás és nem-problémás internethasználók körében

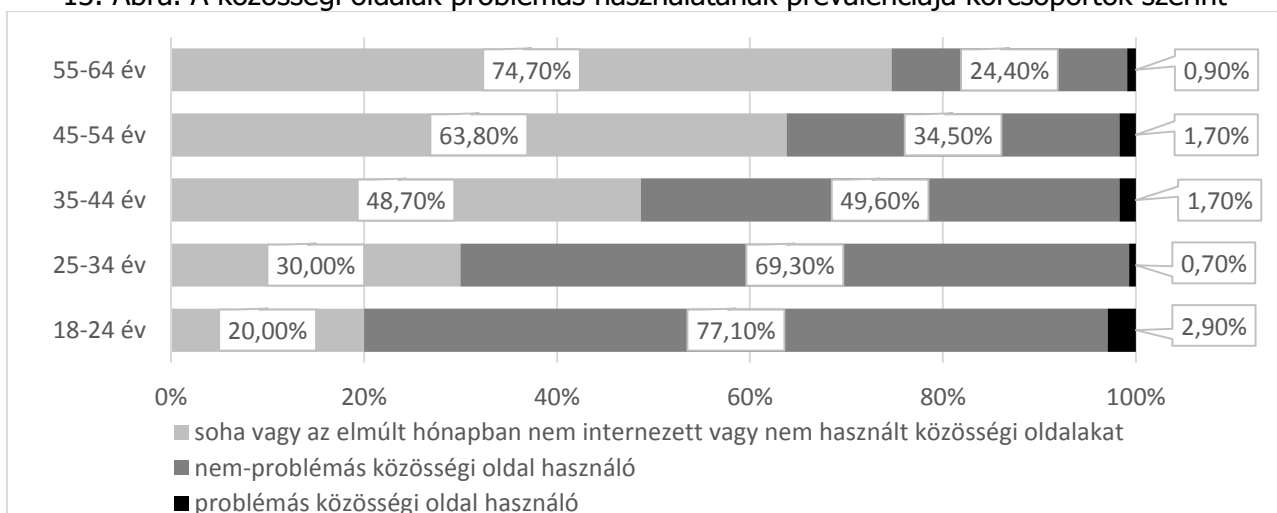


A közösségi oldalak problémás használata

Jelen felmérés szerint a magyarországi felnőtt lakosság 23,4%-a egyáltalán nem használt közösségi oldalakat a kutatást megelőző hónap során. A felnőtt lakosság több, mint kétharmada napi kevesebb, mint két órát tölt online közösségi oldalakon (42,6%-uk kevesebb, mint napi egy órát, 27,1%-uk napi egy-két órát). Azok aránya, akik napi 3-4 órát használják ezeket az oldalakat a felnőtt lakosságon belül 4,1%, 5-6 óra között 1,5%, 7-8 óra között 0,3% és végül azoké, akik napi több, mint 8 órát töltenek a közösségi oldalakon, 0,9%.

A közösségi oldalak problémás használatának aránya megegyezik a két nem körében. A korcsoportok tekintetében a fiatal felnőttek között a legmagasabb a problémás használók aránya, ugyanakkor közöttük a legalacsonyabb a közösségi oldalakat egyáltalán nem használók aránya is. A fiatal felnőtteket a 35-44 és a 45-54 év közöttiek követik a problémás használat mértékének szempontjából (13. ábra).

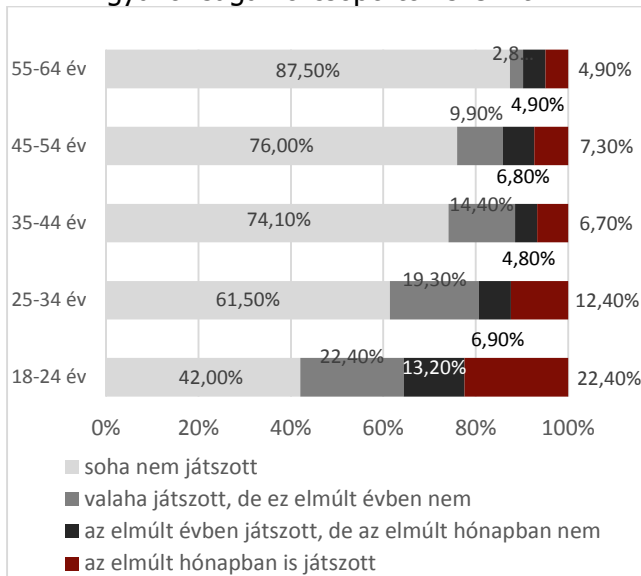
13. Ábra. A közösségi oldalak problémás használatának prevalenciája korcsoportok szerint



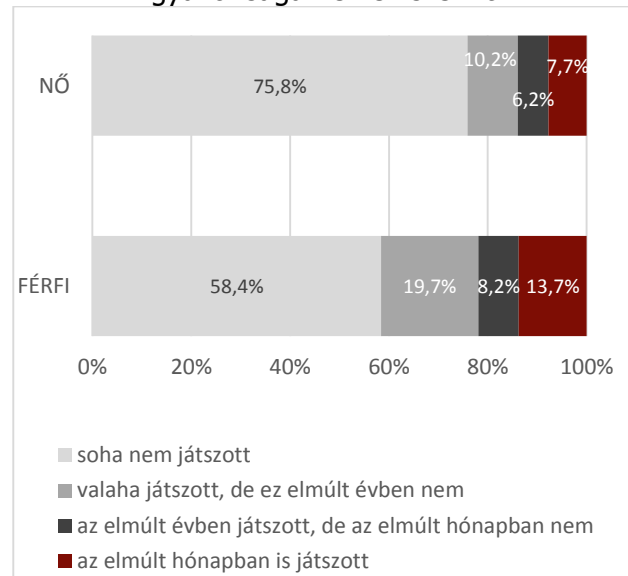
Problémás onlinejáték-használat

Bár az onlinejáték-használat a serdülők körében egy rendkívül elterjedt szabadidős tevékenység, a felnőtt lakosság körében arányaiban sokkal kevesebben játszanak, és közöttük is leginkább a fiatalabb korosztály és a férfiak (14. és 15. ábra).

14. Ábra. Az online játékok használatának gyakorisága korcsoportok szerint

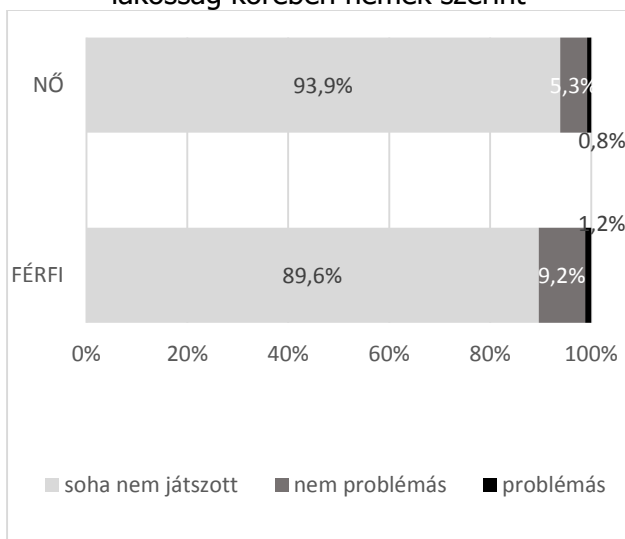


15. Ábra. Az online játékok használatának gyakorisága nemek szerint

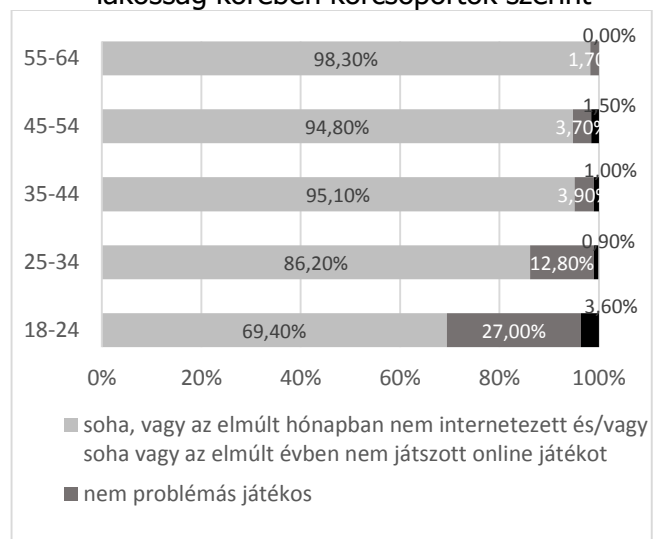


A problémás játékosok becsült aránya a teljes mintában 1%, a nem-problémás játékosoké pedig 7,1%. A fennmaradó 91,9% soha, vagy az elmúlt hónapban nem internetezett, és/vagy soha, vagy az elmúlt évben nem játszott online játékokat. A problémás játékosok nemi és korcsoportok szerinti megoszlása másképpen alakul a játékosok körében, mint a teljes felnőtt lakosság körében. Míg a játékosok között – jelen minta esetén – a nők és a középkorúak között vannak jelen nagyobb arányban problémás játékosok, addig a teljes népességet nézve a fiatal felnőttek és a férfiak körében magasabb a problémás játék prevalenciája (16. és 17. ábra).

16. Ábra. A problémás online játék a felnőtt lakosság körében nemek szerint



17. Ábra. A problémás online játék a felnőtt lakosság körében korcsoportok szerint

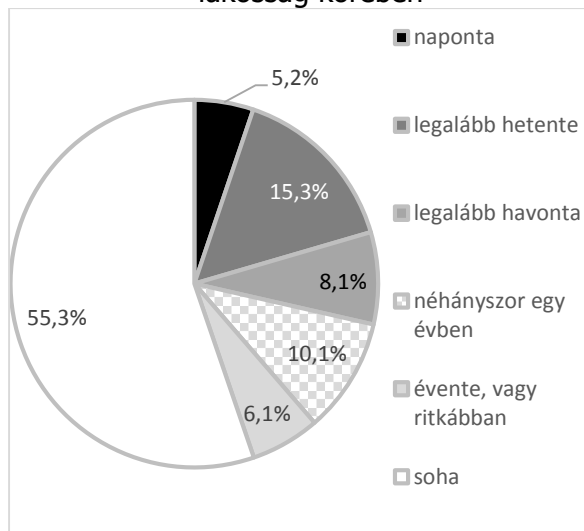


Testedzésfüggőség

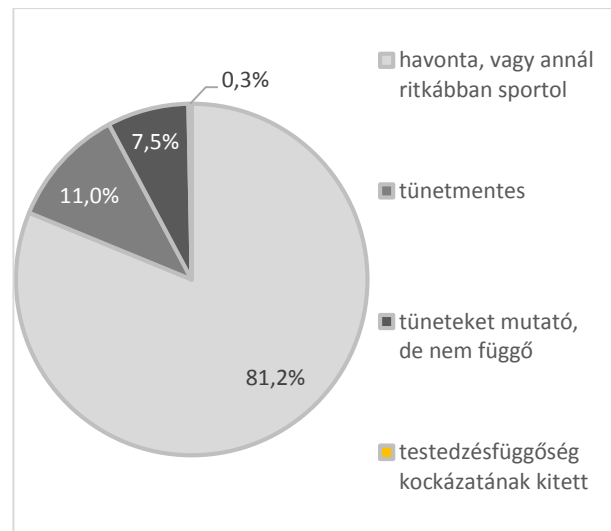
A magyarországi felnőtt népesség egy ötöde (20,5%-a) sportol legalább heti rendszerességgel, több mint fele (55,3%) viszont egyáltalán nem sportol (18. ábra).

A rendszeresen sportolók nagyobbik része tünetmentes a testedzésfüggőség szempontjából, egy jelentősebb réteg mutat ugyan tüneteket, de nem eleget ahhoz, hogy fennálljon a problémásság veszélye, a lakosság egy egészen kis része (0,3%) esetén viszont fennáll a testedzésfüggőség kockázata (19. ábra).

18. Ábra. A sportolás gyakorisága a felnőtt lakosság körében

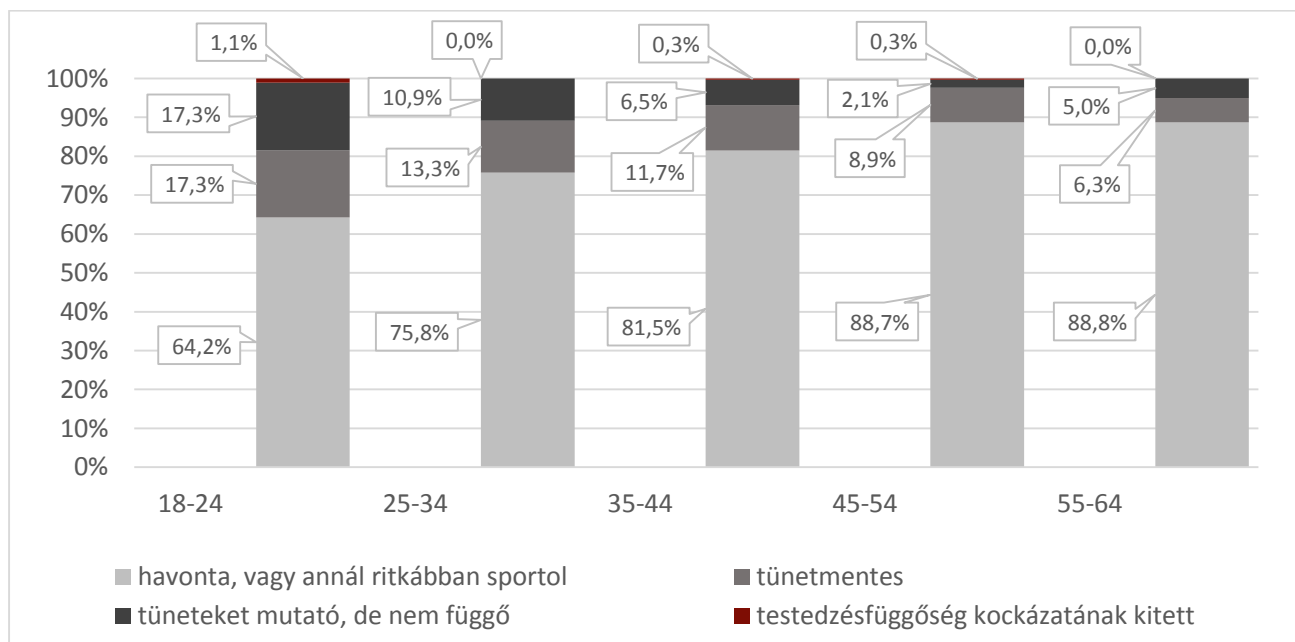


19. Ábra. A testedzésfüggőség prevalenciája



A probléma mindkét nem képviselői között hasonló mértékben van jelen, az életkort tekintve pedig a fiatal felnőtteket érinti leginkább (20. ábra).

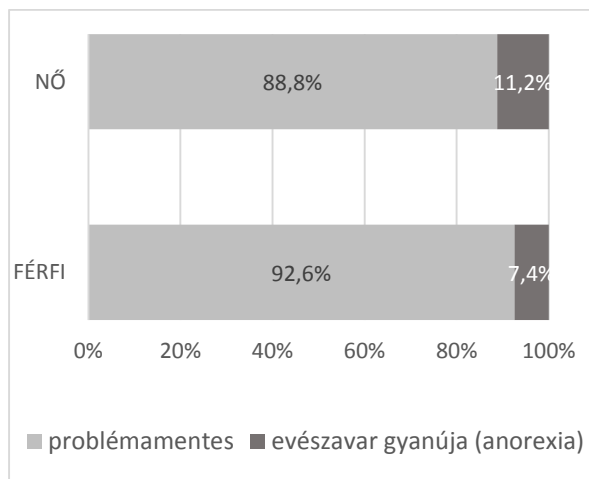
20. Ábra. A testedzésfüggőség prevalenciája korcsoportok szerint



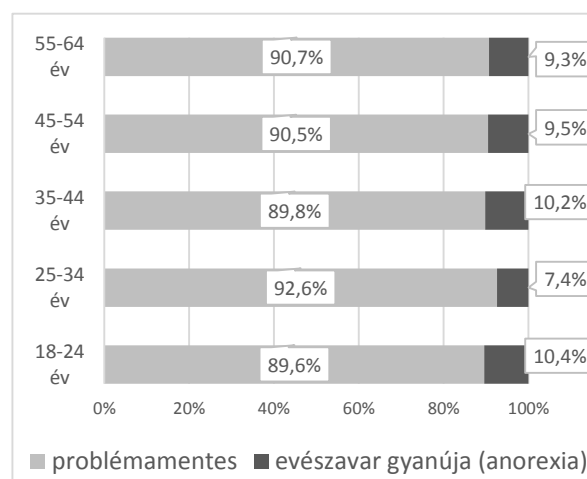
Evészavar

Az evészavarok gyanúja szűrőkérdőívvel becsülve a felnőtt lakosság 9,4%-a esetén merül fel. A nőket nagyobb arányban érinti (21. ábra), a különböző korosztályok között azonban viszonylag egyenletesen oszlik el (22. ábra).

21. Ábra. Az evészavar kockázatának prevalenciája nemek szerint



22. Ábra. Az evészavar kockázatának prevalenciája korcsoportok szerint

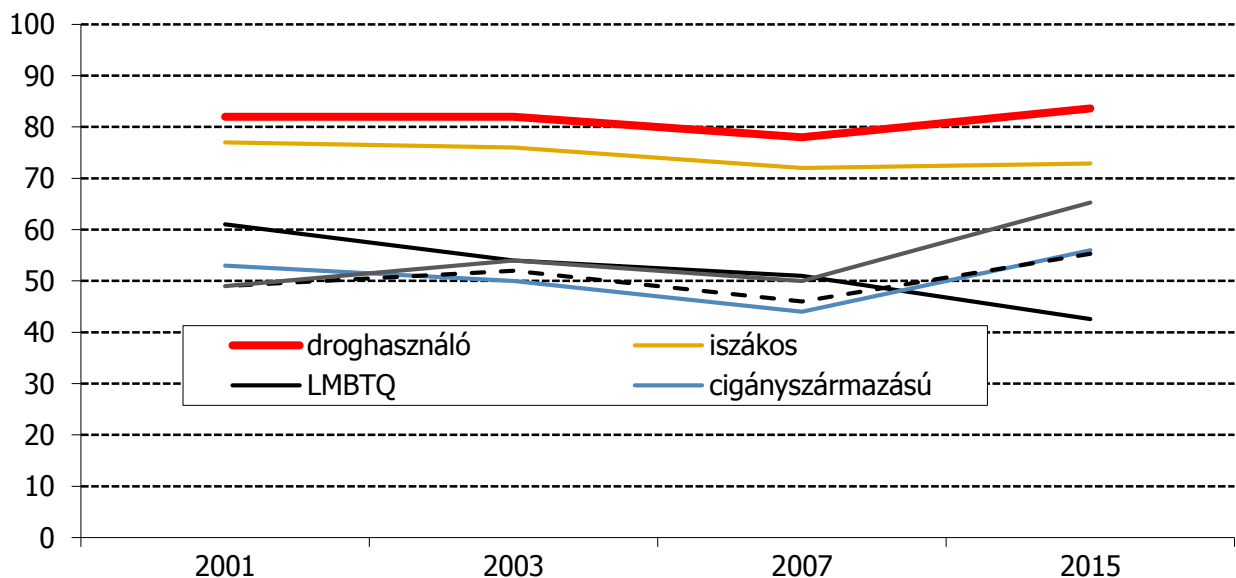


A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonyulások különböző dimenzióinak, látens faktorainak megismerése

Kutatásunk egyik hangsúlyos eleme volt a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonyulások különböző dimenzióinak, látens faktorainak megismerése. Arra törekedtünk a kutatási periódus során, hogy az eddig e területen szokásosan alkalmazott (a drogepidemiológiai vizsgálatok standardjait leképező) attitűdmérő eljárások módszertani eszköztárát bővítsük és az ily módon szerzett tapasztalatoknak az értékelő viszonyulások és a sztereotípiák kutatásának kurrens összefüggésrendszerében történő értelmezését is megvalósítsuk (Hunyady, 1981; 2009, Fiske, 2006). Tekintettel arra, hogy a lakossági vélekedések vonatkozásában a drogepidemiológiai vizsgálatokban szokásosan alkalmazott indikátorok mentén meglehetősen alacsony variabilitást mutató kép bontakozott ki, így a kutatás ennek finomítását, az értékelő viszonyulás mintázódásának alaposabb megismerését volt hivatott biztosítani a vonatkozó attitűd tárgyak (társadalmi csoportok) ellentétes tulajdonságpárok mentén történő megítéltetése révén (az alkalmazott módszerek részletes leírását a szakmai zárójelentés „A kutatás módszertani háttere” című fejezete tartalmazza).

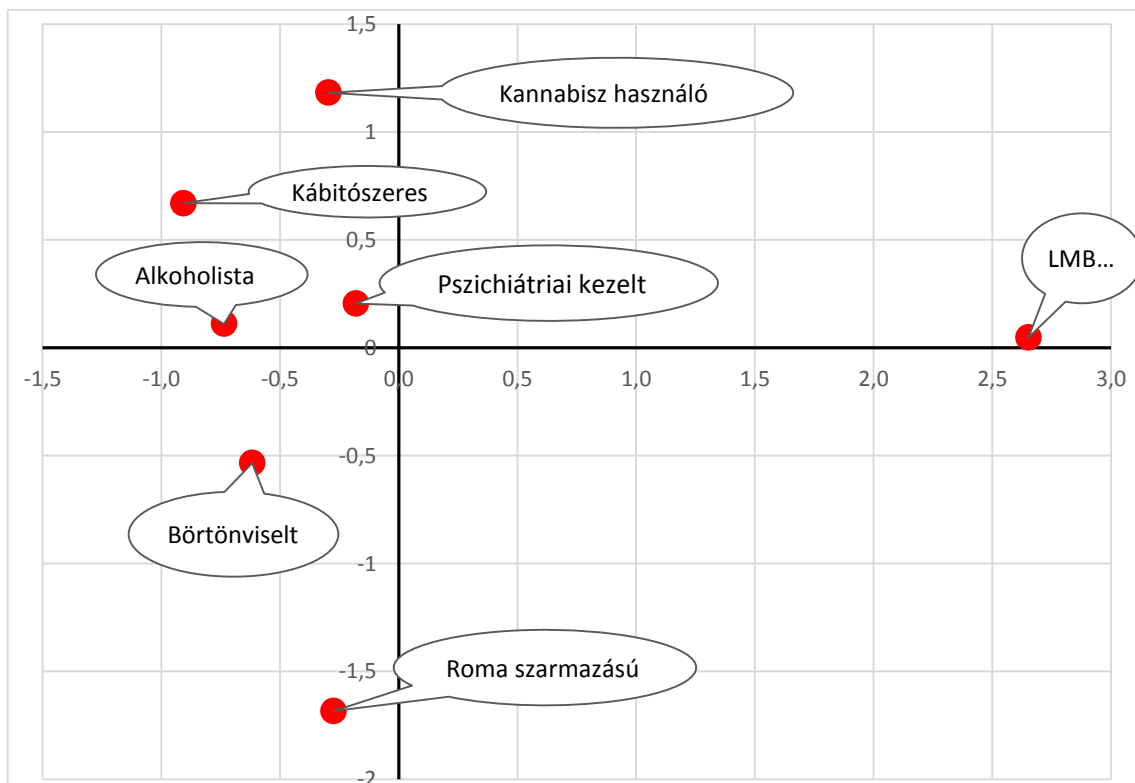
A korábbi kutatásokkal összhangban (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2014, Paksi, 2009) az OLAAP 2017-es kutatás eredményi is azt mutatják, hogy a felnőtt lakosság körében – más társadalmi csoportok kontextusában – a legkevésbé elfogadott társadalmi csoportot a kábítószer-fogyasztók képezik Magyarországon, s drogfogyasztókkal tartott társadalmi távolság az utóbbi években valamelyest növekedett (24. ábra).

23. ábra: A társadalmi távolság skálán mért eredmények változásai a 18-53 éves magyarországi felnőtt népességben



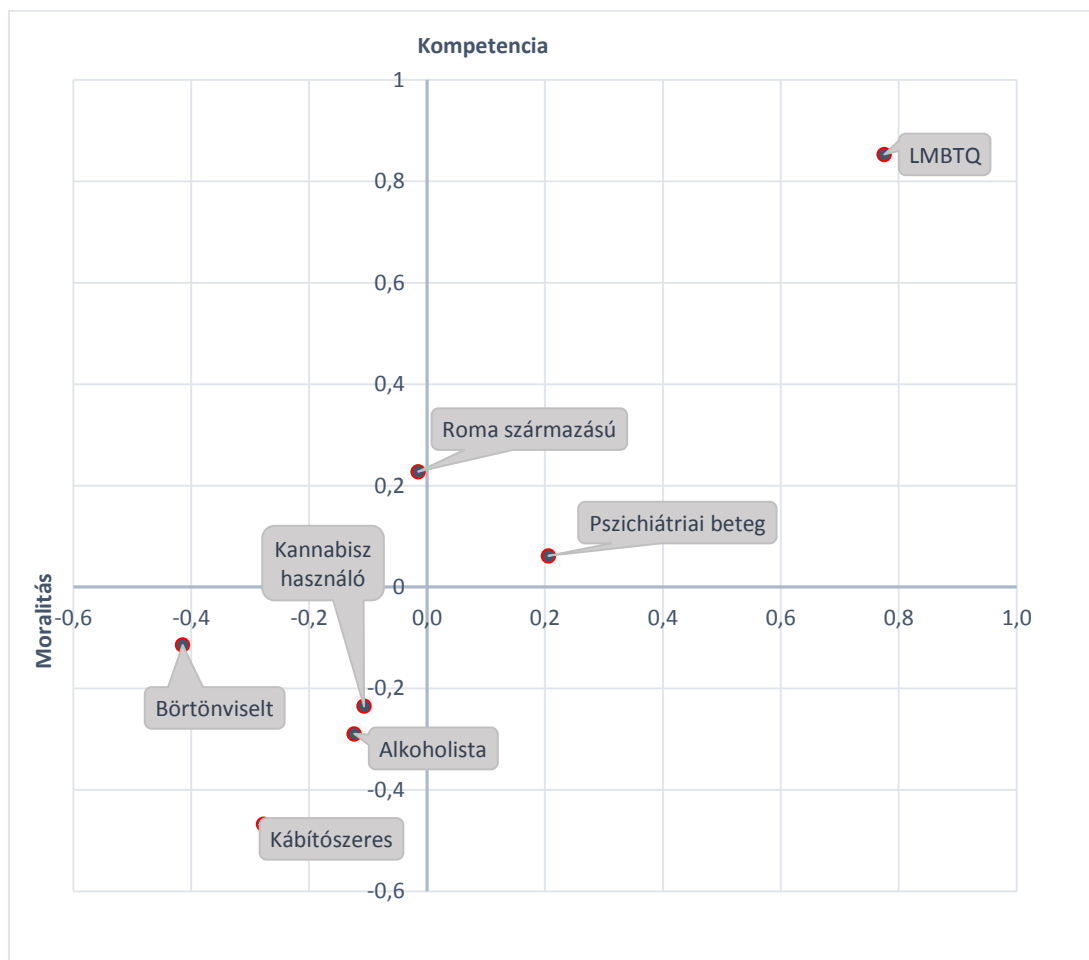
A különböző – OLAAP 2017-es kutatás során az ellentétes tulajdonságokkal is részletesen vizsgált – 7 marginalizált társadalmi csoportok esetében mért távolságok alapján Multidimenzióális skálázással (MDS) egy 2 dimenziós látens struktúra-modellt hoztunk létre, ami a vizsgálat társadalmi csoportok egymáshoz viszonyított elhelyezkedését fejezi ki. A modell alapján a kábítószer-használók az alkoholistákkal, a pszichiátriai kezelték és a kannabisz-használókkal helyezkednek el egy klaszterben.

25. ábra: A tulajdonságpárok mentén értékelt 7 társadalmi csoport Bogardus skála alapján kirajzolódó 2 dimenziós látens struktúrája a tengelytükrözéses transzformációt követően (MDS)



A 7 társadalmi csoport ellentétes tulajdonságpárok mentén való jellemzése alapján végzett elemzéseink¹³ során szintén két dimenzió bontakozott ki. Az egyik faktor a becsületes-becstelen, az őszinte-hazug, a jóindulatú-rosszindulatú, barátságos-barátságtalan, valamint a tehetséges-tehetségtelen tulajdonságpárok negatív tartománya által meghatározott, melyet „immoralitás” faktornak neveztünk el. A másik faktor az erős-gyenge, kitartó-könnyen feladja, kiszámítható-kiszámíthatatlan, felelősségteljes-felelőtlen, valamint a törekvő céltalan tulajdonságpárok negatív végpontját megjelenítő szegmense által dominált „inkompetens”-nek nevezett véleménydimenziót jeleníti meg. A kapott két faktor alapján képzett indexek különböző társadalmi csoportokra vonatkozó átlagait ábrázolva, majd azt tengelytükrozeses eljárással transzformálva a „kompetencia” és „moralitás” tengelyek által létrehozott koordináta rendszerben a leginkább kedvező (morális és kompetens) pozíciót az LMBTQ emberek csoportja foglalja el, míg az immorális-inkompetens kvadránsban a három szerhasználó csoport, a kannabiszhasználók, alkoholisták és a kábítószerhasználók a börtönviseltek csoportjával helyezkednek el.

24. ábra: A „moralitás” és „kompetencia” faktor-indexek társadalmi csoportokra számított átlagai

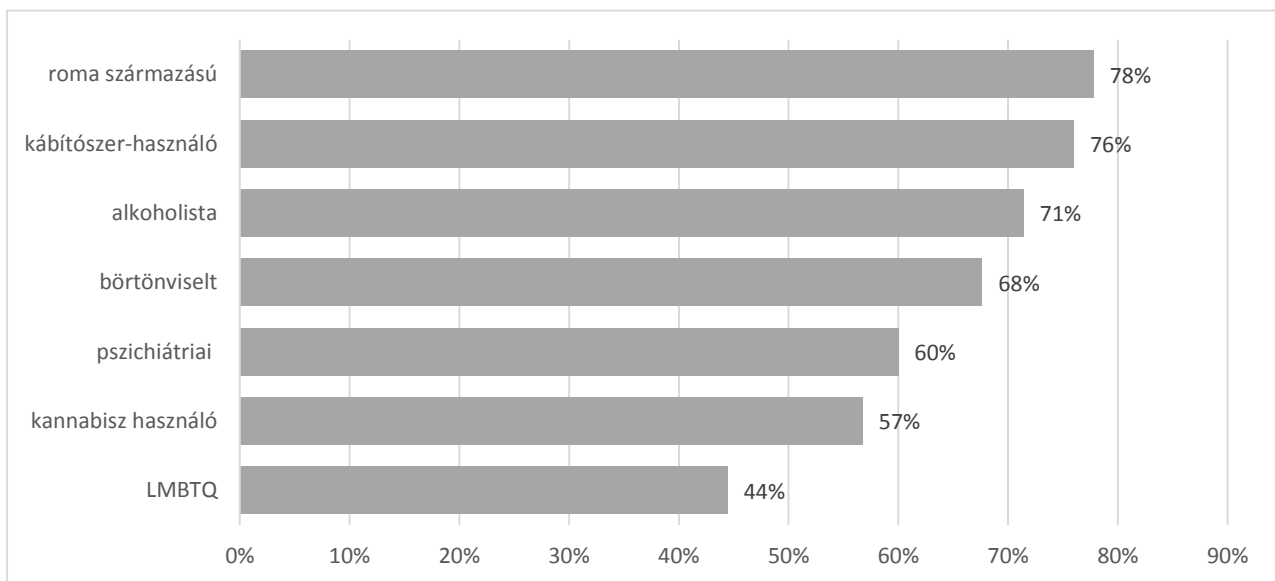


¹³ Az tulajdonságpárok mentén kapott adatok elemzése során olyan faktor elemzést végeztünk, ahol egy esetben, azaz megfigyelési egységnek egy résztvevő egy társadalmi csoporttal kapcsolatos megítéléseit vettük. Összesen tehát 7 x 2274, azaz 15918 esettel dolgoztunk. Ezzel az eljárással a válaszadóknak a 7 különböző társadalmi csoport vonatkozásában, 12 tulajdonságpár mentén megfogalmazott megítéléseit egy faktor analízisben vizsgáltuk, annak érdekében, hogy a vizsgált marginalizált társadalmi csoportok megítélését együttesen kifejező faktorokat hozzunk létre. A faktoranalízisbe bevitt változókat tehát a 15918 eset 12 tulajdonságpár mentén adott válaszai képezték, amiből 2 tulajdonságpár (agresszív-békés, önálló-önállótlan) került kizsárolásra. Így a végső modellként 10 tulajdonság alapján 6 iteráción (+ 3 rotációs iteráción) keresztül 2 faktor rajzolódott ki, melyek együttesen a bevitt változók varianciájának 64%-át magyarázzák.

A kvalitatív vizsgálati elem megvalósításának célja az volt, hogy a kvantitatív vizsgálat során kibontakozó társadalmi viszonyulások mintázódását, a kapcsolódó értelmezéseket finomítani tudjuk. Az alábbiakban a kvalitatív kutatás néhány főbb eredményét mutatjuk be.

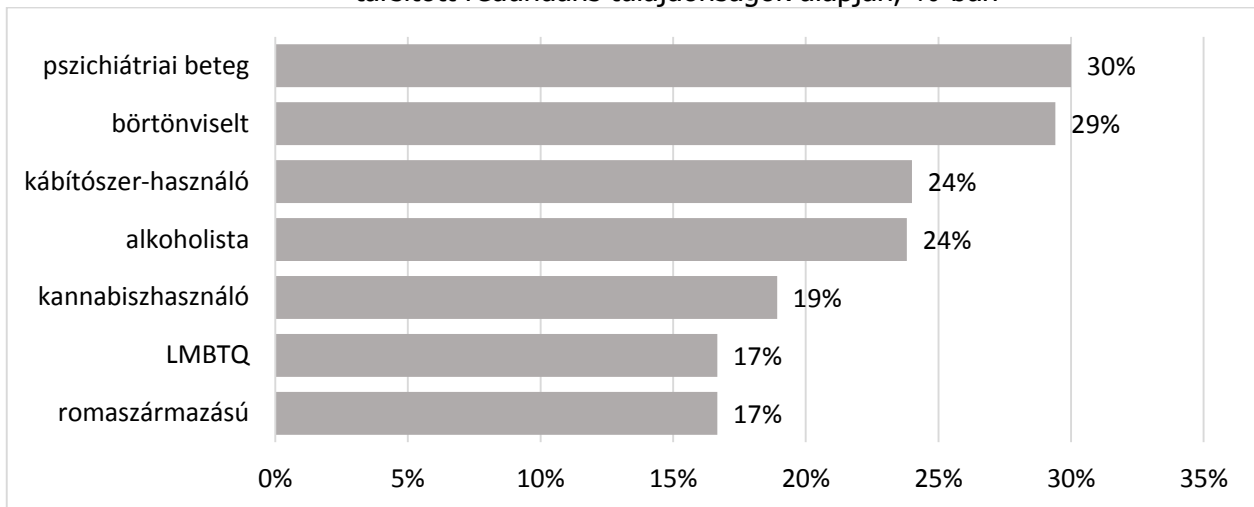
A fókuszcsoport résztvevők értéktartalmukat tekintve vegyes, de döntő mértékben negatív tulajdonságokat társítottak a kvantitatív vizsgálati elem keretében részletesebben is vizsgált hét társadalmi csoporthoz. A tulajdonságok értéktartalma alapján kiszámítottuk a tulajdonságok *negativitásának indexét* (nem negatív tulajdonságok/összes tulajdonság*100). A legnegatívabb értékelések a „romaszármazású” társadalmi csoporttal kapcsolatban fogalmazódtak meg, ami eltér attól, mint amit a kvantitatív vizsgálat során tapasztaltunk, ott mind az ellentétes tulajdonságpárok mentén történő megítélés, mind pedig a kívánatos szomszédsági viszony tekintetében a legkevésbé kedvelt/leginkább elutasított társadalmi csoportnak a kábítószer-használók bizonyultak. Ugyanakkor az LMBTQ emberek megítélése a fókuszcsoport részt vevők és a reprezentatív vizsgálat tapasztalatai szerint is a legkevésbé elutasított. A második leginkább elutasított társadalmi csoport a fókuszcsoport részt vevők vélekedése szerint a kábítószer-használók. Az egyes fókuszcsoportok eltérő percepciókról adtak számot. A leginkább elfogadó, legkevésbé szélsőséges véleményeket a tulajdonságok odaítélése során a vegyes képzettségi háttérrel rendelkező idősebb tagokból álló fókuszcsoport fogalmazta meg, ez alól az egyedüli kivételt az LMBTQ emberek megítélése képezte.

25. ábra: Az egyes társadalmi csoportokkal társított negatív tulajdonságok aránya (negativitási index) az összes tulajdonsághoz viszonyítva, %-ban a három különböző fókuszcsoportban



Minthogy a társadalmi csoportok elutasítása szempontjából a sztereotíp percepciók jelenlétét fontos szempontként tartja számon a szakirodalom (Katz és Braly, 1933, Hamilton, 1996) azt is megvizsgáltuk, hogy az egyes társadalmi csoportokkal társított tulajdonságok mennyi redundanciát hordoznak, vagyis, hogy a résztvevők ily módon feltárt elképzelései az adott társadalmi csoporttal kapcsolatban mennyiben mutatnak egyöntetűséget. Ennek érdekében egy *redundancia indexet* képeztünk minden társadalmi csoporttal összefüggésben (redundáns tulajdonságok száma/összes tulajdonság száma*100) (27. ábra). Figyelemreméltó, hogy a legtöbb negatív tulajdonsággal jellemzett romaszármazású csoport kapcsán fogalmazódott meg a legkevesebb redundáns tulajdonság, míg a legkevesebb negatív tulajdonsággal jellemzett LMBTQ emberek esetében tapasztaltuk a redundáns tulajdonságok legmagasabb arányát. A redundáns tulajdonságok odaítélése tekintetében a legjelentősebb fókuszcsoportok közötti különbségeket a pszichiátriai betegek és a kábítószer-használók tekintetében tapasztaltuk. Az idősebb, vegyes képzettségi háttérrel rendelkező fókuszcsoport összesen két társadalmi csoport, a pszichiátriai betegek és a börtönviselt tekintetében említett redundáns tulajdonságokat.

26. ábra: A vélekedések sztereotipizáltságának a mértéke az egyes társadalmi csoportokhoz társított redundáns tulajdonságok alapján, %-ban



A kvantitatív kutatás eredményeinek direkt értelmezése kapcsán a három fókuszcsoport eltérő jelentéssel ruházta fel a tulajdonságpárok alapján létrehozott tengelyeket, s egyik a fókuszcsoportban sem sikerült teljes egyetértésre jutnia a résztvevőknek. A fiatal egyetemistákból álló csoport többsége egyfelől a „barátságosság”, másfelől a „társadalmi hasznosság/kompetencia” tengelyeket azonosította, de még további szempontok is megfogalmazódtak, pl. a megbízhatóság, a csoport és a megítélő személy között percipiált hasonlóság – különbözőség mértéke. Az idősebb és alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező csoport két dimenziót azonosított: az „agresszió szintjét” és a „megbízhatóságot”. de további szempontként felvetődött, hogy „az adott csoport mennyiben tehető felelőssé saját sorsáért”, ennek egy további fejleménye volt a „gyógyíthatóság” szempontja is.

A társadalmi távolság skálán mért eredmények (dimenzióinak) értelmezése során a fentiekől részben eltérő szempontok merültek fel. A két magasabb végzettségű tagokból álló fókuszcsoport résztvevők körében első helyen a „személyes biztonság” szempontja emelkedett ki, bár e tekintetben sem uralkodott teljes egyetértés. Megjelent a „függőség léte”, illetve a „veszélyesség” szempontja is. Az alacsonyabb iskolai végzettségű fókuszcsoportban, ahol a praktikus, mindennapi megfontolások voltak túlsúlyban több szempont is megfogalmazódott, így az „agresszivitás”, a „zajosság”, valamint az, hogy az adott társadalmi csoport szomszédba költözése mennyire „csökkenti az ingatlan értékét”. Összességében a szomszédsági viszonytal kapcsolatos ítéletek háttérben a fókuszcsoport tagok visszatérő jelleggel hangsúlyozták a biztonság szempontját. Noha a kvantitatív vizsgálat során elvégzett elemzések két dimenzió jelenlétét mutatták ki, a fókuszcsoportos megbeszélések során leginkább a „személyes biztonság” versus „veszély” perspektíva, tehát csak egy dimenzió jelent meg hangsúlyosan.

A drogokkal kapcsolatos attitűdállapotok társadalmi kirekesztésre utaló elemei és a különböző drogepidemiológiai mutatók közötti kapcsolat vizsgálata

Mint azt az előző részben bemutatott eredmények alapján (is) láthattuk, a pszichoaktív szerhasználat általában egy morális térben zajló magatartás, de Magyarországon különösképpen erős a szerhasználattal járóigmatizáció és marginalizáció. A különböző, morális térben megjelenő társadalmi cselekvéseket, illetve az azzal összefüggő problémákat a társadalomtudományi modellek különböző módon értelmezik. Az egyik értelmezési irányt a kulturális megközelítések körébe tartozó társadalmi kontroll elméletek jelentik (Jessor, 1974; Lemert, 1974), a másik irányt pedig a minősítéssel, társadalmi kirekesztéssel foglalkozó interakcionista megközelítések (Becker, 1963; Goffman, 1981; Korf, 1995). A folyamatok megértéséhez a „kutatásoknak ki kell térniük egyfelől aigmatizáció potenciális prevenció szerepére, másfelől a potenciális deviancia-erősítő és egyéb

káros hatásaira is” (Room, 2007. 250.o.). Kutatásunk a fenti szempont beemelésével arra (is) kereste a választ, hogy az epidemiológiai mutatók milyen kapcsolatban állnak a droghasználókat stigmatizáló, markánsan elutasító társadalmi attitűddel, hogy a drogokkal kapcsolatos attitűdállapotokban a társalmi kirekesztésre utaló elemek fokozott jelenléte a droghasználat elmélyüléséhez, a droghasználatban való bennragadáshoz járulnak-e hozzá, vagy épp ellenkezőleg, az abból való kilépéshez.

A kérdéskör kapcsán azt vizsgáltuk, hogy milyen eltérések mutatkoznak a folyamatos használók, a leállt szerhasználók, illetve a soha nem használók drogfogyasztókkal kapcsolatos viszonyulásaiban. Ennek érdekében első lépésben a különböző társadalmi csoportok jellemzésére szolgáló 12 tulajdonságpár mentén a drogfogyasztókkal kapcsolatos válaszokat főkomponens-elemzéssel egy indexbe vontuk össze, illetve a válaszok mögötti látens dimenziók azonosítása céljából faktorelemzést végeztünk.

A főkomponens elemzéssel a modellbe vitt 12 tulajdonságpár mentén megjelenő vélemények közül 9-et egy indexben sikerült kifejezni. Az index alapját képező főkomponens a modellben maradt változók varianciájának 58,6%-át jeleníti meg, s a tulajdonságpárok negatív tartománya által meghatározott (8. táblázat). A főkomponens alapján létrehozott, általunk „negatív tulajdonságok indexe”-nek elnevezett, 0 átlagú, ± 1 szórású index a drogfogyasztókhoz társított tulajdonságok jelentéstartalmának negativitását fejezi.

8. táblázat: Drogfogyasztókhoz társított negatív tulajdonságok indexének főkomponens mátrixa (a 18-64 éves népesség körében)

Component Matrix	Component
becsületes - becstelen	,722
őszinte - hazug	,756
erős - gyenge	,804
kitartó - könnyen feladja	,752
kiszámítható - kiszámíthatatlan	,791
felelősségteljes - felelőtlen	,804
törekvő - céltalan	,823
jóindulatú - rosszindulatú	,681
önálló - önállótlan	,745

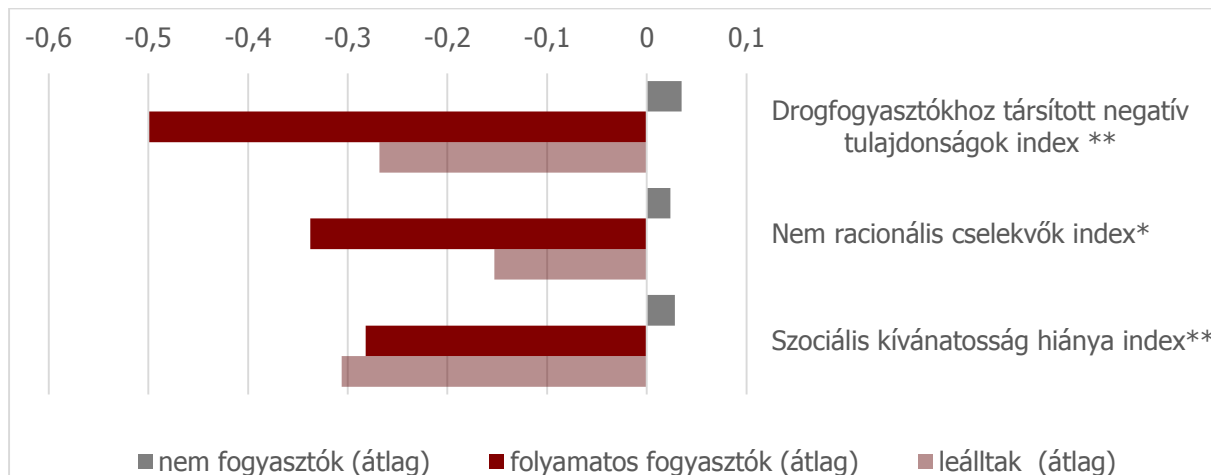
A drogfogyasztók tulajdonságpárok mentén való jellemzése mögött meghúzódó látens faktorok azonosítása céljából Maximum Likelihood eljárással végzett faktoranalízis során a bevitt 12 változóból 7 változót modellben tartva 4 iteráción (+ 3 rotációs iteráción) keresztül két látens dimenziót sikerült azonosítani, melyek együttesen a modellbe vitt változók varianciájának 66%-át magyarázzák (az első faktor 35, a második faktor 30,9%-ot). Az 1. faktor a kitartó - könnyen feladja, kiszámítható – kiszámíthatatlan, felelősségteljes – felelőtlen, illetve a törekvő – céltalan tulajdonságpárok negatív tartománya által meghatározott, a drogfogyasztók megítélésében a „nem racionális cselekvő” jellemzőivel felruházó vélekedési dimenziót mutatja meg. A második, a jóindulatú – rosszindulatú, a barátságos – barátságatlan, valamint a tehetséges - tehetségtelen tulajdonságpárok negatív tartományaként értelmezhető faktor pedig a szociális kívánatosság hiányával kapcsolatos véleménydimenzió megjelenésére utal. A két faktor alapján két, a drogfogyasztókkal kapcsolatos vélekedések háttérében meghúzódó látens dimenziókat kifejező indexet hoztunk létre.

9. táblázat: A droghasználók tulajdonságokkal történő jellemzésének háttérében meghúzódó látens faktorok faktormátrixa (a 18-64 éves népesség körében)

Rotated Factor Matrix	Factor	
	1	2
kitartó - könnyen feladja	,633	,241
kiszámítható - kiszámíthatatlan	,737	,286
felelősségteljes - felelőtlen	,800	,243
törekvő - céltalan	,787	,309
jóindulatú - rosszindulatú	,311	,793
barátságos - barátságatlan	,262	,879
tehetséges - tehetségtelen	,285	,686

A következő lépésben azt vizsgáltuk, hogy a fenti eljárásokkal létrehozott indexek átlagértékei hogyan alakulnak az folyamatos használók, a leállt szerhasználók körében (5. ábra). Elemzéseink azt mutatják, hogy a „negatív tulajdonságok” indexe és az „irracionális cselekvő” index tekintetében a leálltak inkább azonosulnak a társadalmi vélekedésekkel (véleményük átlaga negatív, de közelebb van a társadalmi átlagot kifejező 0 értékhez), mint a folyamatos használók. A szociális kívánatosság hiánya index tekintetében azonban a folyamatos használók véleménye van valamelyest közelebb az általános társadalmi vélekedésekhez.

27. ábra. A drogfogyasztókkal kapcsolatos viszonyulásokat kifejező indexek összefüggése a folyamatos használattal



A fentiek a drogfogyasztók társadalmi megítélése tekintetében megerősítik a társadalmi kontroll elméletek kettős természetének érvényesülését. A droghasználók társadalmi megítélésének háttérében álló látens faktorok némelyike (a „nem racionális cselekvő” és az általános „negatív tulajdonságok” index) esetében a protektív, míg mások esetében (szociális kívánatosság hiánya index) a szerhasználat elmélyülését fokozó hatások érvényesülnek.

Irodalom

- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- 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.
- Barratt, E. S. (1959): Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9: 191–198.
- Becker, H. 1963. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.
- Bogardus, E. S. (1927). Race friendliness and social distance. *Journal of Applied Sociology*, 11, 272-287.
- Busa Cs., Füzesi Zs., Kesztyűs M., Szemlyácz J. Tistyán L. (2009): Kirekesztődés és kirekesztés – a droghasználók társadalmi megítélése. *Kapocs*, 8. (2) Letöltve:2015.01.10. http://epa.oszk.hu/02900/02943/00041/pdf/EPA02943_kapocs_2009_2_01.pdf
- Csesztregi T. (2016): Az új pszichoaktív szerek piacával kapcsolatos friss tapasztalatok. MAT tematikus konferenciája: Változó Képletek – ÚJ(abb) szerek: kihívások, mintázatok, megoldások. Budapest, 2016. december 1.
- Csibi S., Demetrovics Zs., Szabo A. (2017): Az Okostelefon-használat Megvonási Tünetskála (OMT) validálása iskolás gyermekekkel. *Pszichológia Hungarica* (megjelenés alatt)
- Csizmár K., & Cukonyi Cs. (2003): A kábítószer-használókkal szembeni előítéletek alakulása és háttértényezői, strukturális kapcsolata a kisebbségi és etnikai csoportokkal szembeni előítéletekkel. In: Münnich Á. (szerk): *A kábítószer kipróbálásának okairól*. Eötvös Kiadó, Budapest (170-185)
- Csorba J., Péterfi A., Figeczki T., Posta J., Medgyessy - Frank K., Kiss J. (2016) Tudják-e az ÚPSZ használók , hogy mit használnak. MAT tematikus konferenciája: Változó Képletek – ÚJ(abb) szerek: kihívások, mintázatok, megoldások. Budapest, 2016. december 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.
- Demetrovics Zs, Gyalog B. (2005) *Drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök mérése*. Budapest. Kutatási beszámoló. SZMM. Kézirat.
- 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): Testedzésfüggőség: 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., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.

- Eisinga, R., Grotenhuis, M. te, & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health*, 58(4), 637–642. Letöltve: 2015.01.10. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0416-3>
- Elekes Zs. (2004): Alkohol és társadalom. Országos Addiktológiai Intézet. Budapest, 1-215.
- Elekes Zs., & Paksi B. (2004): A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási Beszámoló, NKFP.
- Elekes Zs., Paksi B., & Lendvai A. (2005): A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata. ICsSzEM Kutatási Beszámoló.
- 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 (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, 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.
- 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, EMCDDA (kézirat).
- EMCDDA (2016): Európai kábítószer-jelentés 2016: Tendenciák és fejlemények. Luxemburg, Az Európai Unió Kiadóhivatala.
- Fiske, S.T. (2006) Társas alapmotívumok. Osiris, Budapest
- Goffman E. A. (1981). A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Gondolat. Budapest.
- Hamilton, D. L. (1999). A sztereotípiák megértése: elméletek és problémák történelmi perspektívában. In Hunyady, Gy., Nguyen, L. L. A. (Szerk.) Sztereotípiakutatás. Hagyományok és irányok (pp. 13–21). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Hollander, E. (1993): Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, 23: 255–358.
- Horváth G. (2016): Új pszichoaktív szerek kihívásai -Egészségügyi ellátás. MAT tematikus konferenciája: Változó Képletek – ÚJ(abb) szerek: kihívások, mintázatok, megoldások. Budapest, 2016. december 1.
- Hunyady, Gy. (1981): Kognitív komplexitás a személyek és ideologikus tárgykörök megítélésében. *Pszichológia* 1: pp. 105-130. (1981)
- Hunyady, Gy.(2009): A társadalmi közérzet pszichológiája: problémátörténet és aktualitás. *Magyar Pszichológiai Szemle* 64:(2) pp. 289-312. (2009)
- Ineke A.L. Stoop: Surveying nonrespondents, *Field Methods*, 2004, vol. 16; 23,
- Jessor, R. (1974): A mértéktelen alkoholfogyasztás szociálpszichológiája: Egy három etnikai csoportból álló település vizsgálatának eredményei. In: Andorka R., Buda B. Cseh-Szombathy L (szerk), *A deviáns viselkedés szociológiája*. Gondolat, Budapest.
- Johnson, T. et al. (2002): Culture and Survey Nonresponse. In: R. M. Groves, Don A. Dillman, J. L. Eltinge, R. J.A. Little, (ed) *Survey Nonresponse*, New York. John Wiley & Sons
- Katz, D., & Braly, K. (1933). Racial stereotypes of one hundred college students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28, 280-290.

- Korf, D.J. (1995) Dutch treat: formal control and illicit drug use in the Netherlands. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Koronczai, B., Urbán, R., Kökönyei, G., Paksi, B., Papp, K., Kun, B., et al. (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
- Lemert, E. M. (1974). Társadalmi struktúra, társadalmi kontroll és deviáció. . In: Andorka R., Buda B. Cseh-Szombathy L (szerk), A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat, Budapest.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction* (Abingdon, England), 107(1), 39–50. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- 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.
- NFP (2016): 2016-os éves jelentés az EMCDDA számára. Budapest, Nemzeti Drog Fókuszpont
- Nyikos E., Szeredi B., & Demetrovics Zs. (2001). Egy új viselkedéses addikció: Az internethasználat személyiségpszichológiai korrelátumai. *Pszichoterápia*, 10(3), 168-182.
- Paksi B. (2003): Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B. (2009): Populációs adatok alakulása. In: Felvinczi K., Nyírády A. (szerk): Drogpolitika számokban. L'Harmattan, Budapest, (81-141)
- 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 (2009) 4, 273–300.
- Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2015): Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében - a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” (OLAAP 2015) első eredményei. A Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. november 26-28, Siófok, Supplementum kötet, pp. 53. http://www.mat.org.hu/doksi/2015/Absztraktfuzet_MAT_X_2015.pdf
- Paksi B., Magi A., Demetrovics Zs., Felvinczi K. (2016): Szerhasználó magatartások elterjedtsége a magyarországi felnőtt népesség körében – trendek és mintázódások, Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése, 2016. június 2-4., Budapest. In: Vargha A. (szerk) Kivonatkötet. pp. 79-80. http://mptnagygyules.hu/images/MPT_Ngy2016_kivonatkotet_0509.pdf
- Paksi B. (2016): Változások a felnőtt népesség szerhasználatában – a lakossági vizsgálatok alapján. „Változások a tiltott és legális szerfogyasztásban - lehetséges magyarázatok.” Kerekasztal beszélgetés. Budapest, 2016. december 8.
- 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*, XIX. 2. (megjelenés alatt)
- Pápay, O, Urbán, R., Nagygyörgy, K., Griffiths, M.D., Ágoston, Cs., Farkas, J., et al. (2013). The development and application of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ) and its short form (POGQ-SF). *Journal of Behavioral Addictions*, 2 (Supplement 1), 27.
- Patton, J. M., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995): Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51: 768–774.

- Pillók P. (2010): Az elhanyagolható tényező, avagy a nem mintavételi hibák a kérdőíves adatfelvételekben. Doktori disszertáció. letölteve: 2015. 01.10.
http://tatk.elte.hu/file/dissz_2012_PillókPeter.pdf
- 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, 622–639.
- Room R. (2007): Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek *Addiktológia*. 2007. VI. Évfolyam 3. Szám
- Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, & Angermeyer MC. (2011): The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011;46:105–12.
- SMART (2011): Questionnaire: Standardizing Measurement of Alcohol Related Troubles. Warsaw: Institute of Psychiatry and Neurology. 11 p. Letölve: 2015.01.17.
http://www.drugsandalcohol.ie/15683/1/SMART_questionnaire.pdf
- Szécsi J. (2016) ÚPSZ használat a mélyszegénységben élők körében. MAT tematikus konferenciája: Változó Képletek – ÚJ(abb) szerekek: kihívások, mintázatok, megoldások. Budapest, 2016. december 1.
- 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., Kő N., Kállai J., Fábián Á., & Simon L. (2004): A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, 19: 235-243.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 23-35
- Varga, G., Kapitány-Fövény, M., Urbán, R., Paksi, B., Kun, B., Székely, A., et al. (előkészületben) The Revised 21-item form of the Barratt Impulsiveness Scale.
- WHO (2000): International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Department of mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Disease and mental Health Cluster.