

Kevert módszereken alapuló tervezési eszköz dokumentációja

IV.2.2.3.1. A kiválasztott tervezési eszközök egységes dokumentációja, szükség esetén adaptációja a hazai viszonyokra, a tervezési eszközök módszertani és emberi erőforrás-szükségleteinek biztosítása.

Vitrai József

A tanulmány a TÁMOP 5.4.1. számú kiemelt projekt keretében,
a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából készült

Budapest, 2011. január



TARTALOM

1.	Bevezető.....	3
2.	A kábítószer-problémát célzó szolgáltatások tervezése	4
2.1	A tervezés értelmezési kerete.....	4
2.2	A helyzetértékelés.....	4
2.3	A szükséglet-elemzés	6
2.4	Célkitűzések meghatározása	6
2.5	Megvalósítás	7
3.	Kevert módszerek alkalmazása összetett értékelési feladatokban	8
3.1	Előzmények	8
3.2	A kevert módszer fogalmának fejlődése	9
3.3	A módszerek integrálásának koncepciója	10
3.4	Módszerek integrálásának gyakorlata	11
4.	Kevert módszerek alkalmazása szolgáltatások tervezésére	14
4.1	Az adatgyűjtés dokumentálása	14
4.2	A protokoll eljárás értékelési táblázatának elkészítése	17
4.3	A protokoll eljárás értékelési táblázatának használata.....	17
5.	Ajánlások	20
5.1	A szolgáltatások tervezését gondos előkészítés előzze meg!	20
5.2	A tervezési ciklus mind a négy lépéséhez készítsünk egy-egy értékelési táblázatot!.....	20
5.3	Használjuk a korábbi ciklusokban használt tervezési dokumentumokat!	20
6.	Felhasznált irodalom	21

1. Bevezető

A „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” című TÁMOP - 5.4.1/08/1 kiemelt projekt „A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillérének egyik fontos feladata „A kiválasztott tervezési eszközök egységes dokumentációja, szükség esetén adaptációja a hazai viszonyokra, a tervezési eszközök módszertani és emberi erőforrás-szükségeinek biztosítása”.

A feladat elvégzéséhez olyan tervezési eszközt választottunk, amely lehetővé teszi a szolgáltatások fejlesztésekor figyelembe veendő sokféle szempont, kiemelten az ellátási szükséglet és a rendelkezésre álló ellátási kapacitás megfelelően dokumentált összeegyeztetését. Ehhez a különféle megközelítések integrálását biztosító kevert módszerek elemzési és értelmezés keretét használja. Jelen tanulmányban ajánlott tervezési eszköz jól alkalmazható valamennyi, a drogprobléma csökkentését célzó szolgáltatások tervezéséhez, és a javasolt dokumentáció használatával biztosítható a részvevő döntés-előkészítő szakemberek számára a tervezési ciklus során felhalmozódó tapasztalatok rendszerezett gyűjtése, értékelése és felhasználása.

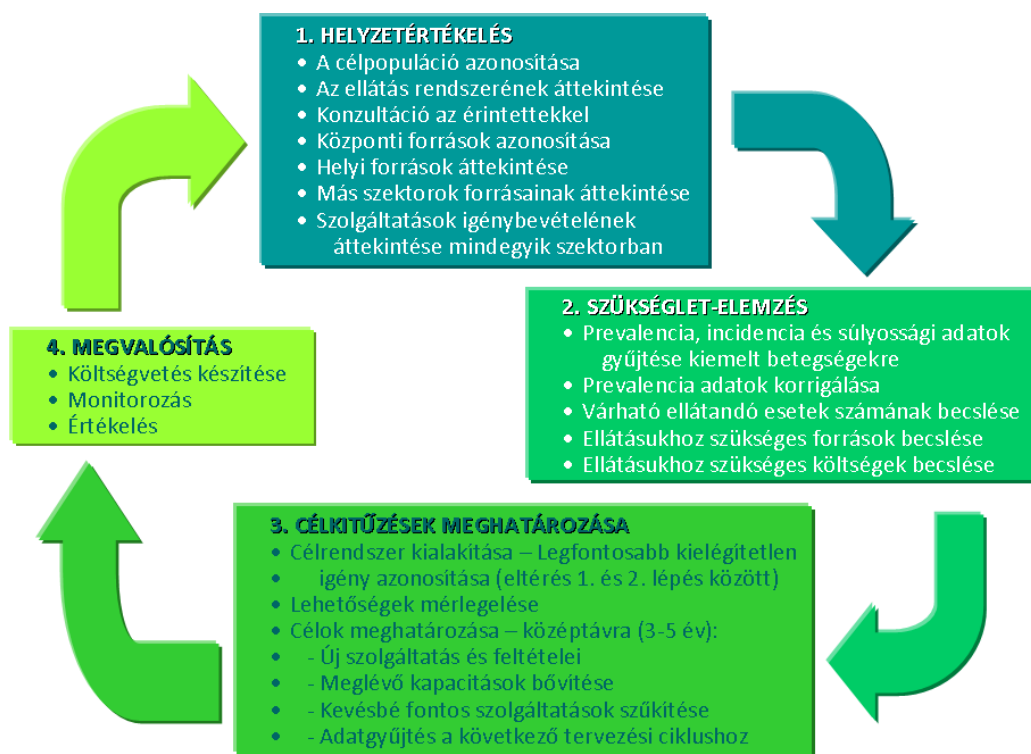
E tanulmány ajánlásai mindazon szakembereknek számára készültek, akik a drogprobléma csökkentését célzó szolgáltatásokat nyújtó intézményekben dolgoznak, és évről-évre szembe kerülnek a szolgáltatás tervezés kihívásával. Az ajánlásokat követve könnyebben rendszerezhetik a tervezés alapjául szolgáló adatokat, ismereteket, jobban hasznosíthatják a korábbi tapasztalataikat.

Jelen tanulmány két korábbi, ugyanezen projekt keretében készített és e feladathoz kapcsolódó tanulmány tapasztalataira épül. Felhasználja a szolgáltatások fejlesztésével kapcsolatban készített „A magyar egészségügyi szektorban jelenleg használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése” című elemzés valamint a kevert módszerek alkalmazásáról készített „Különböző módszerekkel nyert kábítószer-problémára vonatkozó adatok eltérésének értékelése, értelmezése” című tanulmány eredményeit.

2. A kábítószer-problémát célzó szolgáltatások tervezése

2.1 A tervezés értelmezési kerete

Az addiktológiai szolgáltatások tervezését a fejlett egészségüggyel rendelkező országokban – érthető okokból – a mentális egészségügy szolgáltatások tervezésének részeként valósítják meg.¹ A nemzetközi tapasztalatokat figyelembe véve a szolgáltatások tervezését érdemes az Egészségügyi Világszervezet e célra kifejlesztett útmutatójának² értelmezési keretében értelmezni. E dokumentum szerint a tervezés négy fő feladatból áll: helyzetértékelés, szükséglet-elemzés, célkitűzések meghatározása, megvalósítás. A fő feladatokat és végrehajtásuk leglényegesebb lépéseit az alábbi ábrán mutatjuk be:



Forrás: Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment Workbook Series, WHO, Genf, 2000.

Érdemes felhívni a figyelmet, hogy egy-egy lépés több, nem ritkán összetett és nehéz feladat végrehajtását jelenti. A következőkben áttekintjük, hogy a négy szolgáltatás-fejlesztési lépés feladatait.

2.2 A helyzetértékelés

¹ Lásd pl. Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment Workbook Series, WHO, Genf, 2000.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html

² Planning and budgeting to deliver services for mental health. In: Mental Health Policy and Service Guidance Package. Egészségügyi Világszervezet, Genf, 2003.

A *célpopuláció azonosítása* már önmagában nem könnyű feladat, hiszen a fogyasztás súlyosabb következményeivel küzdő fogyasztókról, az un. problémás drogfogyasztókról a rejtőzködő vagy egyéb ok miatt nehezen elérhető életmódjuk következtében az általános populációt célzó felmérési módszerekkel nem lehet hiteles adatokat nyerni.³ Érintett speciális csoportok többnyire a börtönlakók, a katonák, a hajléktalanok, a szexmunkások, az etnikumok tagjai, a homoszexuálisok, az állami gondoskodásban élő, a rekreációs szintén megjelenő, vagy egyéb okból veszélyeztetett fiatalok. A problémás drogfogyasztás megismerésére ezért egy-egy fogyasztó csoport sajátosságainak figyelembe vételével speciális módszereket alkalmaznak, amelyek azonban csak korlátozottan engedik meg a célcsoport részletes megismerését.⁴ [Paksi és Arnold, 2009]

Az *ellátás rendszerének áttekintése* jelenti talán a legkisebb nehézséget, bár az egészségügyi és aszociális szolgáltatások magyarországi elkülönülése e feladat megoldásához két szektor szakembereinek együttműködését igényli.

A szolgáltatások fejlesztése akkor lehet csak sikeres, ha megtörténik az érdemi *konzultáció az érintettekkel*. Ez biztosítja ugyanis, hogy a nyújtott szolgáltatások minél inkább az ellátottak szükségleteit és igényeit egyaránt kielégítse, a szolgáltatókkal történő egyeztetés pedig a terv megvalósíthatóságának biztosítja.⁵

A *központi források azonosítása* Magyarországon a szabályozás gyors változása és a több lehetséges forrás számításba vétele miatt sok szakértelmet igénylő, aprólékos feladat. Az egészségügyi ellátások költségeinek fedezésére elsősorban az Országos Egészségügyi Pénztárral kötött szolgáltatási szerződésekben rögzített feltételek alapján meghatározható források, a minisztérium speciális feladatokra, fejlesztésekre rendeletben biztosított forrásait, és a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség fejlesztési forrásainak áttekintése jelenti. A szociális szektorban is számos forrás, mint például a kábítószer-probléma csökkentésére vagy a közösségi pszichiátriai ellátás céljaira elkülönített forrás jöhet számításba.

A szolgáltatások fejlesztésére és működtetésére szolgáló *helyi források áttekintése* sokkal egyszerűbb feladat, hiszen az önkormányzatok szóba jövő forrásainak száma nem túl számos.

A *más szektorok forrásainak áttekintése* az előbbiekhöz viszonyítva jelentősen nagyobb erőfeszítést igényel. Más szektoroknak a kábítószer-probléma csökkentését célzó szolgáltatások

³ A problémás drogfogyasztók meghatározása: „a tartósan és/vagy rendszeresen és/vagy intravénásan opiát- vagy amfetamin-származékokat ill. kokaint használók, politoxikománok” <http://www.droffokuszpont.hu/?pid=14> Elérve: 2010.12.04.

⁴ Paksi, B. és Arnold, P.: Speciális populációk drogérzékenysége. In: Demetrovics Z. (szerk.), Az addiktológia alapjai II. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 2009.

⁵ Az *ellátási szükséglet* alatt olyan szolgáltatásokat értünk, amelyek – a ma rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok alapján – kedvező hatással lennének a szolgáltatást igénybevevő kliens számára. Az *ellátási igény* a kliensben megfogalmazódó szolgáltatás, amelyet – amennyiben az számára hozzáférhető lenne – igénybe venne.

fejlesztéséhez és működtetéséhez igénybe vehető forrásainak azonosításához a különböző szektorok szakembereinek igen komoly együttműködését feltételezi. Az együttműködés kialakításához rendszeres tájékoztatás, egyeztetés szükséges. Erre a célra kiválóan alkalmasak a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok, de a helyi körülményeknek megfelelő más formák, gyakorlatok is kialakíthatók.

A kábítószer-fogyasztók által használt *szolgáltatások igénybevételének áttekintése mindegyik szektorban* ugyancsak nem könnyű feladat, hiszen a különböző állami és magán intézményekben megjelenő fogyasztók azonosítása adatvédelmi okokból – a TDI rendszeren kívüli szolgáltatókkal nem összekapcsolható. Az aggregált adatok összesítése viszont az átfedések miatt csupán a szolgáltatások mennyiségére ad megbízható információ, de az igénybevevők számáról és a szükségletekről csak tájékoztató jelleggel.

2.3 A szükséglet-elemzés

A szolgáltatások tervezésének egyik legfontosabb eleme a *prevalencia, incidencia és súlyossági adatok gyűjtése*, azaz az ellátandó kliensek számának és az ellátási szükségletük meghatározása. Miután, amint azt az előzőekben említettük, a szolgáltatások célpopulációjának azonosítása is nehezen megvalósítható, az ellátandó területen újonnan megjelenő kliensek száma (incidencia) illetve az összes ellátandó kliens száma (prevalencia) meghatározása csupán csak statisztikai becsléssel megvalósítható. A becsléshez elengedhetetlen adatok és elemzők azonban legtöbbször csak országos szintű becslésekhez áll rendelkezésre, ezért helyi becslésekhez az elérhető hasonló térségek értékeinek vagy az országos adatok óvatos adaptálása jelenthet megoldást.

A *prevalencia adatok korrigálása* során, a helyi lakosság összetételének illetve a fogyasztást befolyásoló körülmények figyelembevételével történik a becsült adatok adaptálása. A célcsoport meghatározásakor továbbá célszerű figyelembe venni az ellátandó területen élő kisebbségek vagy bevándorlók

A tervezett időszakra az előzőleg megbecsült kliensszámok alapján történik meg a *várható ellátandó esetek számának becslése*.

Ennek alapján elvégezhető az adott időszakra vonatkozóan az *ellátásukhoz szükséges források becslése*, beleértve a rendelkezésre állási időt, a szakember szükségletet, a gyógyszereket, az eszközöket és az infrastruktúrát is.

A várhatóan szükséges források becslését követően sor kerül az *ellátásukhoz szükséges költségek becslésére*.

2.4 Célkitűzések meghatározása

Az első és a második lépés alapján történik a *célrendszer kialakítása – a legfontosabb kielégítetlen szükségletek azonosítása*, azaz a prioritások kijelölése. A rendelkezésre álló források ugyanis a legtöbbször nem elegendőek valamennyi kielégítetlen szükséglet ellátására. A célrendszer kialakítása nagy körültekintést és gondos mérlegelést igényel, hiszen a tervezéskor egyidejűleg kell figyelembe venni valamennyi érintett közösség érdekeit.

A tervezés e szakaszában a kielégítetlen szükségletek értékelése és a rendelkezésre álló források szem előtt tartásával a *lehetőségek mérlegelése* alapján, gyakran iteratív egyeztetés során alakítják ki a célrendszert.

A prioritások kiválasztásakor arra kell törekedni, hogy a *célok meghatározása – középtávra (3-5 év) történjen*. A tervezési folyamat végén meghozott döntések kiterjednek a kialakítandó új szolgáltatások és feltételeire, a meglévő kapacitások bővítésére, a kevésbé fontos szolgáltatások szűkítésére valamint a következő tervezési ciklushoz adatgyűjtésére.

2.5 Megvalósítás

A döntéseket követően kerül sor a *költségvetés készítésére*, majd jóváhagyására, végül pedig a tervezett ütemben a szolgáltatások fejlesztésére és működtetésére.

A források hatékony felhasználását csak is a *monitorozás* biztosíthatja. A szolgáltatások eredményességén kívül adatokat célszerű gyűjteni a források felhasználásáról is. A monitorozás során gyűjtött kvantitatív ilyen adatok alapján azután meghatározható a szolgáltatásnyújtásának költség-hatékonyasága.

Az *értékelés* során részben a fejlesztés megvalósulását vetik össze a tervezettel, részben pedig a célok elérését vizsgálják. Az értékelés során elvégzett gazdasági elemzések lehetőséget kínálnak annak megítélésére, hogy a ráfordítások mekkora hatással, haszonnal és – a célpopuláció szempontjából – mekkora előnnyel jártak. Az értékelés eredménye alapján levonható következtetések a következő tervezési ciklushoz nyújtanak bemenetet.

3. Kevert módszerek alkalmazása összetett értékelési feladatokban

3.1 Előzmények

A kevert módszer előzményének tekinthető módszert a szakirodalomban triangularizációnak (*triangularisation*) nevezik, de az utóbbi években több szinonimája és többféle értelmezése is elterjedt. A társadalomtudományokban használt háromszögelési módszer elnevezését a térképészetben alkalmazott eljárásról kapta, amelynek során két ismert pont segítségével határoznak meg egy harmadikat. A társadalomtudományokban e néven nevezett módszer elsődleges jelentése szerint két különböző nézőpontból közelítve egy jelenséghez, pontosabb leíráshoz, mélyebb tudáshoz juthatunk. A két vagy több szempontú megközelítés miatt nevezik ezt a megközelítést *mixed-method*, *multi-method*, *multi-level*, *multi-investigator* kutatásnak is. Ma már a leggyakrabban használt megnevezés a kevert módszer (*mixed method*), címében ezzel a megnevezéssel 2007 óta adnak ki folyóiratot (*Journal of Mixed Methods Research*⁶) is, sőt 2003-ban ilyen címen már tankönyvet is jelentettek meg, amelynek második kiadása az idén jelent meg.⁷

A módszertan megalapozása Norman Denzin nevéhez fűződik. [Denzin, 1970] Ő a triangularizáció négyféle típusát különböztette meg. Az adat-triangularizáció (*data triangulation*) esetén különböző forrásokból származó adatokat elemeznek ugyanazon vizsgált jelenség jobb megismerésére. A kutató-triangularizáció (*investigator triangulation*) olyan megoldást jelent, amikor több elemző értékeli ugyanazokat az adatokat. Elmélet-triangularizációnak (*theory triangulation*) nevezte azt az esetet, amikor az eredményeket különböző, alternatív szemléleti keretben értelmezik. Módszer-triangularizáció (*method triangulation*) pedig, meghatározása szerint, különböző módszerek ugyanazon jelenség megismerésére történő alkalmazása. A szakirodalomban találkozni lehet még egy ötödik típussal is, az analízis-triangularizációval (*analysis triangulation*), amely ugyanazon adatokon különböző elemzések elvégzését értik. [Ashatu, 2009]

A szakterületen sokszor idézett Alan Bryman szerint [Bryman, 1988] a módszertan első tudományos igényű meghatározását már korábban közreadták: „Amikor egy állítást két vagy több független mérés igazol, akkor az értelmezés bizonytalansága nagymértékben lecsökken.” [Webb és mtsai., 1966] Jól látszik azonban, hogy ez a meghatározás Denzin négy típusa közül csupán kettőnek, az adat- és a módszer-triangularizációnak feleltethető meg.

Hangsúlyozni kell, hogy a kvalitatív és kvantitatív módszerek kombinációja, egymás utáni alkalmazása, nem egyenlő azok integrált használatával, azaz a kevert módszer kutatási stratégiával.

⁶ Hasonló tartalommal, de eltérő címmel egy másik folyóiratot is kiadnak 2007 óta: *International Journal of Multiple Research Approaches*

⁷ *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. 2. kiadás, (szerk.) Charles Teddlie, Abbas Tashakkori, Sage Publications, 2010

[Moran-Ellis és mtsai., 2006] A kevert módszer, Denzin értelmezésében, ugyanarra a célra alkalmazza a különböző módszereket, míg az előző példában a kvalitatív módszer a kérdőívfejlesztést, a kvantitatív pedig egy kutatási kérdésnek a kérdőíves felméréssel történő megválaszolását célozta.

3.2 A kevert módszer fogalmának fejlődése

Kezdetben a triangularizáció két vagy több módszerrel nyert eredmény összevetését jelentette, amely lehetőséget adott a kutatónak ellenőrizni azt, hogy a vizsgált jelenség adott szempontból történő jellemzése mennyire pontos – hasonlóképpen a térképészeti alkalmazáshoz. [Moran-Ellis és mtsai., 2006] Ez az elképzelés azon a feltevésen nyugszik, hogy ha elég pontosan mérünk, akkor különböző módszerek hasonló eredményeket szolgáltatnak ugyanazon jelenség tanulmányozásakor. És ellenkezőleg, ha eltérő eredményekhez jutunk, akkor valamelyik mérési módszer hibás eredményt produkált. Ebben a modellben a triangularizáció során alkalmazott módszerek mindegyikéről feltételezték, hogy némi hibával mér, de együttes használatuk kiegyenlíti a hibákat. [Webb és mtsai., 1966] Az elképzelésben arra nem tértek ki, hogy a hibák esetleg össze is adódhatnak. Mivel a modell szerint a hasonló eredmény biztosabb következtetéseket jelent, ezért a triangularizáció ezen modelljét „megnövelt hitelesség” („*increased validity*”) modellnek nevezik.

Az előzőekkel szemben felvethető, hogy a kvalitatív és a kvantitatív módszerek értelmezési kerete eltérő (pozitivistá szemlélet áll szemben az interpretivistá megközelítéssel), így e módszerek ugyanazon jelenség vizsgálatára való alkalmazásakor a hasonló eredmények elvárása irreális. Ezen ellenvetéssel szemben a triangularizáció védelmében azt hozták fel, hogy különböző módszerekkel a sokszínű társadalmi jelenségek különböző szempontú leírásához juthatunk, és bár ezáltal egy-egy mérés hitelessége nem lesz nagyobb, de a jelenségekről alkotott kép mégis hitelesebb, részletekben gazdagabb lesz. Másképpen, ez az elképzelés a hasonló eredmény nagyobb bizonyosság tételt helyettesíti az összetett jelenség több szempontú megismerése tétellel. E modell leírására a „kiegészítő leírás” („*generating complementarity*”) megnevezést használhatjuk.

Az előzőekben felvázolt álláspontok között található az a nézet, amelyik elveti a „megnövekedett hitelesség” állítást, fenntartja, hogy a kvalitatív és a kvantitatív módszerek értelmezési keretei jelentősen eltérnek, de elfogadja, hogy a különböző módszerek együttes alkalmazása növelheti tudásunkat a vizsgált jelenségről. Nem fogadják el azt, hogy a triangularizáció során jobban megismerhetjük az „igazi” jelenséget, hiszen a kétféle megközelítéssel mást és mást tudunk meg róla, de az összetett valóságot különböző oldalról vizsgálva (azaz pozitivistá és interpretivistá megközelítéssel) éppen a társadalom sokféleségét ismerjük meg jobban.

A triangularizáció támogatóinak egy másik csoportja elméleti alapról kiindulva tartja fontosnak a kevert módszer alkalmazását. Ahelyett, hogy a társadalmi jelenségek létező

összetettségéből indulnának ki, azt hangsúlyozzák, hogy a társadalmi folyamatok a társadalmi szerkezet és a cselekvők különböző szintjein valósulnak meg. Ebből következően a különböző szintek tanulmányozására alkalmas módszerek együttes használata szükségszerű, ha ezen összetett jelenségeket vizsgáljuk. Példaként hozható fel valamilyen közszolgáltatás igénybevétele, hiszen jól tudjuk, azt mind makró, azaz csoport szintű, mind mikró, azaz egyéni szintű tényezők befolyásolják, és emiatt csakis **többszintű megközelítés** lehet megfelelő tanulmányozására. Megjegyezzük, a többszintű megközelítés igen gyakran különböző szinten, eltérő értelmezési keretben alkalmazott kvalitatív módszerek, pontosabban az azokkal nyert adatok „keverését” jelenti (formailag egyetlen többszintű regressziós egyenletben).

Megint mások elvetik a paradigmák különbözőségén alapuló megközelítést, azzal érvelve, hogy a kutatókat nem érdekli a kvalitatív és a kvantitatív értelmezési keretek mesterséges szétválasztása. Egyesek szerint ugyanis illuzórikus közöttük a határvonal, hiszen azok egy folytonos dimenzió két szélső értékét képviselik. (A triangularizáció tudományfilozófiai jellemzésének részleteihez lásd [Olsen, 2004; Moran-Ellis és mtsai., 2006].)

3.3 A módszerek integrálásának koncepciója

A kevert módszer fogalmának jelenleg érvényes meghatározásakor a különböző módszerek együttes alkalmazása mellett az **integráció** a kulcsfogalom. [Moran-Ellis és mtsai., 2006; O’Cathain és mtsai., 2010] Az integrálás két vagy több komponens összeillesztése egy új minőséget képviselő egészé. Vegyünk példaként egy kórházat, ahol a különböző egységek, mint a betegfelvétel, az intenzív osztály vagy éppen a mosoda saját szakmai szabályaik szerint működnek, sajátos képzettségű személyzetükkel, sajátos eszközeikkel azért a közös célért, hogy a betegeket megfelelően ellássák, gyógyítsák. Hasonlóképpen, a kevert módszer alkalmazásakor lényegesen eltérő, sajátos értelmezési kereteket feltételező módszereket, megközelítéseket, sajátos szabályaik szerint használunk a vizsgált jelenség jobb megismerése céljából. Függetlenül attól, hogy a kevert módszer alkalmazásakor a „keverés” a vizsgálat melyik pontján történik meg – azaz hogy már a vizsgálat elején az eltérő módon gyűjtött adatokat egyesítjük, vagy csupán a végén a különböző módszerekkel nyert eredmények értelmezése, a következtetések levonásakor –, minden esetben az előzőek értelmében integrációra kerül sor. Ha ilyen lépésre, azaz integrációra nem kerül sor, akkor csupán különféle módszereket alkalmaznak egymás után, vagy akár egyidejűleg, mint a már példaként felhozott kérdőívfejlesztésben, ahol a kvalitatív lépések célja eltér az utána következő kvantitívétól, hiszen míg az előzőnek a vizsgálati céloknak jobban megfelelő kvantitatív eszköz kialakítása, az utóbbinak a vizsgálati kérdés megválaszolása a célja.

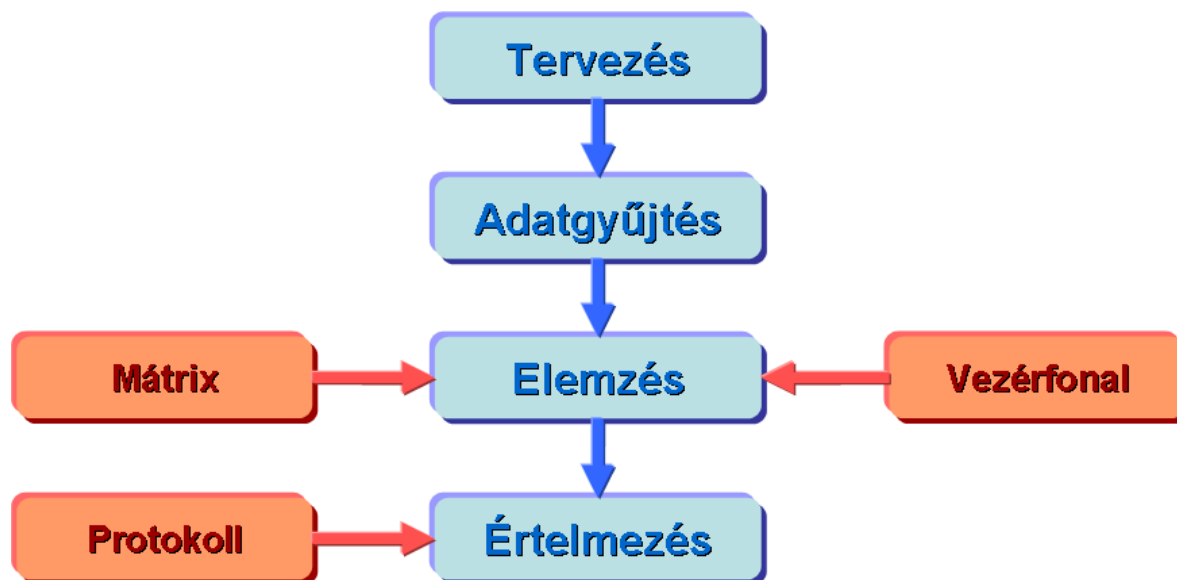
A módszerek keverését, az integrálást azonban nem csak a vizsgálat előrehaladtának különböző szakaszain értelmezhetjük, hanem a vizsgálat tárgyának különböző aspektusaira vonatkozóan is. Tehát az integrálás megtörténhet a vizsgálat tárgyának, vagy az aktorok, mint az egyének, csoportok, intézmények (mikró illetve makró) szintjén is. Ezt az értelmezést használták olyan többszintű elemzéskor például, amikor azt vizsgálták, hogy egy egyén halandósági esélyét hogyan befolyásolja kora, neme, iskolázottsága, foglalkozási státusza (egyéni szintű adatok), valamint a lakóhelyhez kapcsolható egészségügyi és társadalmi-gazdasági mutatók, mint a kockázati magatartás megyei elterjedtsége, a kistérségi átlagos jövedelem, a munkanélküliség, vagy a bűnesetek aránya (megyei és kistérségi szintű adatok). [Vitrai és mtsai., 2008]

Mint ez előzőekben láthattuk a kevert módszerek *differentia specifca*-ja az integráció, így bárkiben felvetődhet, hogy helyesebb lenne ezt a megközelítést „integrált módszer”-re fordítani. De mivel a nemzetközi szakirodalom a „mixed method” elnevezést használja, célszerűnek tartottuk a „kevert módszer” fordításnál maradni.

3.4 Módszerek integrálásának gyakorlata

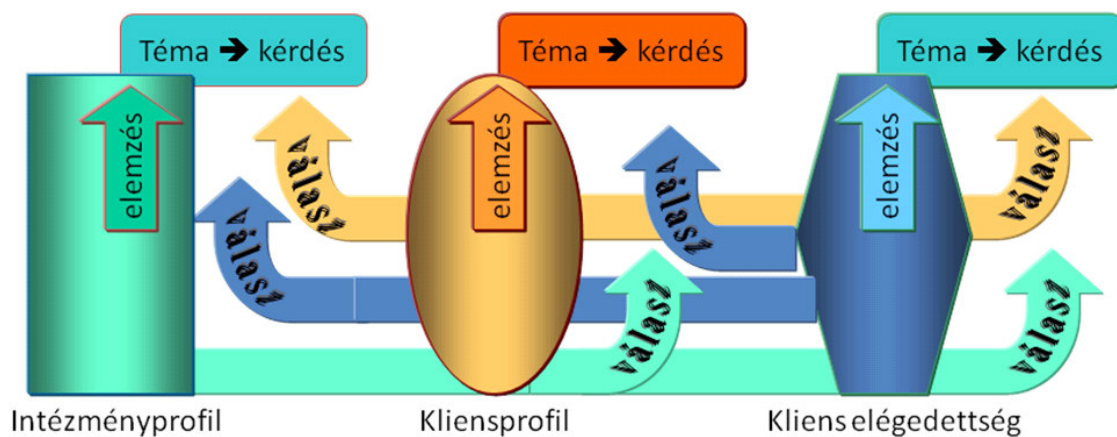
A következőkben három, a gyakorlatban leginkább elterjedt kevert módszer alkalmazási megoldást tekintünk át. [O'Cathain és mtsai., 2010] Kettő esetében az elemzés, a harmadiknál az interpretáció szakaszában történik meg az integráció. (1. ábra)

1. ábra: Három kevert módszer alkalmazási eljárás az integráció szintje szerint



A különböző módszerekkel gyűjtött adatok integrált elemzését valósítja meg a „vezérfonal eljárás” („following the thread”). [Moran-Ellis és mtsai., 2006] Az eljárás kiinduló elemzése során a

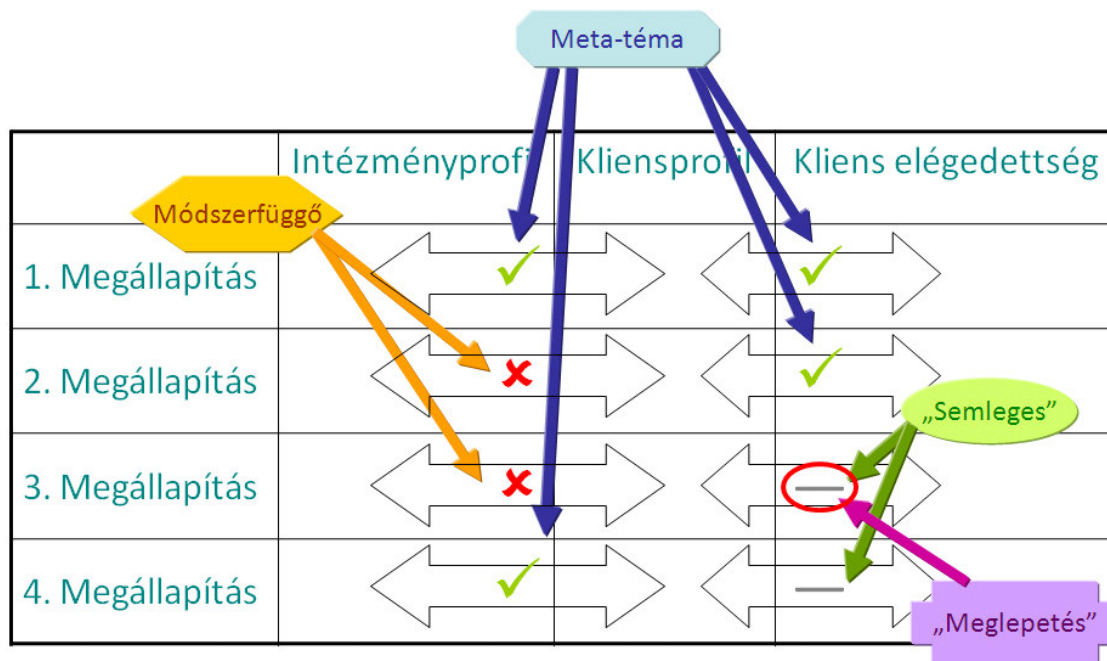
kutatók – az előzetes irodalomkutatás tapasztalatait és a vizsgálat fő célkitűzését figyelembe véve – sorra veszik az egyes adatbázisokat, és mindegyik adatformához meghatározzák a további vizsgálatra érdemes fő témákat és az azokhoz tartozó elsődleges kutatási kérdéseket. Ezt követően minden egyes adatbázis fő témájához kapcsolódó kutatási kérdést a többi adatforma egyenkénti elemzésével megpróbálják megválaszolni. Vagyis egy adatformában felvetett kérdés szolgált vezérfonalként a többi adatforma elemzésekor. Az eljárást az alábbi 2. ábra illusztrálja, ahol a három adatbázis kvalitatív (intézményprofil, kliensprofil) és kvantitatív (klienselégedettség) adatgyűjtések eredménye.



Ugyancsak az elemzés szintjén valósítják meg az integrációt a „**mátrix eljárás**” („*mixed methods matrix*”) alkalmazásakor. A kevert módszer használatakor kijelölhetők olyan vizsgálati alanyok/tárgyak, amelyek többféle adatgyűjtésben is szerepeltek. Ezeket az eseteket az ún. meta-mátrixok soraiba helyezik el, míg az oszlopokban az egyes esetekhez tartozó, a különféle módszerekkel gyűjtött adatok találhatók. Ez az elrendezés lehetőséget kínál a kutató számára ugyanazon esetekre vonatkozó kvalitatív és kvantitatív adatok együttes elemzésére. Az alábbi 3. ábrán a különböző színhelyen elvégzett adatgyűjtések egymással történő összevetését a vízszintes nyilak, míg ezek eredményeinek színhelyek szerinti összehasonlítását a függőleges nyilak illusztrálják.

	Intézményprofil	Kliensprofil	Kliens elégedettség
Miskolc	↓	↓	↓
Dunaújváros	↓	↓	↓
Észak-Pest	↓	↓	↓
Észak-Buda	↓	↓	↓

Talán a legrészletesebben ismertetett, az interpretáció szintjén használt eljárás a „**protokoll eljárás**” („*triangularition protocol*”), amelyet bár több kvalitatív módszer együttes használatára fejlesztettek ki, de sikerrel alkalmazható kevert módszerekre is. [Farmer és mtsai., 2006] Az eljárás első lépéseként a különböző módszerekkel nyert eredményeket összefoglaló ún. konvergencia jelölő táblázatot („*convergence coding matrix*”) készítenek. A táblázatban megjelölik azokat az eredményeket, amelyek teljesen vagy részlegesen megegyeznek, azokat, amelyek nincsenek, és azokat, amelyek ellentmondásban vannak. A semleges kategóriába eső, azaz az egymásnak nem ellentmondó eredmények olyankor fordulhatnak elő, amikor a különböző módszerek nem egyformán alkalmasak a vizsgált jelenség egy oldalának vizsgálatára. Amikor a kutatók elvárásaival ellentétben ilyen „meglepetésszerű” semlegességet („*surprise silence*”) tapasztalnak, az okok boncolgatása segíthet a jelenség jobb megértésében, vagy akár további vizsgálat kezdeményezésének lehetőségét is felvetheti. Ez az eljárás segít a kutatóknak abban, hogy az eredményekről egy-egy módszer értelmezési kereteiben gondolkodjanak, és hogy felismerjék a módszerektől független ún. meta-témákat. A 4. ábra egyetlen szolgáltatóra vonatkozó megállapításoknak a különbözőszempontból és módszerrel gyűjtött adatbázisokban protokoll eljárással történő összevetését mutatja be.



4. Kevertr módszerek alkalmazása szolgáltatások tervezésére

A szolgáltatások tervezésének négy lépése, a helyzetértékelés, a szükségletfelmérés, a célkitűzések meghatározása valamint a megvalósítás mindegyike tartalmaz többféle módon gyűjtött adatok, ismeretek együttes értékelését jelentő feladatot, és erre a célra a kevertr módszerek, amint azt az előzőekben bemutattuk, különösen alkalmasak. Az ismertetett eljárások közül a vezérfonal eljárás és a protokoll eljárás látszik leginkább alkalmasnak, hiszen mindkettőben egy-egy szolgáltatáshoz különböző adatforrások elemzése alapján lehet következtetéseket levonni tervezéséhez. A mátrix eljárásban azonban több szolgáltató összehasonlítása alapján történik az értékelés.

Két ok sorolható fel a mellett, hogy a két szóba jövő eljárás közül a protokoll eljárást ajánljuk a szolgáltatások tervezéséhez. Először is a protokoll eljárás az értékelési folyamat magasabb szintjén, az értelmezési szakaszban történik, azaz „közelebb van” az értékelés tárgyához, a szolgáltatásokhoz, ezáltal a levonható következtetések így könnyebben alkalmazhatók a gyakorlatban. Másodszor az értékelés során felhasznált adatok, ismeretek, és az azokból levezetett következtetések dokumentálása a protokoll eljárás táblázatában jobban áttekinthető. A szolgáltatások tervezéséhez emiatt a protokoll eljárást javasoljuk, és az alábbiakban valós példákön mutatjuk be az alkalmazás lehetőségét.

A példa anyagául a TÁMOP 5.4.1. kiemelt projekt „Kábítószer probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése pillér összefüggő helyi munkákra vonatkozó feladatok” keretében végzett „Kezelő-ellátó intézményrendszer feltérképezése és a szükséglet-meghatározás” című kutatások adatai szolgálnak. A kutatásokat négy színhelyen, Észak-Budán, Észak-Pesten, Miskolcon és Dunaújvárosban végezték 2010-ben. Az adatgyűjtés során egyfelől a droghasználók ellátásában részvevő intézmények kapacitásait mérték fel, másfelől az ellátásban megjelent valamint a nem megjelent, azaz rejtőzködő problémás drogfogyasztókat kérdezték ki. Az adatgyűjtést kiegészítették a drogfogyasztókkal potenciálisan kapcsolatba kerülő, különböző területeken dolgozó szakemberekkel folytatott csoportos megbeszélésekkel is. A szolgáltatások tervezéséhez tehát egy-egy színhelyen a következők adat- illetve információforrások álltak rendelkezésre: intézményi profilok, kezelésben lévő droghasználók valamint a rejtőzködő droghasználók adatai és a fókuszcsoport(ok) jegyzőkönyvei.

4.1 Az adatgyűjtés dokumentálása

A tervezési ciklus során többször is szükség lehet az információk esetleges ellentmondása miatt azok megbízhatóságát körültekintően mérlegelni, és ez megkívánja, hogy mind a kvantitatív, mind a kvalitatív adatok gyűjtését részletesen dokumentálják, szakszerűbben elkészítsék az

adatbázisok adatbázisát, az ún. meta-adatbázist. E célra mindegyik adatgyűjtéshez az alábbihoz hasonló táblázatot érdemes kitölteni.

1. Táblázat: Az adatgyűjtésekről összeállított meta-adatbázis mintája

Adatbázis megnevezése	Intézményi profil	Kezelésben lévő droghasználók	Rejtőzködő droghasználók	Fókuszcsoport
Adatgyűjtés célja	a kábítószer-probléma csökkentését célzó helyi szolgáltatások felmérése			a kábítószer-probléma helyi mértékének és jellemzőinek feltérképezése
Adatgyűjtés alanya/tárgya	szenvedélybetegekkel közvetlenül kapcsolatba kerülő intézmények			olyan szakemberek, aki munkájuk során kapcsolatba kerülhetnek kábítószer-problémával küzdő személyekkel
Adatgyűjtés alanyának/tárgyának száma	8			15 fő
Adatgyűjtő dokumentum megnevezése, fellelhetősége	Adatlap a kezelést – ellátást nyújtó szervezetek számára 2010; U:\Anyagok\adatlap_intezmeny.doc			Jegyzőkönyv a 2010.09.02.-i fókuszcsoportról; U:\Anyagok\jegyzokonyv_fokuszcsoport.doc
Adatgyűjtés kezdete, vége	2010.07.01. – 2010.08.31.			2010.09.02
Adatgyűjtők felsorolása, vezető megjelölésével	X Y, A B			X Y, A B
Adatkezelésért felelős személy neve	C D			C D
Adatbázis megnevezése, fellelhetősége	Intézményprofil; U:\Anyagok\intezmenyprofil.xls			Jegyzőkönyv a 2010.09.02.-i fókuszcsoportról; U:\Anyagok\jegyzokonyv_fokuszcsoport.doc
Adatszótár⁸ megnevezése, fellelhetősége	Intézményprofil Adatszótár; U:\Anyagok\intezmenyprofil_adatszotar.xls			--
Az adatbázishoz kapcsolódó egyéb dokumentumok	1. Felkérő levél; U:\Anyagok\intezmenyprofil_felkerolevel.doc 2. Zárótanulmány; U:\Anyagok\Tanulmany.doc			1. Felkérő levél; U:\Anyagok\fokuszcsoport_felkerolevel.doc 2. Jelenléti ív; U:\Anyagok\jelenletiiv_fokuszcsoport.doc 3. Zárótanulmány; U:\Anyagok\Tanulmany.doc

⁸ Az adatbázis mezőinek leírása, mint pl.: a válaszlehetőségek listája, a válaszok érvényes tartományainak megadása, stb...

A dokumentálás nem utolsó sorban megkönnyíti az adatok értékelését és az esetleges ismételt értékelését is, hiszen segít áttekinteni az adatgyűjtéssel kapcsolatos valamennyi információt – beleértve azokat a személyeket, akik további és részletes felvilágosítással szolgálhatnak bármilyen utólag felmerülő kérdésben.

4.2 A protokoll eljárás értékelési táblázatának elkészítése

Az adatgyűjtések lezárultával kerül sor az egyes adatformák külön-külön történő értékelésére. Ebben az értékelési szakaszban az egyes adatformák sajátosságainak megfelelő elemzést végzik. Így például a fókuszcsoporthoz esetében a kvalitatív értékelés eredményét jegyzőkönyvben foglalják össze, míg az előző példában szereplő intézményi adatlapok kvantitatív elemzésének eredményei (pl. az intézmények átlagos éves bevétele, az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó intézmények aránya stb.) egy tanulmányban összegződnek. A külön-külön összegzett tapasztalatok alapján megfogalmazhatók azok a legfontosabb állítások, amelyek a szolgáltatások tervezéséhez célszerű felhasználni. A megállapításoknak az egyes adatbázisokon való érvényességét a következő táblázathoz hasonló értékelési táblázat segítségével végzik el.

A táblázatban átlósan megjelölt cellák jelzik, hogy a megállapítás mely adatgyűjtés eredményei alapján fogalmazták meg. A többi cellában feltüntetik, hogy vajon az adott megállapításra (sorra) vonatkozóan az adott adatgyűjtés (oszlop) elemzéséből levonható-e megerősítő, ellentmondó vagy semleges megállapítás. A következőkben vizsgáljuk meg soronként haladva, az értékelési táblázat kitöltése milyen következtetések levonását engedi meg az illusztrált példa alapján!

4.3 A protokoll eljárás értékelési táblázatának használata

Az 1. megállapítás bizonyos szolgáltatások hiányosságát jelzi. Látható, hogy a kezelésben lévő kliensek ilyenre nem panaszkodtak, míg a rejtőzködők jelezték, igénybe vennének ilyeneket, a fókuszcsoporthoz erre vonatkozóan nem volt megállapítás. Az adatok ismételt, célzott elemzésével eldöntendő, hogy a szóban forgó hiányzó szolgáltatások az ellátandó területen valóban szükségesek lennének-e.

A 2. sorban a szubsztitúciós szolgáltatás szükségességét állapítják meg. A szolgáltatás bővítését támogatja az ellátott és a rejtőzködő droghasználókról gyűjtött információ is.

A 3. sorban a kezelt droghasználók összetételéről tett megállapítás részben megfelelni látszik az intézményi profillal, részben pedig úgy tűnik, a droghasználók két vizsgált csoportja hasonló összetettséggű.

2. Táblázat: A protokoll eljárás értékelési táblázat mintája. (A táblázatban szereplő példák az Észak-Pest adatgyűjtésből lettek önkényesen kiválogatva.)

ADATBÁZISOK MEGÁLLAPÍTÁSOK	Intézményi profil	Kezelésben lévő droghasználók	Rejtőzködő droghasználók	Fókuszcsoporth
1. Több típusú ellátás hiányos (nappali ellátás, védett munkahely, védett szállás) vagy hiányzik (rehabilitációs központ).		Ellentmondás!	Összhangban van. Ezt megerősíti a 6. megállapítás.	Erre nincs adat.
2. A nagy kapacitás ellenére egyes intézmények jelentős várakozási listát kénytelenek működtetni a szubsztitúciós kezelésre.		Összhangban van. Ezt megerősíti a 3. megállapítás.	Összhangban van. Ezt megerősíti a 6. megállapítás.	Erre nincs adat.
3. A TDI adatok azt mutatják, hogy a THC használók és a heroin használók vannak többségben. A fekvőbeteg ellátásban az alkoholbetegek vannak többségben, az illegális drogok közül a heroin dominál.	Összhangban van.		Összhangban van. Ezt megerősíti a 6. megállapítás.	Erre nincs adat.
4. A klienselégedettség mérése eredményei alapján a különféle szolgáltatásokat igénybevevők nagyrészt elégedettek a kapott szolgáltatások minőségével, elérhetőségével, a szakemberek szakmai felkészültségével.	Ellentmondás! Hiányosságokat azonosítottak az 1. és 2. megállapításban.		Erre nincs adat.	Erre nincs adat.
5. Az IV droghasználó nem kezelésben lévő populáció elsősorban heroint használ, de magas az amfetamin-használat aránya és a heroin és amfetamin együttes használata is.	Összhangban van.	Összhangban van.		Erre nincs adat.
6. A politoxikomán populáció 100% arányban problémás alkohol-használó, és jelentős (90%) arányban jelen van az altató- és nyugtató-használat, kisebb mértékben az amfetamin- és THC használata. Elsősorban a klasszikus szociális és egészségügyi ellátást vennék igénybe.	Összhangban van.	Összhangban van.		Erre nincs adat.
7. Mindenki egyetértett abban, hogy a drogkérdés egyre jelentősebb, és szükséges a hatékony prevenció és intervenció.	Erre nincs adat.	Erre nincs adat.	Erre nincs adat.	

A 4. sorban megfogalmazott klienselégedettségre vonatkozó állítás ellentmond az intézményi profillal kapcsolatban megfogalmazott megállapításokkal. Ismételt elemzés és értékelés szükséges az ellentmondás feloldására

Az 5. és 6. sorban a rejtőzködő droghasználók csoportjára vonatkozó megállapítás összhangban van az intézményi profil és az ellátottak kapcsán gyűjtött információkkal.

A 7. sorban a fókuszcsoportos adatgyűjtésre vonatkozó meglehetősen semmitmondó megállapítás található. Az értékelési táblázat utolsó oszlopában látható „Erre nincs adat.” ugyanezt jelzi. Ez az adatgyűjtés – e példák alapján – nem mondható sikeresnek, hiszen nem tudott értékelhető információt szolgáltatni a szolgáltatások fejlesztéséhez. A tapasztalatok alapján továbbfejlesztett módszertan alapján végrehajtott adatgyűjtés lenne célszerű.

Mielőtt az értékelés tapasztalatait összegeznénk, fel kell hívni az alábbiakra a figyelmet.

- A bemutatott példa információi olyan adatgyűjtésekből származtak, amelyek tervezésekor még nem vették figyelembe, hogy az adatok a kevert módszerek eljárásával lesznek értékelve. Emiatt az adatgyűjtések nem teljesen feleltek meg az alkalmazott módszer kívánalmainak.
- Az értékeléshez olyan szakmai ismeretekre, információkra van szüksége, amelyekkel kizárólag a vizsgált szolgáltatások és adatgyűjtések területén járatos szakemberek rendelkeznek. A minta-értékeléskor ez jártasság nem állt rendelkezésre.
- A felhasznált példa önmagában nem tartalmazott minden olyan információt, amelyet a szolgáltatások tervezéséhez felhasználni szükséges. Így például a szükségletek meghatározásához nem állt rendelkezésre az ellátandó droghasználók becsült száma. Emiatt a minta-értékeléskor nem követtük a szolgáltatások tervezéséhez ajánlott 4 szakaszos ciklus lépéseit, csupán a táblázat értékelésének módját illusztráltuk.

5. Ajánlások

5.1 A szolgáltatások tervezését gondos előkészítés előzze meg!

A tervezés előkészítése során vegyük sorra az egyes végrehajtandó feladatokat, és határozzunk meg pontosan minden feladatot és a végrehajtásához szükséges feltételeket (mint például a felhasználandó erőforrásokat, időt, megelőző feladatok stb.)! A tervezés előkészítésekor már figyelembe kell venni, hogy a tervezés során milyen módszereket fogunk alkalmazni, hogy az adatokat hogyan fogjuk értékelni. Az írásban elkészített részletes ütemterv a tervezés első dokumentuma, melyet a tervezés sikeres lebonyolítása érdekében a résztvevő feleknek egyetértésben el kell fogadniuk.

5.2 A tervezési ciklus mind a négy lépéséhez készítsünk egy-egy értékelési táblázatot!

Egy-egy értékelési táblázat az adott tervezési szakasz következtetéseinek levonását segíti. Minden egyes következtetések levonását – a fenti példához hasonló módon – írásban dokumentáljuk! A dokumentáció tartalmazza, hogy az adott következtetést mely cellák tartalma, megállapítása alapján vontuk le. Az egyes szakaszok végén a következtetések véglegesítését előzze meg a résztvevőkkel történő egyeztetés.

5.3 Használjuk a korábbi ciklusokban használt tervezési dokumentumokat!

Az előző tervezési dokumentumok felhasználásával nemcsak erőforrást takaríthatunk meg, hanem azok áttekintésével, a tényekkel való összevetésével szerzett tapasztalatok alapján fejleszthetjük a tervezés folyamatát, sikerességét.

6. Felhasznált irodalom

1. Ashatu, H.: The use of Triangulation in Social Sciences Research: Can qualitative and quantitative methods be combined? *Journal of Comparative Social Work*. 2009,1-12.
2. Bryman, A.: Quantity and quality in social research, Unwin Hyman Publications, London. 1988
3. Denzin, N. K.: The research act in sociology: A theoretical introduction to sociological methods, Butterworths, London. 1970
4. Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J. és Eyles, J.: Developing and Implementing a Triangulation Protocol for Qualitative Health Research. *Qual Health Res*. 2006,16,377-394.
5. Moran-Ellis, J., Alexander, V. D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Sleney, J. és Thomas, H.: Triangulation and integration: processes, claims and implications. *Qualitative Research*. 2006,6,45-59.
6. O'Cathain, A., Murphy, E. és Nicholl, J.: Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ*. 2010,341.
7. Olsen, W. Triangulation in social research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really Be Mixed. In: Holborne M. (szerk.), *Developments in Sociology*. Ormskirk: Causeway Press. 2004, 1-30.
8. Paksi, B. és Arnold, P.: Speciális populációk drogérzettsége. In: Demetrovics Z. (szerk.), *Az addiktológia alapjai II*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 2009.
9. Vitrai, J., Hermann, D., Kaposvári, Cs., Kabos, S., Löw, A. és Várhalmi, Z.: Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez, *EgészségMonitor*. 2008.
10. Webb, E. J., Campbell, D. T., Schwartz, R. D. és Sechrest, L.: *Unobtrusive Measures: Nonreactive Measures in the Social Sciences*, Rand McNally, Chicago. 1966