

Különböző módszerekkel nyert kábítószer- problémára vonatkozó adatok eltérésének értékelése, értelmezése

Vitrai József

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

Budapest, 2010. november



TARTALOM

1.	Vezetői összefoglaló	3
2.	Bevezető.....	4
3.	A kevert módszer megközelítés módszertana	5
3.1	Előzmények	5
3.2	A kevert módszer fogalmának fejlődése	6
3.3	Két példa a kevert módszer alkalmazására	8
3.4	A módszerek integrálásának koncepciója	10
3.5	Módszerek integrálásának gyakorlata	11
4.	Néhány példa a kevert módszer megközelítésre Magyarországon	15
5.	Kevert módszerek alkalmazása problémás kábítószer használat becslésére	17
5.1	A probléma felvezetése.....	17
5.2	A problémás drogfogyasztás vizsgálata a „magnövekedett hitelesség” modell alkalmazásával	18
5.3	A problémás drogfogyasztás vizsgálata a „kiegészítő leírás” modell alkalmazásával.....	19
6.	Hivatkozott szakirodalom.....	22

1. Vezetői összefoglaló

A kereszt-kontroll technika, vagy elterjedtebb nevén, a *kevert módszer* többféle megközelítéssel, értelmezési keretben gyűjtött adatok olyan együttes értékelését jelenti, mely az egyes elemek külön-külön történő értékeléséhez képest többlettudást eredményez. A tanulmány áttekinti a fogalom fejlődését, példákkal illusztrált fogalmi meghatározást ad, és bemutatja a kevert módszerek alkalmazásának jelenleg elterjedt különböző technikáit.

A problémás drogfogyasztás vizsgálatának sajátos problémáit felvázolva a tanulmány kétféle modellben értelmezett lehetőségeket ismertet a kevert módszer e területen való alkalmazására. A rendelkezésre álló módszereket számba véve javaslatot tesz egyrészt a hazai problémás drogfogyasztók számának pontosabb becslését eredményező technika alkalmazására. A tanulmány javasolja továbbá, hogy a TÁMOP 5.4.1. projekt keretében négy helyszínen, a problémás drogfogyasztásra vonatkozóan többféle módon gyűjtött adatok kevert módszer megközelítéssel történő újraértékelését.

2. 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 „Kereszt-kontroll technikák alkalmazása a helyi adatgazdák részvételével az adatképzés hiányosságainak orvoslása érdekében és egységes közvélekedés kialakítása az adat használhatósága és érvényessége érdekében”.

A kábítószer-használat elterjedtségére vonatkozóan többféle módon gyűjtött adatok alapján következtetünk. A felnőttek (pl. OLAAP2007) és a kamaszkorúak (pl. ESPAD2007) kérdőíves felmérésével általános képet nyerhetünk a kábítószer fogyasztásáról. [Drogpolitika számokban, 2009] A fogyasztás súlyosabb következményeivel küzdő fogyasztókról, az ún. problémás drogfogyasztókról azonban a rejtőzködő vagy egyéb ok miatt nehezen elérhető életmódjuk következtében az általános populációt célzó felmérési módszerekkel nem lehet hiteles adatokat nyerni. Érintett speciális csoportok többnyire a börtönlakók, a katonák, a hajléktalanok, a szexmunkások, az etnikumok tagjai, a homoszexuálisok, az állami gondoskodásban élő, a rekreációs szintéren megjelenő, vagy egyéb okból veszélyeztetett fiatalok. A problémás drogfogyasztás¹ felmérésére ezért egy-egy fogyasztó csoport sajátosságainak figyelembe vételével speciális módszereket alkalmaznak. [Paksi és Arnold, 2009]

Az elemzők gyakran nehézségekbe ütköznek egy-egy ország, térség kábítószer-használatának megítélésekor, mivel a különböző módszerekkel és célcsoportokról nyert adatok ellentmondani látszanak egymásnak. A populációs adatok rendszerint enyhébb, a problémás drogfogyasztás adatai viszont sokkal súlyosabb helyzetre engednek következtetni. Jelen tanulmányban megvizsgáljuk, milyen módszerek állnak rendelkezésre a különböző módszerekkel nyert adatok egységes keretben történő értelmezésére. A tanulmány második részében a bemutatott értelmezési keretben értékeljük azokat a vizsgálatokat, amelyek során a problémás drogfogyasztást többféle módszerrel nyert adatok segítségével elemzik.

¹ A problémás drogfogyasztók meghatározása: „a tartósan és/vagy rendszeresen és/vagy intravénásan opiát- vagy amfetamin-származékokat ill. kokaint használók, politoxikománok” <http://www.drogfokuszpont.hu/?pid=14> Elérve: 2010.12.04.

3. A kevert módszer megközelítés módszertana

3.1 Előzmények

A feladatlírásban megjelölt a kereszt-kontroll (*cross-checking*) módszert a szakirodalomban gyakrabban triangularizációnak (*triangulation*) 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*²) is, sőt 2003-ban ilyen címen már tankönyvet is jelentettek meg, amelynek második kiadása az idén jelent meg.³

A módszertan története a múltba vész, és bár egyik korai alkalmazóként Lenint említik, aki „A kapitalizmus fejlődése Oroszországban” című tanulmányához kvantitatív táblázatokat és gazdasági-politikai szempontú tartalomelemzést egyaránt használt [Olsen, 2004], a módszer 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 típusal is, az analízis-triangularizációval (*analysis triangulation*), amely ugyanazon adatokon különböző elemzések elvégzését értik. [Ashatu, 2009]

² Hasonló tartalommal, de eltérő címmel egy másik folyóiratot is kiadnak 2007 óta: *International Journal of Multiple Research Approaches*

³ SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research. 2. kiadás, (szerk.) Charles Teddlie, Abbas Tashakkori, Sage Publications, 2010

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-triangularizácónak 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. [Moran-Ellis és mtsai., 2006] Közismert példa a kvalitatív és kvantitatív módszerek egymást követő használata a kérdőívfejlesztésben. E folyamatban ugyanis először egy-egy személyen kvalitatív módszerrel tesztelik a megfogalmazott kérdéseket, majd fókuszcsoportokban vizsgálják az érthetőséget és az értelmezhetőséget, végül pedig az elővizsgálatban gyűjtött tapasztalatok alapján véglegesítik a kérdőívet a kvalitatív kutatáshoz. 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. Megjegyezzük továbbá, hogy a módszerek között nem feltétlenül kell kvalitatív mellett kvantitatívnak is lennie, csupán a többféleség, azaz a többféle megközelítés a kritérium.

A 2000-es évek elején a triangularizáció körül lezajlott szakmai vitát, az elnevezés és az értelmezés sokszínűségét a kutatással kapcsolatos ismeretelméleti, tudományfilozófiai álláspontok sokfélesége magyarázza. A fogalom mélyebb megértését segíti elő, ha a vitát nagyvonalakban áttekintjük.

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 kiegyenlítő 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 „magnövelt 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 „magnövekedett 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 Két példa a kevert módszer alkalmazására

Két szempontból is speciális csoportot – palesztin menekülttábor serdülőkorú lakóit – célzó beavatkozások tervezésekor kvalitatív és kvantitatív módszereket kombináltak a sajátos szükségleteket megismerése céljából. [Makhoul és Nakkash, 2009] A kérdőíves felmérés után fókuszcsoportokat vezettek a felmérés eredményeinek validálására és mélyebb értelmezésére. A kutatók meglepetésére a csoportos beszélgetések igen komoly „hozadékkal” jártak. A beszélgetések során kiderült ugyanis, hogy a serdülők jóval nagyobb arányban dohányoznak, fogyasztanak drogokat, vesznek részt erőszakos cselekményekben. A kisebb gyakoriságot az magyarázta, hogy a felmérésben a válaszolók egy része részben a vélt elvárások, részben pedig a szülei kérdezőskori jelenléte miatt eltitkolta kockázati egészségmagatartását. A gyakori önkárosító magatartás háttérének tisztázásában sokat segített a csoportos beszélgetési helyzet, amikor a résztvevők egyrészt a tradíciókat másrészt a menekülttábori lét okozta stressz oldását jelölték meg okként. Még arra is fény derült, hogy az iskolai környezet, főként a lányokra nézve, további jelentős stressz forrást jelent, igaz, amint az a beszélgetések során kiderült, ők viszont jobban kezelik feszültségüket például zenehallgatással, naplózással vagy alvással. Jól látható, hogy a kvantitatív kérdőíves módszer – ebben a speciális célcsoportban – csak részben volt alkalmas a sajátos szükségletek megállapításához. A kvalitatív fókuszcsoportos módszer bár egyes indikátorokban nem hitelesítette az előző eredményét („magnövelt hitelesség” funkció), de kiegészítette azt olyan, mentális problémákra vonatkozó információkkal („kiegészítő leírás” funkció), amelyek a kutatók számára elősegítették a vizsgált serdülő csoport helyzetének

jobb megértését, és ezáltal sajátos szükségleteikhez illeszkedő egészségfejlesztési beavatkozások kiválasztását.

Megvalósítható és hatékony közösségi prevenció programok bevezetése komoly kihívás elé állítja a szakembereket. E kihívásnak próbáltak megfelelni Nakash és munkatársai, amikor kevert módszert alkalmaztak egy közösség-specifikus kardiovaszkuláris prevenció kialakításához. [Nakash és mtsai., 2003] Elsőként kérdőíves felméréssel vizsgálták Bejrút egyik városrészének lakosai körében a szív- és érrendszeri betegség kockázataival és következményeivel kapcsolatos ismereteket, attitűdöt, egészségmagatartást illetve az egészségi állapotot. Majd a közösség tagjaival fókuszcsoportokban megpróbálták feltárni az egészséges életmódot serkentő és gátló tényezőket, továbbá számba venni a lehetséges prevenció beavatkozásokat. Végül lakossági fórumokat rendeztek annak megállapítására, hogy milyen beavatkozás lenne a helyzethez illeszkedő, bevezethető, a lakosok számára elfogadható és kifizethető valamint fenntartható. A három módszerrel nyert információkat egymással összevetve valóban az adott közösségre specifikus beavatkozásokat sikerült kialakítani. Így például a kérdőíves felmérés eredményei szerint a lakosok tisztában voltak az elhízás káros következményeivel, de hogy pontosan milyen beavatkozás javítana ezen a helyzeten, azt csak a fókuszcsoportokon és a fórumokon elhangzottak alapján lehetett megállapítani. Kiderült ugyanis, hogy hiányoznak az egészséges étrendre és az egészséges ételek elkészítésére vonatkozó ismeretek, ezért az asszonyok számára egészséges táplálkozás kurzusokat szerveztek, ahol az elméleti ismeretek mellett, az egészségtudatos vásárlásra és a főzésre vonatkozó gyakorlati tanácsokkal is ellátták őket. A résztvevők később tankonyhában gyakorolhatták az egészséges ételek elkészítését. Hasonló tapasztalatokat szereztek a dohányzás, a testmozgás témakörében is. A szakemberek tapasztalataikat úgy összegezték, hogy a felmérés kvantitatív módszerével információt gyűjtöttek arról, hogy a prevenciónak **mire** kellene fókuszálnia ebben a közösségben. A fókuszcsoportok arra adtak választ, hogy vajon **miért** maradnak fent a specifikus kockázati tényezők ebben a közösségben. A fórumok pedig segítettek megtalálni a választ, hogy **hogyan** lehet az azonosított kockázatokat csökkenteni. E példával kapcsolatban kiemelendő, hogy a kvalitatív és kvantitatív módszerek együttes alkalmazása segítette a kétféle megközelítéssel nyert adatok értelmezését („kiegészítő leírás” funkció), a vizsgált jelenség több szempontból való megismerését, ezáltal mélyebb megértését.

A későbbiekben a kevert módszer különböző stratégiát követő alkalmazására még bemutatunk néhány további példát is.

3.4 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.

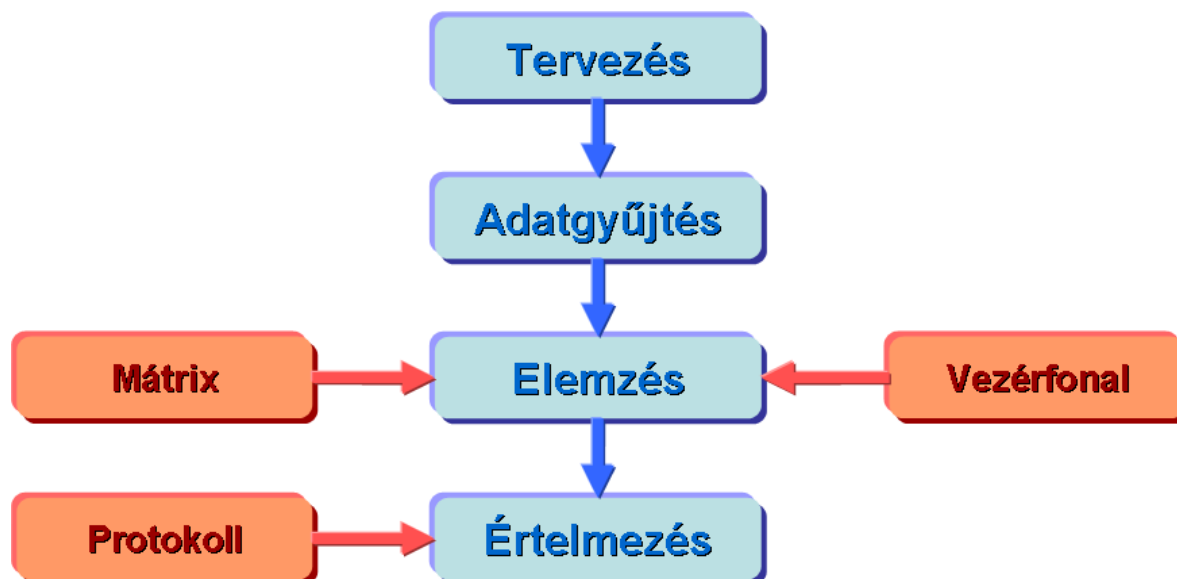
A módszerek keverését, az integrálást azonban nem csak a vizsgálat előrehaladtának különböző szakaszain értelmezhetjük, hanem a vizsgálat tárgyának különböző aspektusaira vonatkozóan is. Tehát az integrálás megtörténhet a vizsgálat tárgyának, vagy az aktorok, mint az egyének, csoportok, intézmények (mikró illetve makró) szintjén is. Ezt az értelmezést használták olyan többszintű elemzések 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.

3.5 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.

A vezérfonal eljárás használatára érdemes röviden áttekinteni egy olyan kevert módszerrel végzett vizsgálatot, amelynek során a betegeknek a megfelelő ellátás igénybevételével kapcsolatos véleményét tanulmányozták. [Adamson és mtsai., 2009] Az adatok gyűjtése interjúk (22 beteg) illetve kérdőíves felméréssel (991 válaszoló) történt. Elsőként az interjúk elemzésére került sor azzal a céllal, hogy az így nyert hipotéziseket a felmérés adatainak elemzésével igazolni tudják. Az első fő téma a betegeknek az ellátás költségeinek csökkentésében történő önkorlátozása volt. A tesztelendő hipotézis az volt, hogy a háziorvost csak a szükséges esetekben keresik fel a betegek. A felmérés adatai azonban nem igazolták ezt a feltételezést. A kvantitatív adatok elemzése azt mutatta, hogy a betegek igénybevételének vélt indokoltsága nincs összefüggésben a képzelt szituációk (vignetta) megítélésével, azaz ellentmondást tapasztaltak a viselkedés és a vélemény között. A kutatók ekkor visszatértek az interjúkhoz tisztázni az ellentmondást. Az ellentmondás hátterében az állt, hogy a válaszolók főként mások ellátás igénybevételét nem találták megfelelőnek. Ezzel az is kiderült, hogy az interjúkban résztvevők a tünetek okozta szorongást megfelelő indoknak találták az ellátás igénybevételére. Ebből kiindulva a kutatók a felmérés adatain tesztelték azt a hipotézist, hogy az ellátás képzelt igénybevételét a szorongás szintje jól megmagyarázza. Ezt a hipotézist a kvantitatív adatok támogatták. A vezérfonalat követve kapott eredmények alapján a vizsgálat egyik fontos következtetése az volt, hogy azok a betegek, akik enyhébb tünetekkel keresték fel orvosukat, azoknál a tünetek okozta szorongás meghaladta azt a számukra elfogadható küszöböt, és ezért elfogadhatónak ítélték az ellátás igénybevételét.

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. Ilyen eljárást használtak annak a kérdésnek az eldöntésére, hogy vajon a kevert módszert alkalmazó kutatócsoportok összetétele befolyással van-e az integráció mértékére. [O’Cathain és mtsai., 2008] A szakirodalom áttekintésével 75 tanulmányról a kutatók kvantitatív adatgyűjtést végeztek. Kvalitatív interjúkat készítettek továbbá 20 tanulmány szerzőjével annak megállapítására, hogy hogyan történt az integrálás, és hogy milyen volt a kutatócsoport összetétele. Azokat a cikkeket, amelyeknek a szerzőivel interjú

készült, elhelyezték azután a mátrix soraiban. Az első oszlopban a cikk azonosítója került, a második jelölte, hogy történt-e integráció, a harmadik az integráció mértékét jelölte. A következő oszlopokba az interjúk alapján meghatározott témák kerültek, mint például a kvalitatív módszertani ismeretek csoporton belüli reprezentáltsága, vagy annak megfelelősége. A kvalitatív adatok szerinti elemzést a sorok, azaz a cikkek egyes oszlopbeli értékek szerinti sorba rendezése biztosította. Így könnyen ki lehetett választani azokat az ellentmondásos eseteket, amikor például az interjú alanyok szerint szükségesnek ítélt elemzői szakértelem két tanulmányban hiányzott, vagy nem volt megfelelő a kutatócsoportban.

Talán a legrészletesebben ismertetett, az interpretáció szintjén használt eljárás a „**protokoll eljárás**” („*triangulation 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 protokoll eljáráshoz hasonló elvet használtak abban a kutatásban, ahol egy új érsebészeti eljárással való elégedettséget vizsgálták mind a betegek, mind az ellátók oldaláról. [Sampson és mtsai., 2010] A tapasztalatok és a vélemények megismerésére tizenhat félig strukturált interjút készítettek az új eljárásban részt vett betegekkel és orvosokkal. Az interjúk alapján kérdőívet dolgoztak ki, amit 500-500 beteg és orvos töltött ki és küldött vissza felerészben az új és felerészben a hagyományos kezeléssel kapcsolatos elégedettségükről. Végül pedig újabb félig strukturált interjú készült azokkal a betegekkel, akik a kérdőíves felmérés alapján elégedetlenek voltak az új terápiával. A kutatók meta-

témaként azonosították a kezelés gyorsaságát, hatékonyságát, a kényelmet és az utógondozást, és a hagyományos, azaz az egyes módszerekkel kapott eredmények egymástól független értelmezése helyett egy integrált megközelítést választottak. A meta-témáknak a különböző módszerekkel nyert eredményekben történő értelmezése arra a megállapításra vezetett, hogy annak ellenére, hogy az új kezelést kényelmetlenebbnek ítélték, a nagyobb hatékonyság miatt a betegek és orvosaiak mégis elégedettebbek voltak vele.

4. Néhány példa a kevert módszer megközelítésre Magyarországon

A kevert módszer megközelítés alkalmazásának csupán néhány esetben lehetett nyomára akadni a hazai szakirodalomban.

Kereszt-kontroll elemzési technikát alkalmazott Vicsek Lilla kérdőíves és fókuszcsoportos eredmények egymást kiegészítő elemzésére. [Vicsek, 2003] A fókuszcsoportos eredmények inkább leíró jellemzőként és néhány hipotézis igazolására, a kérdőíves adatokat valamennyi hipotézis tesztelésére használta. Megvizsgálta, hogy hipotézisei összhangban vannak-e a kvantitatív és a kvalitatív adatokkal, illetve, hogy a kvantitatív és a kvalitatív eredmények mennyiben vannak egymással összhangban, azaz nemcsak az elméleti feltevéseket vetette össze az empirikus eredményekkel, hanem a két empirikus módszer eredményeit egymással is. Értékelés szerint a hipotézisekre vonatkozóan, a két módszerrel kapott eredmények többnyire azonos irányba mutattak, de jelentős eltéréseket is talált. Az eltérések okainak feltárása a probléma részletesebb leírásához („kiegészítő leírás” modell”), jobb megértéséhez vezetett.

Hasonló megközelítést használtak tartalomelemzéshez egy internetes honlap szegedi felhasználóinak szociolingvisztikai vizsgálatára. [Juhász, 2007] A szerző megállapítása szerint „...a kvalitatív módszerekkel nyert adatokat továbbvizsgálva a kvantitatív módszerekkel, az eredmények belső érvényessége megnő” („magnövelt hitelesség” modell).

Az elterelés hazai rendszerének eredményességét Vitrai és munkatársai úgy vizsgálták, hogy félig strukturált interjúk alapján kialakított kérdőívekkel felmérték a szolgáltató intézmények vezetőit és szakembereit valamint az elterelés klienseit. [Vitrai és mtsai., 2009b] A kvalitatív és a kvantitatív módszerekkel nyert eredményeket a kutatás végén integrált megközelítéssel értelmezték („kiegészítő leírás” modell”).

Az egészségügyi ellátás igénybevételének térségi egyenlőtlenségeit többszintű megközelítést választva vizsgálták egy hazai kutatásban, ahol a kimutatott egyenlőtlenségeket az ellátási szükségletre kiegyenlítették. [Vitrai és mtsai., 2009a] A többszintű elemzés során a betegek egyéni adatait valamint a lakóhelyéhez kapcsolható társadalmi-gazdasági tényezőket vontak be a modellbe.

Koltai Júlia ugyancsak többszintű elemzési stratégiát használt bonyolult struktúrájú adatbázis elemzésére. [Koltai, 2010] Elemzéséhez az igazságos nyugdíj nagyságának

becsléséhez kérdőíves és vignettás módszerrel gyűjtött adatokat. Az alkalmazott statisztikai modellben egyidejűleg szerepeltek a vignetták és a válaszadók egyéni és csoportos adatai. A többszintű megközelítés, az egyszerűbb lineáris regresszióval szemben, nagyobb variáciát volt képes megmagyarázni, azaz a valóság pontosabb, jobb leírását tette lehetővé.

5. Kevert módszerek alkalmazása problémás kábítószer használat becslésére

5.1 A probléma felvezetése

Egy közösségen belüli kábítószer használatra vonatkozó ismeretek nélkülözhetetlenek a közösséget ellátó szolgáltatások költség-hatékony működtetéséhez. A fogyasztott kábítószeresek fajtájának és mennyiségének, a fogyasztás módjának és a fogyasztók jellegzetességeinek lakosságon belüli megoszlása határozza meg ugyanis, milyen típusú és mennyiségű kapacitás szükséges a közösség megfelelő ellátásához. Mivel a nyugati kultúrákban a kábítószer használata nemcsak erkölcsi, hanem jogi törvényekbe is ütközik, az ellátási szükséglet megismerését a fogyasztók rejtőzködő magatartása akadályozza. További nehézséget jelenthet, hogy a fogyasztók többnyire nem ismerik fel a kábítószer használat veszélyeit, és így az ellátások igénybevételére hajlandóságuk alacsony. Hasonlóan vélekedik e problémáról Paksi és Felvinczi [Domokos és mtsai., 2010]: „Bármilyen humán szolgáltatás, ellátás tervezése során meghatározó jelenség a célközönség szükségleteinek azonosítása, különösen is igaz ez azokban az esetekben, amikor a kialakítandó, továbbfejlesztendő szolgáltatások potenciális igénybevevői társadalmi elítélés tárgyát képező viselkedést folytatnak, illetve amikor személyes motivációjuk a szolgáltatások igénybevétele irányában kicsiny, vagy legalábbis nem tudatos.” (5.o.)

A kábítószer használók ellátása leginkább a problémás drogfogyasztók esetében indokolt és szükséges. Az ebbe a körbe tartozó fogyasztók számának, fogyasztási szokásainak megállapítását a már fentebb említett, és rájuk fokozottan jellemző problémákon túl egyéb körülmények is nehezítik. E személyek elérése meglehetősen nehéz amiatt, hogy a tiltott szerekhez jutás és a fogyasztás kifejezett rejtőzködő magatartásuk miatt csakis sajátos szak- és helyismeret mellett lehet sikeres, és így a rájuk vonatkozó adatgyűjtés rendkívül jelentős erőforrást igényel. Emiatt gyakorlatban nem kivitelezhető a problémás drogfogyasztókat képviselő minta kialakítása és kikérdezése.⁴

Az előzőekben láthattuk, hogy a problémás drogfogyasztás megismerésére egyetlen módszerrel nem gyűjthető információ, a feladat megoldására így a kevert módszer alkalmazása látszik célszerűnek.⁵ A problémás drogfogyasztás vizsgálatára a jelenlegi

⁴ Mivel a használat eloszlása térben nem véletlenszerű, reprezentatív minta nem készíthető. [Ompad és mtsai., 2008]

⁵ V.ö. [Paksi, 2007]: „A társadalmi jelenségek szinte mindegyikének többféle arculata, és értelmezésének sokféle nézőpontja van. A megismerésükre irányuló törekvések mentén kapott eredmények a jelenségek különböző olvasatait adják.”

gyakorlat kétféle kevert módszer megközelítést alkalmaz: a fogyasztók számának becslésére a „megnövekedett hitelesség” modellt, a fogyasztás többi jellemzőjének megismerésére pedig a „kiegészítő leírás” modellt.

5.2 A problémás drogfogyasztás vizsgálata a „megnövekedett hitelesség” modell alkalmazásával

Az ismertetett nehézségek miatt a problémás droghasználók számát különböző forrásokból származó adatok alapján becsülik három eljárás valamelyikének segítségével: a multiplikátor, a fogás-visszafogás és a többváltozós módszerek alkalmazásával. ([Paksi, 2007]; 237.o.) A problémás droghasználatra vonatkozó legfrissebb hazai adatok a 2010-es jelentésben olvashatók. [2010-es Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára, 2010] A számításokhoz az ellátó szervezetek által gyűjtött kezelési igény indikátor (TDI) adatbázis, a rendőrség letartóztatási adatbázisa valamint a túcsera programban vagy drogambulancián kezelésben részesült droghasználóknál végzett HIV/HCV szűrés kliensforgalmi adatai szolgáltak kiindulási adatforrásként. A problémás fogyasztók becsült számának hitelességét több adatforrás felhasználása növelte, azaz kevert módszer alkalmazásával „megnövekedett hitelesség” modellben adat-integráció történt, vagy a régebbi szóhasználattal *adat-triangularizációt* végeztek.

A többféle adatforrás egyúttal többféle adatgyűjtési módszert jelent. A különböző adatgyűjtési módszerek általában különböző értelmezési keretek, definíciók használatával, és emiatt az adatok integrációjának nehézségeivel jár együtt. Ilyen problémát jelentett például az elsődlegesen fogyasztott szer azonosítása, mivel a rendőrségi adatok a letartóztatáskor lefoglalt szerekre, a TDI adatok viszont a fogyasztó által szolgáltatott információkra vonatkoznak. Bár az adatgyűjtések harmonizációjával az adatintegrációt akadályozó nehézségek egy része elhárítható, de az adatgyűjtések eltérő sajátosságaiból fakadó problémák még elméletileg sem orvosolhatók. A rendőrségtől származó adatbázis például nem tette lehetővé, hogy a több szer fogyasztása okozta átfedéseket kiszűrjék, így a problémás droghasználók szerenként becsült száma nem volt összegezhető.

Belátható, hogy a kevert módszer „megnövekedett hitelesség” modelljének eredményessége, azaz a problémás droghasználók számának becslése több adatforrás felhasználásával javítható. Erre különböző többváltozós módszerek (*Multivariate Indikátor Method*) kínálnak lehetőséget. [Problémás kábítószer-fogyasztás kulcsindikátor, EMCDDA

Útmutató, 2007] E módszerek alkalmazásakor általában más területekről, többféle forrásból származó adatok alapján regressziós becslést végeznek a célterületre vonatkozóan. (Hasonló elven korábbi időpontokban nyert adatok alapján egy másik időpontra, például a jelenre vonatkozóan is becslés végezhető.) Ilyen célra használt mutatók például: kábítószeres bűncselekmények száma (ideális esetben személyeken alapuló), kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás, kezelésben lévő drogfogyasztók, iv. drogfogyasztással összefüggő HIV esetek, szabadságvesztésre ítélt drogfogyasztók. Az eddigi tapasztalatok szerint ezek a módszerek „bár megfelelő országos becslést adnak, a regionális, vagy alpopulációkra vonatkozó becslések elég megbízhatatlanok”. Ennek alapján felvethető, hogy érdemes lenne megvizsgálni, vajon a különböző országokban a vizsgált adatok összefüggésrendszere hasonló-e, mert ha igen, akkor más országokból származó adatok felhasználásával – többszintű regressziós megközelítéssel – meg lehetne becsülni a hazai problémás drogfogyasztók számát.

5.3 A problémás drogfogyasztás vizsgálata a „kiegészítő leírás” modell alkalmazásával

Ebben a megközelítésben többféle módszerrel szerzett ismereteket integrálnak, és ezáltal részletgazdagabb képet nyernek a vizsgálat tárgyáról. A vizsgált populáció pontosabb megismerését szolgálják a problémás droghasználók populációjához jobban illeszkedő mintavételi technikák alkalmazása. Az ilyen célra leggyakrabban alkalmazott módszer, az ún. hólabda mintavételi technika, amikor egy-egy vizsgálati személy ismeretségi körében zajlik az adatgyűjtés. A „kiindulási” személy kiválasztásának és ismeretségi hálójának esetlegessége miatt azonban az így kialakított minta nem feltétlenül képviseli vizsgálni kívánt problémás droghasználók populációját. Ezt a hibát küszöbli ki a *respondent-driven sampling (RDS)*, amely a hólabda technikával gyűjtött adatokat egy matematikai modellel kombinálja.⁶ ([Domokos és mtsai., 2010]; 47.o.) A matematikai modellben figyelembe veszik a mintába került személyek célpopulációra vonatkozó ismeretségi körének nagyságát valamint azt, hogy abból kik és hányan kerültek a mintába, ezzel ellensúlyozza a hólabda minta nem-véletlenszerűségét. Megjegyezzük, az RDS önmagában csupán jobb módszere a célpopulációt képviselő minta kialakításának, de önmagában nem tekinthető kevert módszernek.

⁶ A módszer részletes ismertetése, és alkalmazásához való számítógépes program megtalálható: <http://www.respondentdrivensampling.org/>; elérve: 2011.01.12.

A mintavételi eljárás ugyanakkor kevert módszer alkalmazásával is javítható. Egy problémás droghasználatra vonatkozó New York-i kutatásban a helyi drogkereskedelemre és fogyasztásra vonatkozó ismeretek alapján kijelölt körzetben kétféle módon gyűjtöttek információt. Egyrészt az utcán véletlen-séta módszerével választották ki a célszemélyeket, másrészt a kutatás irodájába illetve gépkocsijához önként jelentkező, és alkalmasnak minősített személyek is a mintába kerültek. [Ompad és mtsai., 2008] A kétféle mintavételezés célja pontosabb képet nyerni az adott körzet droghasználatára, valamint azon belül a marginalizálódott, többszörös kockázatnak kitett egyénekre. Az elemzések eredményei szerint a két minta mind demográfiai, mind droghasználat szempontjából különbözött, ami azt igazolta, hogy többféle megközelítéssel, árnyaltabb, pontosabb kép rajzolható a vizsgált jelenségről.

Ugyancsak többféle mintán, de többszintű adatgyűjtésen alapuló megközelítést alkalmaztak 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 kutatásokban, amelyeket négy színhelyen, Észak-Budán, Észak-Pesten, Miskolcon és Dunaújvárosban végeztek 2010-ben. A kutatásokban egyfelől a droghasználók ellátásában résztvevő 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 különböző megközelítéssel gyűjtött információkat többnyire csupán külön-külön összegezték, vagyis elmaradt az információk integrálása, a közös értelmezési keretben történő többszintű értékelése.

Az eredmények integrált értelmezésére is találunk példát az Észak-Budán végzett kutatásban: »A „rejtőzködő” droghasználókkal kapcsolatban megállapítható, hogy nem elsősorban a droghasználatuk jelent számukra problémát, hanem interperszonális kapcsolataik (család, munkahely, párkapcsolat), illetve a rendőrség. Tehát, nem elsősorban specifikus „drogbetegellátásra” lenne szükségük, hanem kevésbé specifikus, egyben kevésbé stigmatizáló pszichológiai életvezetés, konzultációs típusú segítő kapcsolatokra. Ezt persze, nyújthatja egy drogambulancia is, de a hangsúly nem a „drogon” kell, hogy legyen, hanem az említett tényezőkn. Feltehető, hogy az ilyen szolgáltatást elvileg nyújtó intézmények (pl.

családsegítő, pszichiátriai ambulancia) túlterheltség és egyébektől miatt (az adott személy nem „beteg”, illetve nincs súlyos szociális problémája) látókörébe be sem kerülnek ezek a potenciális kliensek, és fordítva, az ő látókörükbe pedig be sem kerülnek ezek a jól körülírt – és erősen stigmatizáló – névvel rendelkező szolgáltatók.

Az intézményi profilok és a fókuszcsoport tapasztalata is azt támasztják alá, hogy a súlyos droghasználattal járó esetek – a lehetőségekhez képest – még ellátásba kerülnek, azonban azok az esetek, ahol még nem alakult ki súlyos droghasználat, nem. Tehát az indikált prevenció, de tulajdonképpen a szelektív prevenció esetén, a beavatkozást jelentő eseteknél az intervenció nem valósul meg. Erre speciális szolgáltatásokat érdemes létrehozni, hiszen így megelőzhető a súlyosabb droghasználói karrier kialakulása. (Zárótanulmány 57.o.)

A kutatásokban összegyűjtött információkat érdemes lenne a kevert módszerek megközelítést alkalmazva újraértékelni. Az újraértékelés során végrehajtott integrálás következtében ugyanis – a „kiegészítő leírás” modellnek megfelelően – olyan újabb ismeretekhez lehetne jutni, amelyeket hasznosítva javítani lehetne a problémás drogfogyasztók helyi ellátását. Meg lehetne például vizsgálni, hogy a rejtőzködő drogfogyasztók milyen okok miatt nem veszik igénybe az ellátást, vajon az ellátások hozzáférhetősége (pl. a kapacitások fizikai, időbeli elérhetősége vagy az esetleges diszkrimináció okoz-e problémát), vagy az igénybevételi hajlandóság (mint pl. egészségtudatosság, az ellátási szükséglet felismerése, korábbi ellátásokban szerzett tapasztalatok) hiánya jelenti az akadályt. [Vitrai és mtsa., 2009a] Az összegyűjtött információk integrálását, amint azt az idevágó szakirodalom igazolja, többféle szaktudással, tapasztalattal rendelkező szakemberek és a kevert megközelítés módszertanában jártas kutatóból álló csoport tudja megfelelően elvégezni. [O'Cathain és mtsai., 2008] Ezért célszerűnek látszik egy erre a célra összeállított kutatócsoportot megbízni azzal, hogy végezzék el a kutatásban összegyűjtött információk kevert módszerrel történő szakszerű elemzését a négy helyszínről vonatkozóan.

6. Hivatkozott szakirodalom

1. Problémás kábítószer-fogyasztás kulcsindikátor, EMCDDA Útmutató, Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest. 2007
2. Drogpolitika számokban, L'Harmattan, Budapest. 2009
3. 2010-es Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára, Nemzeti Drog Fókuszpont. 2010.
4. Adamson, J., Ben-Shlomo, Y., Chaturvedi, N. és Donovan, J.: Exploring the impact of patient views on 'appropriate' use of services and help seeking: a mixed method study. *Br J Gen Pract.* 2009,59,e226-e233.
5. 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.
6. Bryman, A.: Quantity and quality in social research, Unwin Hyman Publications, London. 1988
7. Denzin, N. K.: The research act in sociology: A theoretical introduction to sociological methods, Butterworths, London. 1970
8. Domokos, T., Fábrián, R., Felvinczi, K., Horváth, G. C., Márványkövi, F., Mervó, B., Paksi, B. és Rácz, J.: Szükséglet-meghatározás – kezelés, ellátás, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest. 2010
9. 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.
10. Juhász, V.: Egy internetes honlap, az iwiw szegedi felhasználóinak szociolingvisztikai vizsgálata, különös tekintettel a nemre és a korra. 2007. PTE Alkalmazott Nyelvészeti Doktori Program. (GENERIC)
11. Koltai, J.: A nyugdíjrendszerrel kapcsolatos igazságossági attitűdök - egy bonyolult struktúrájú adatbázis feldolgozási lehetőségei. In: Némedi D. (szerk.), *Kötő-jelek.* Budapest: ELTE TáTK. 2010.
12. Makhoul, J. és Nakkash, R.: Understanding Youth: Using Qualitative Methods to Verify Quantitative Community Indicators. *Health Promotion Practice.* 2009,10,128-135.
13. Moran-Ellis, J., Alexander, V. D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Sloney, J. és Thomas, H.: Triangulation and integration: processes, claims and implications. *Qualitative Research.* 2006,6,45-59.
14. Nakkash, R., Soweid, R. A. A., Nehlawi, M. T., Shediach-Rizkallah, M. C., Hajjar, T. A. és Khogali, M.: The Development of a Feasible Community-Specific Cardiovascular Disease Prevention Program: Triangulation of Methods and Sources. *Health Education & Behavior.* 2003,30,723-739.

15. O'Cathain, A., Murphy, E. és Nicholl, J.: Multidisciplinary, Interdisciplinary, or Dysfunctional? Team Working in Mixed-Methods Research. *Qual Health Res.* 2008,18,1574-1585.
16. O'Cathain, A., Murphy, E. és Nicholl, J.: Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ.* 2010,341.
17. 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.
18. Ompad, D. C., Galea, S., Marshall, G., Fuller, C. M., Weiss, L., Beard, J. R., Chan, C., Edwards, V. és Vlahov, D.: Sampling and recruitment in multilevel studies among marginalized urban populations: the IMPACT studies. *J Urban Health.* 2008,85,268-280.
19. Paksi, B.: A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In: Demetrovics Z. (szerk.), *Az addiktológia alapjai I.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 2007.
20. Paksi, B. és Arnold, P.: Speciális populációk drogérintettsége. In: Demetrovics Z. (szerk.), *Az addiktológia alapjai II.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 2009.
21. Sampson, F. C., O'Cathain, A. és Goodacre, S.: Is primary angioplasty an acceptable alternative to thrombolysis? Quantitative and qualitative study of patient and carer satisfaction. *Health Expect.* 2010,13,350-358.
22. Vicsek, L. M.: Bizonytalanságérzet és meghatározó tényezői a mai Magyarországon. 2003. Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Tanszék. (GENERIC)
23. Vitrai, J., Bakacs, M., Kaposvári, Cs. és Németh, R.: Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon, *EgészségMonitor.* 2009a.
24. Vitrai, J., Busa, C., Füzesi, Z., Kesztyűs, M., Szilágyi, J. és Tistyán, L.: Tanulmány az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről, *EgészségMonitor.* 2009b.
25. 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.
26. Webb, E. J., Campbell, D. T., Schwartz, R. D. és Sechrest, L.: *Unobtrusive Measures: Nonreactive Measures in the Social Sciences,* Rand McNally, Chicago. 1966