

A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása

Módszertani tanulmány

Készítették:

Domokos Tamás

Fábián Róbert

Horváth Gergely Csaba

Márványkövi Ferenc

Mervó Barbara

Rácz József

Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet

TÁMOP 5.4.1.



Tartalom

Előszó.....	5
Bevezetés.....	6
I. Az egészségügyi szükséglet-meghatározás	8
Definíció: mi a szükséglet-meghatározás?	8
Összefoglalás: az egészségügyi szükséglet-meghatározás lépései.....	9
A szükségletek formái.....	9
Droghasználó csoportok szükséglet-meghatározása	10
Miért kell nekünk a szükséglet-meghatározás?	13
A szükséglet-meghatározás céljai.....	13
Milyen fő területeken érhet el eredményeket és szemléletváltozást a szükséglet-meghatározás?	14
Ki végezze a szükséglet-meghatározást?.....	15
Hogyan végezzünk szükséglet-meghatározást? – Irányok	16
Hogyan végezzünk szükséglet-meghatározást? – Gyakorlati megközelítések	17
A szükséglet-meghatározás összetevői	20
A szükséglet-meghatározás folyamata.....	21
Az ellátással kapcsolatos szükségletek ábrázolása: kielégített és kielégítetlen szükségletek.....	24
A „kielégítetlen” szükségletek bemutatása.....	25
Hiányanalízis	26
Értékelés és a prioritások meghatározása.....	26
A szükséglet-meghatározási folyamat és az ellátásszervezés befejezése.....	26
II. A kielégített szükségletek feltérképezése: Az ellátórendszer feltérképezése.....	27
Az ellátórendszer feltérképezésének célja	27
Az ellátási térkép	27
Az egyes szolgáltatók leírása	29
Bevezetés.....	30
A szolgáltatói profil kulcskérdései	31

II.1. Az ellátási szükségletek feltárása	33
Az ellátási szükségletek feltárásának főbb lépései.....	34
II.2. Folyamatértékelés	34
A folyamatértékelés főbb kérdései	34
A folyamatértékelés főbb lépései.....	35
II.3. Eredményértékelés.....	35
II.4. A kliens elégedettség feltárásának főbb területei.....	36
Kliens Elégedettség Készlet	37
Kliens Elégedettség Kérdőív	38
Az NTA 2005-ös felmérése a kliensek elégedettségéről Angliában	39
II.5. Gazdasági értékelés	40
Kábítószerrel összefüggő kezelés költségelemzési program.....	41
Egyéb specifikus eszközök: Kezelési programokat, hozzáférést leíró eszközök.....	42
Kezelést, kezelőrendszer értékelését segítő útmutatók	53
Értékelési munkafüzetek	54
Protokollok	56
Felhasznált irodalom	57
III. A kezelésbe kerülők és a kezelésben lévők szükséglet-meghatározására használt eljárások és eszközök	61
III.1. Hazai országos adatgyűjtő programok	61
Egyéni kliens azonosító (generált kód).....	61
Kezelési igény indikátor (TDI)	62
TDI elterelés kérdőív.....	64
Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program (OSAP)	65
Irodalom	68
III.2. Az egyéni szükségletek meghatározására használt pszichometriai és pszichológiai skálák, klinikai mérőeszközök.....	69
Pszichometriai kritériumok	69

Tartalmi és technikai szempontok.....	70
Szűrőmódszerek	70
Problémafeltárás	73
Az addikció súlyosságának mérése.....	74
Irodalom	81
IV. Populációs szintű szükséglet-meghatározó eszközök	85
IV.1. Normál populációs becslések standard mérőeszközei	85
Mintavételi alapfogalmak a normál populációs becslések esetében.....	85
Mérőeszközök	90
IV.2. Rejtett populációs becslések módszerei	96
Fogás-visszafogás módszer (Capture-Recapture, CR)	97
Az interjúalanyok által meghatározott mintavétel (Respondent-driven Sampling, RDS).....	101
Multiplikátor Módszerek (Multiplier Methods)	103
Irodalom	106
V. A kielégítetlen szükségletű célcsoportok (lakosság, a nehezen elérhető vulnerábilis csoportok) szükséglet-meghatározása	110
V.1 Az ellátáson kívül eső célcsoportok profiljának és ellátási szükségletének meghatározására használt mérőeszközök és eljárások.....	110
V.1.1. Lakossági / populációs vizsgálatok	111
V.1.2. Gyermek és serdülők szükségletfelmérésére irányuló vizsgálatok	123
V.1.3. Gyermek, serdülő és felnőtt populációk szükségletfelmérésére egyaránt irányuló vizsgálatok	129
V.1.4 Egyéb speciális (nehezen) elérhető droghasználói populációk szükségletfelmérésére irányuló vizsgálatok	132
VI. A drogbeteg ellátásban működő alacsony küszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet meghatározási és adatgyűjtési eljárások	161
VII. Módszertani ajánlás a kielégítetlen szükségletű droghasználói célcsoportok szükséglet felmérésére és profiljának meghatározására használt mérőeszközök, adatgyűjtők és kérdőívek magyarországi felhasználhatóságára	167
VII.1. A bemutatott eszközök jellemzése, értékelése.....	168

Kielégítetlen szükségletű droghasználói célcsoportok szükséglet-meghatározása	168
A drogbeteg ellátásban működő alacsony küszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet meghatározási és adatgyűjtési eljárások jellemzése	201
VII.2. A fejezet során bemutatott eszközök elérhetősége:	207
Irodalom	212
VIII. Szükséglet-meghatározás a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek) vonatkozásában	221
VIII.1. Bevezetés	221
VIII.2. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok és az Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szakmai kapcsolata.....	222
VIII.2.2. A lokális helyzetfeltáró vizsgálatok	225
Ellenőrző lista a szükségletek feltárásához	232
Ajánlott irodalom	233
Mellékletek.....	236
1. Kliens elégedettségi kérdőív metadon-fenntartó kezelésben részesülők számára	239
2. Szakértői interjú vázlat a magyarországi metadon- fenntartó központok hatékonyságának értékelésére.....	256
3. Kábítószer-fogyasztással összefüggő hepatitis C fertőzések antivirális kezelésének leírására javasolt területek.....	289
4. Egyéni kliens azonosító – Generált kód.....	292
5. TDI kérdőív.....	293
6. TDI– elterelés kérdőív.....	297
7. EuropASI	298
8. Camberwell Szükségletfelmérési Interjú.....	319
9. A Kannabisz Használat Szűrőtesztje (CAST-HU)	342
10. Addikció Súlyossága Skála - Kannabisz (SDS-Can-HU)	343
11. CUDIT	344
12. Kannabisz Függőség Diagnosztikus Interjú (M-CIDI-Dep-HU)	345
13. Kannabisz Abúzus Diagnosztikus Interjú (M-CIDI-Ab-HU).....	347
14. ESPAD Európai Iskolavizsgálat 2007	348

15. A GYORS HELYZETFELMÉRÉS ÉS VÁLASZ INTERJÚ VÁZLATA AZ INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZERHASZNÁLTA JELENSÉGÉRE ÉS ELTERJEDTSÉGÉRE VONATKOZÓAN	364
16. INTRAVÉNÁS SZERHASZNÁLÓK KOCKÁZATI MAGATARTÁSFORMÁIT FELMÉRŐ KÉRDŐÍV (NIDA)	427
17. ROMA FIATALOK ÉS KÁBÍTÓSZEREK	494
18. A KEZELÉSBE JUTÁS NEHÉZSÉGEINEK VIZSGÁLATA INTRAVÉNÁS HASZNÁLÓK KÖRÉBEN MAGYARORSZÁGON.....	515
19. A DRID INDIKÁTOROK MAGYARORSZÁGI ALKALMAZÁSA	541
20. MAGYARORSZÁGI TÚCSERE PROGRAMOK SZOLGÁLTATÓI PROFILJÁNAK, VALAMINT MŰKÖDÉSI ÉS FINANSZÍROZÁSI STRUKTÚRÁJÁNAK LEÍRÁSÁRA IRÁNYULÓ KÉRDŐÍV	543
21. A magyarországi alacsony-küszöbű programok működési és finanszírozási struktúrájának, szakmai és működési irányelvének, klientúrájának leírására irányuló kérdőív	584
22. A droghelyzetkép kialakításához szükséges információk	596
23. A veszélyeztetett korú diákok prevenciók igényeinek és szükségleteinek, valamint a szerhasználat szempontjából becsült védettségük és veszélyeztetettségük mérésére alkalmazott kérdőív:.....	598

Előszó

Az Országgyűlés 2009. december 15-én elfogadta az új drogstratégiáról szóló, kormány által benyújtott általános indítványt. A 2010 és 2018 között, kilencéves időtartamra vonatkozó „Nemzeti stratégia a kábítószerprobléma kezelésére” című dokumentum „Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés” pillérének egyik legfontosabb célkitűzése, hogy *kliensszükségletekhez illeszkedő átfogó, területi lefedettséget biztosító intézményrendszer alakuljon ki*, amely rendszerszerűen működik, és a veszélyeztetett és a speciális szükségletű csoportok tagjai számára is megfelelő ellátási formákat biztosít. Ezért kiemelt fontosságú, hogy az ellátási, szolgáltatási területeken a „kezelési spektrum” megfelelő kapacitással teljes körűen kiépüljön. Ezt a célt azonban csak, összehangolt addiktológiai ellátások kialakításával, s ehhez elengedhetetlen szociális és egészségügyi ellátások közötti összehangolt működés feltételeinek megteremtésével érhetjük el.

A „*Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása*” című TÁMOP - 5.4.1/08/1 kiemelt projekt keretében lehetőségünk nyílik arra, hogy az új nemzeti drogstratégia kezelés, ellátás és ártalomcsökkentés területére vonatkozó célkitűzéseinek megvalósulásához hozzájáruljunk. Az öt fő pillérből álló kiemelt projekt egyik eleme „*A kábítószer-problémával küzdők és problémás szerhasználók helyi szinten összehangolt, vagy integrált ellátási modelljeinek kialakítása, a központi és helyi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése és fejlesztése*” címet viseli. A 2009. december 1. és 2011. november 30. között megvalósuló, kétéves projekt keretében számos szakmai fejlesztés előmozdítása történik meg. A kiemelt projekt kábítószer-ügyi pillére a kereslet-csökkentési tevékenység helyi megvalósulását kívánja támogatni, képessé kívánja tenni a helyben tevékenykedő, a szolgáltatások biztosításáért felelősséggel bíró szereplőket (elsősorban önkormányzati, kistérségi döntéshozókat, a kezelés-ellátás területén dolgozó szakembereket) a szükségletek, a szolgáltatás-spektrum hiányosságainak azonosítására, a szolgáltatás-spektrum bővítésének megtervezésére és a fejlesztés hatékony megvalósítására (beleértve a fenntarthatóság megtervezését is). További célja a projektnek modell-program keretében támogatni a fejlesztési feladatok helyi szintű megvalósítását, valamint képessé tenni a nemzeti szintű szereplőket (pl. NDI, kábítószerügyi koordináció) a helyi fejlesztési feladatok és a helyi szolgáltatás-értékelés támogatására (minőségügyi rendszer, értékelési módszertan), a jövőbeni fejlesztések realizisztikus tervezésére.

A kiemelt projekt kábítószer-ügyi pillérének keretében első lépésként a „***helyi szükséglet-meghatározási és szolgáltató-háló értékelési rendszer kialakítását***” kezdjük meg. Ezen feladat megvalósításának alapja egy olyan nemzetközi és hazai szakmai áttekintés, amely iránymutatással szolgálhat a helyi szakemberek számára a tekintetben, hogy melyek a szükséglet-meghatározás legfontosabb ismérvei, milyen elvek mentén és milyen eszközök segítségével valósíthatjuk meg a szükséglet-meghatározást a kábítószer-ügy területén. A dokumentum önmagában is hasznos célt szolgálhat a szükséglet-meghatározást végző helyi szakértők számára, emellett pedig fontos alapját (háttéranyagát) képezi a kiemelt projektben, ugyanezen feladat keretében megvalósuló képzésnek is.

a szerkesztők

Bevezetés

A tanulmány a szükséglet-meghatározással és az ellátás-szervezéssel foglalkozó kérdésköröket tárgyalja, összefoglaló jelleggel. A tanulmányban elsősorban a szükséglet-meghatározással foglalkozunk, de ennek az ellátás-szervezésben betöltött stratégiai szerepének érzékeltetésére az utóbbi kérdéskört is érintjük.

A tanulmány első része elméleti bevezetés a szükséglet-meghatározásba. A tanulmány második részében a fontosabb, nemzetközileg használt, és ha van rá kialakult gyakorlat, akkor a Magyarországon is alkalmazott mérőeszközöket mutatja be. E bemutatás célja, hogy a szakemberek megismerjék e módszereket: mire jók és mire nem, mit tudhatunk meg általuk és milyen korlátokkal, milyen erősségeik és gyengeségeik vannak. A mérőeszközök alkalmazása egy hosszabb folyamatban valósul meg, a szakértői munkacsoport koordinálásával.

I. Az egészségügyi szükséglet-meghatározás

Definíció: mi a szükséglet-meghatározás¹?

Az egészségügyi szükséglet-meghatározás széles értelemben olyan *szisztematikus eljárás*, amely során 1, *azonosítjuk* egy populáció kielégítetlen, az egészségi állapottal és az egészségügyi ellátással kapcsolatos szükségleteit; majd 2, olyan *változtatásokat* tervezünk meg, melyekkel ezek a szükségletek kielégíthetők, illetve lefedhetők. Fontos megjegyezni, hogy ebben az általános megfogalmazásban nincs különbség azok között, akik nincsenek ellátásban, és azok között, akik ellátásban vannak, de bizonyos szükségleteik az adott ellátó rendszerben lefedetlenek.

Az egészségügyi szükséglet-meghatározás egy másik irányú definíciója annak *folyamat-jellegét* és bizonyos *kimenettel* rendelkező tulajdonságát állítja előtérbe; egyben utalva arra, hogy önmagában szükséglet-meghatározást nem érdemes végezni, hanem csak egy ellátás-szervezési, minőségfejlesztő folyamat részeként. A szükséglet-meghatározás 1, összegyűjti azokat a kérdéseket és problémákat, amelyekkel egy populáció tagjai szembesülnek, 2, egyeztetett prioritásokat fogalmaz meg előbbiekkal kapcsolatban, majd pedig 3, forrásokat rendel ezekhez a prioritásokhoz, amelyekkel az adott populáció egészségi állapotát javítja, illetve az egészségi állapottal kapcsolatos egyenlőtlenségeket csökkenti.

Ha a definícióval kapcsolatos kérdéseket tovább folytatjuk, láthatjuk, hogy a szükséglet-meghatározás egy specifikus célpopuláció szükségleteinek természetét és azok kiterjedtségét tárja fel, annak érdekében, hogy olyan szolgáltatásokat alakítson ki, amelyek ezekre a szükségletekre válaszolnak – itt ismét előkerül, hogy a szükséglet-meghatározás egy *tervezési folyamat* része. A gondolatmenetet folytatva, meg kell határoznunk, kinek a szükségleteire fókuszálunk: alapvetően a célpopulációéra és csak másodsorban a szolgáltatókéra. A szükséglet akkor jelentkezik, amikor egy beavatkozástól eredményt remélünk és a változástól mérhető állapotjavulás következik be.

Tehát, „önmagában” álló, szabadon lebegő, végtelen skálájú szükségletek nincsenek, a szükségletek egy ellátórendszer vonatkozásában értelmezhetők, azzal, hogy az ellátórendszer megváltoztatása a cél a szükségletek kielégítése érdekében. Ezért a szükséglet-meghatározás mindig egy célpopulációt és egy konkrét ellátórendszert feltételez, ezeken kívül nincsenek, pontosabban, az ellátástervezési és változtatási folyamaton kívül nem értelmezhetők a szükségletek (noha hosszas fejtegetésekbe bocsátkozhatunk az „elvi” szükségletek természetéről). A WHO meghatározása is a programfejlesztés *eszközeként* tekint a szükséglet-meghatározásra (WHO, UNDCP, EMCDDA, 2000).

¹ A tanulmányban a szükséglet-meghatározást használjuk; úgy véljük, ez pontosabban kifejezi ez eljárás stratégiai jelentőségét az ellátásszervezésben, mint a szükségletfelmérés kifejezés. A mérőeszközök nevénél viszont meghagytuk az utóbbi kifejezést.

Összefoglalás: az egészségügyi szükséglet-meghatározás lépései

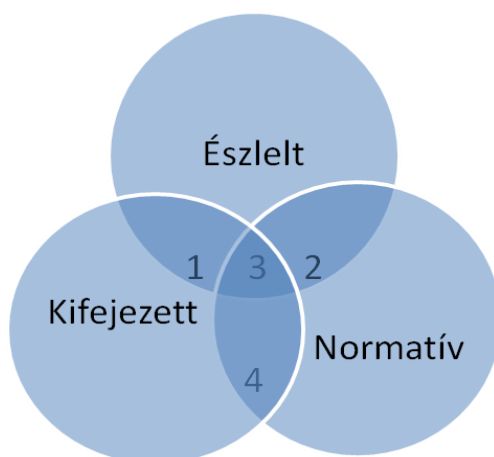
Ezt a részt azért iktatjuk be a definíciók közé, hogy még egyértelműbb legyen a szükséglet-meghatározás *stratégiai jelentősége* az ellátástervezési folyamatban.

1. lépés: a kezdet
 - milyen populáció?
 - mit akarunk elérni?
 - kinek a szükségleteit akarjuk kielégíteni?
 - milyen forrásokra van szükségünk?
 - milyen kockázatokkal nézünk szembe?
2. lépés: az egészségügyi prioritások meghatározása
 - populáció profil
 - adatgyűjtés
 - a szükségletek percepciója
 - az egészségi állapot és a meghatározó tényezők azonosítása és felmérése
3. lépés: egészségügyi prioritások meghatározása az akció számára
 - olyan egészségi állapotok és egészség-meghatározó faktorok azonosítása, melyek a legnagyobb mérvűek és a súlyosságra (szeveritás, ahogy a drogstratégia fogalmaz) a legnagyobb hatással vannak
 - hatékony és elfogadható intervenciók meghatározása
4. lépés: a változás tervezése
 - az intervenció céljainak meghatározása
 - akcióterv
 - monitorozási és evaluációs stratégia
 - kockázat-kezelő stratégia
5. lépés: folytatás, illetve áttekintés
 - a projektből leszűrt tapasztalatok
 - a távolabbi hatások (impact) mérése
 - a következő prioritás meghatározása – és a folyamat újraindul!

A szükségletek formái

A szükséglet fogalmában benne rejlik, hogy egy intervenció révén *javulás* áll be, illetve az adott személy valamilyen *előnyhöz* jut.

1. ábra: A különböző szükségletek egymáshoz való viszonya



1. Észlelt és kifejezett szükséglet, de nem normatív: pl. kozmetikai sebészeti beavatkozás, amikor a szakorvos szerint orvosilag az nem indokolt.
2. Észlelt és normatívként azonosított szükséglet: pl. pszichiátriai intervenció, amikor a szakemberek egyetértenek az intervencióban, de a kliens a szükségletét nem fejezi ki.
3. A szükséglet észlelt, kifejezett és normatívként azonosított: pl. valaki mellkasi fájdalmat érez és szakorvosi kivizsgálásra megy.
4. A szükséglet nem észlelt, de kifejezett és normatív is: pl. a kliens elmegy a háziorvosához orvosi igazolásért, noha már túl van a betegségén.

1. Táblázat A szükségletek típusai

A szükséglet típusa	
Észlelt	a „normális” egészségi állapottól eltérően észlelt egyéni variációk
Kifejezett	az egyén segítséget keres, hogy a „normális” egészségtől eltérő állapotát „helyreállítsa” (igény)
Normatív	szakemberek határozzák meg, hogy a kifejezett szükséglet számára milyen intervenciót kell elvégezni; a drogstratégiában meghatározott intervenciók ilyen szükségleteket fednek le
Komparatív	szükségletek összehasonlítása súlyosság, előfordulási nagyságrend, a beavatkozás költsége stb. szerint

Droghasználó csoportok szükséglet-meghatározása

A droghasználó csoportok szükséglet-meghatározása elsősorban a 2010-2018. évi időszakra vonatkozó drogstratégia vonatkozásában értelmezhető (Az Országgyűlés 106/2009. (XII. 21.) OGY határozata a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról). Ezért ki kell emelnünk a stratégiából néhány pontot, amelyeket majd

viszonyításképpen felhasználhatunk a szükséglet-meghatározásnál és az azt követő ellátástervezési szakaszban.

A nemzeti drogstratégia fő célja

A Nemzeti Drogstratégia *fő célja* egy olyan magabiztos, szolidáris és produktív társadalom megvalósítása, ahol lehetőség nyílik kiegyensúlyozott megközelítésben kezelni a kábítószer-probléma hatásait, a lehető legtöbb egészségnyereséget elérve ezzel az egyének és a társadalom számára. Célja a társadalom egészségi állapotának javítása, a szociális és társadalmi biztonság növelése, a drogfogyasztás mértékének, illetve a legális és illegális droghasználat ártalmainak, valamint kockázatainak és kárainak csökkentése célzott, rendszerszerű, tényeken alapuló és közösségi alapú beavatkozások, valamint nemzetközi együttműködések segítségével.

A nemzeti drogstratégia céljai

A stratégia célokat fogalmaz meg a kockázatok csökkentése és a lehetőségek fejlesztése kontextusában, három pillérben foglalja össze a legfontosabb célokat, illetve „horizontális” feladatokat határoz meg, majd prioritásokat fogalmaz meg:

Megelőzés, közösségi beavatkozások

Pillérfőcél

A droghasználat megelőzése egy proaktív, többirányú, közösségi alapon szerveződő, több szektor együttműködését igénylő, kulturálisan érzékeny tevékenység, melynek célja az egyének, a családok és a helyi közösségek alkalmassá tétele az életesemények nyomán keletkező kihívásokkal való megküzdésben. A prevenciós folyamat tehát olyan körülmények létrejöttét támogatja, melyek eredményeképpen az érintettek testi, lelki, fizikai jólléte fokozódik, számukra egy biztonságos, egészséges életvitel gyakorlása válik lehetővé.

Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés

Pillérfőcél

A kezelés–ellátás–ártalomcsökkentés hármas meghatározottságában elsősorban a problémás szerhasználat visszaszorítását, a kezelésbevitel elősegítését, ott és ahol lehetséges, a tartós absztinencia elérését, a szerhasználattal összefüggő egyéni és közösségi ártalmak csökkentését, és a tartósan nehézségekkel küzdők és családjaik, hozzátartozóik szakszerű és az emberi méltóságot szem előtt tartó gondozását kell biztosítani.

Kínálatcsökkentés

Pillérfőcél

Csökkenteni kell a drogok hozzáférhetőségét, valamint a drogok használatából és kereskedelméből fakadó egyéni és közösségi ártalmakat és kockázatokat. Az alapvető emberi jogok tiszteletben tartásával biztosítani szükséges a társadalom közösségeinek legnagyobb fokú biztonságát a kábítószeres illegális előállítás, kereskedelme és a prekursorok, kábítószeres és pszichotróp anyagok eltérítése elleni hatékonyabb fellépés segítségével. Emellett a droghasználattal kapcsolatos bűnelkövetés csökkentése érdekében mennyiségileg és minőségileg is fejleszteni kell a megelőzési programokat a közreműködő szervezetek számának, és egymás közötti együttműködésének növelésével, a megvalósítás

társadalmasításával a közösségi politikák keretében. E cél megvalósítása érdekében a bűnüldözés területén a kábítószerrel való visszaélés bűncselekményi körének kínálati oldali elkövetéseire kell összpontosítani.

Prioritások

1. Vulnerabilitás, kockázatértékelés és -kezelés;
2. Szeveritás (esetsúlyosság);
3. Fenntarthatóság és hatékonyság.

Horizontális, átívelő eszközök és szempontok

- Együttműködés, közösség;
- Koordináció, nemzetközi együttműködés;
- Monitorozás, kutatás, értékelés.

A stratégiában megjelennek olyan alapelvek, melyek a szükséglet-meghatározásban, illetve az ellátástervezés „filozófiájában” játszanak szerepet: kliens-orientált, prevenció-orientált, közösségi partnerségre építő, bizonyítékokon alapuló elvek, továbbá szerepet kap a kliens-igények mentén (vulnerabilitás, szeveritás), illetve az „eredményességet” is figyelembevevő (fenntarthatóság és hatékonyság) megközelítés, amely a felépülést állítja a középpontba. Noha az ellátások rendszere – az egészségügyi ellátásoké – megőrzi az egészségügyben szokásos progresszivitás elvét (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 75.§ (3) és 76.§ (1)), bizonyos ellátásokat a szolgáltatások minden pontján igyekszik nyújtani. Pl. védett szállásra nem biztos, hogy csak az ellátási piramis csúcsán van szükség (azoknál, akik hosszabb ideje drogmentesek), hanem már a szolgáltatások igénybevételének kezdetén is. Tradicionálisan, a droghasználók szolgáltatásait lineáris folyamatként írták le – mint amilyen az egészségügyi progresszivitás elve is –, de az utóbbi időben megjelentek olyan szolgáltatásszervezési megközelítések, éppen a kliens-szükségletek alapján, amelyek a korábban csak a szolgáltatási piramis csúcsán levő szolgáltatások korábbi időszakban történő biztosítását jelentik, amint azt az emlegetett védett szállások példája is mutatja. Ennek oka a droghasználók társadalmi *intergrációjának* – *reintegrációjának* elősegítése, végig a kliens „terápiás utazása” során, vagy még az előtt is (ellátórendszeren kívüli droghasználók).

A mai szakirodalomban a *felépülés-központú* és egyben *eredményesség-orientált* szolgáltatásoknál e két fogalom a szolgáltatások igénybevételének minden pontján érvényesül, és irányjelzőként segít minket a szükséglet megállapítása mellett az ellátástervezés folyamatában.

Beutalás

Az egészségügyben – a progresszivitás szem előtt tartásával – a beutalás, a szociális ellátásokban pedig a jogosultság az az eszköz, amelyekkel a kliens-, illetve a beteg-utakat szabályozni tudjuk. A külföldi példák is arra utalnak, hogy ezek az eszközök, különösen önmagukban, nem elegendőek. A beutaláshoz, illetve küldéshez, továbbküldéshez szükség lenne:

- szűrésre
- állapotfelmérésre – ez a kliens-szükségletek meghatározását is részben szolgálná
- kiinduló ellátási terv készítésére – ez részben a kliens-szükségletek is tartalmazná (azokat, amik az előző pontból kimaradtak), illetve meghatározná az ellátás következő szintjét, az azok igénybevételéhez szükséges feltételekkel, tartalmazná a felépülés-központú megközelítést és tekintettel lenne a „kimenetekre” (eredményekre) is;

- motiválás – a kliens-, illetve beteg-utak, a kliens-, illetve a beteg-utazása során végig szem előtt kell tartani a motiváció, illetve a motiválás jelentőségét; különösen akkor, ha szolgáltató váltásról és új szolgáltatásba lépésről van szó.

A beutalás, küldés, továbbküldés és irányítás a kliens-, illetve a beteg-utak szabályozásában elég kevés eszközt biztosít az ellátóknak, továbbá ez a rendszer inkább az ellátók, semmint a kliens, vagy beteg érdekeit szolgálja.

Miért kell nekünk a szükséglet-meghatározás?

A szükséglet-meghatározás kulcsfontosságú annak megállapításában, hogy a szolgáltatások spektruma és kapacitása a rendelkezésre áll, valamint ezek a droghasználók és hozzátartozóik részére hozzáférhetők és elérhetők egy adott földrajzi területen. Így a szükséglet-meghatározás:

- azonosítja a célpopuláció szükségleteit egy adott földrajzi területen;
- a szükségletek prioritását állítja fel annak érdekében, hogy jobban lehessen a helyi szolgáltatásokat tervezni vagy a forrásokat hatékonyabban hozzárendelni a szolgáltatásokhoz;
- megvalósíthatósági tervet készíthetünk, amely tartalmazza, hogy az azonosított szükségleteket milyen módon fedjük le szolgáltatásokkal;
- a szükséglet-meghatározás eredménye, hogy a droghasználók és hozzátartozóik felmért szükségletei kielégülnek, vagy hatékonyabban elégülnek ki. Ahol erre szükség van, a segítők igényeit is figyelembe vesszük az ellátás-tervezési folyamatban;
- a szükséglet-meghatározás nyomán megvalósuló szolgáltatásfejlesztés, illetve szolgáltatáskoordináció révén elérhetjük, hogy a droghasználókat célzó beavatkozások preventív-hangsúlyúak legyenek és megvalósítsuk a megfelelő egyensúlyt a prevenció, az ártalomcsökkentés, az egészségügyi kezelés és a szociális ellátások között.

A szükséglet-meghatározás céljai

A hatékony szükséglet-meghatározáshoz fel kell mérni a következőket:

- mi az, ami működik a droghasználókat ellátó szolgáltatásokban és milyen kielégítetlen szükségletek maradnak a rendszeren belül?
- hol vannak azok a pontok, ahol a rendszer nem képes kötni és benntartani a klienseket?
- milyen rejtett droghasználó populációk vannak (beleértve a drogstratégia által körülhatárolt vulnerábilis csoportokat is) és azoknak milyen a kockázati profiljuk?
- az ellátórendszerben kik vagy melyek az „előremozdító” és kik vagy melyek a blokkoló ágensek?
- milyen kapcsolat van az ellátásbakerülés és a kockázati helyzet között, amit a drogstratégia szeveritásnak nevez?

Milyen fő területeken érhet el eredményeket és szemléletváltozást a szükséglet-meghatározás?

A prevenció hangsúlyozása: a prevenciós spektrum olyan fogalom, amely már a szükséglet-meghatározásnál figyelembe veszi a szükségletek érdekében mozgósítható prevenciós apparátusokat, a szak- és közpolitikákat, az egyes szervezetek megelőző és korai kezelésbe vevő munkáját, a multidiszciplináris team-ek jelentőségét.

Az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése: már a szükséglet-meghatározásban figyelhetünk az eltérő szociodemográfiai, szociokulturális helyzetű csoportok, kisebbségek egészségi állapottal és az egészségügyi ellátórendszerhez történő hozzáférésükkel kapcsolatos egyenlőtlenségekre.

Az egyes egészségügyi állapotok kölcsönhatásának megértése: a droghasználat előidézésében számos, már akár a gyermekkorban megjelenő kockázati tényező játszik szerepet. Ezeket mint indikátorokat tekinthetjük a későbbi droghasználat szempontjából, és törekedhetünk ezeknek az állapotoknak a kompenzálására a protektív tényezők erősítésével. A szükséglet-meghatározásban ezek az indikátorok szerepet kaphatnak, elősegítve a preventív megközelítést, valamint növelve a közösség érzékenységet e témakörök és a droghasználat közötti kapcsolat vonatkozásában.

Stakeholderek: a szükséglet-meghatározás lehetővé teszi, hogy a közösség meghatározó szereplőit – a stakeholdereket – bevonjuk az ellátásszervezésbe, nemcsak a „hagyományos” egészségügyi szereplőket!

A prevenció spektruma

Az alábbi táblázatot azért mutatjuk be, mert nemcsak a prevenció, hanem az ellátástervezés más területein is áttekintést nyújt a különböző szereplők lehetséges tevékenységéről:

2. Táblázat A különböző szereplők lehetséges tevékenységei

Stratégiák	Tevékenységek
A közpolitika és a jogszabályalkotás befolyásolása	Tanácsadótestületek, amelyek hatása révén a pszichoaktív szerekhez való hozzáférést csökken
Szomszédsági és közösségi mobilizáció	Közösségi beszélgetések kezdeményezése, amelyeken az érintett fiatalok, a hozzátartozók, a szakemberek, valamint a helyi döntéshozók vesznek részt, annak érdekében, hogy a közösség érzékenyebbé váljon a pszichoaktív használat kérdésével kapcsolatban és konkrét ajánlásokat fogalmazzon meg a közösség tagjai felé
A szervezeti működések megváltoztatása	Az egyes szervezetek felelősségének növelése a pszichoaktív anyagokkal kapcsolatban (pl. szórakozóhelyek, rendőrség, mentők)
Koalíciók és hálózatok létrehozása	Elősegíteni, hogy a közösségi stakeholderok a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatban bizonyos kulcskérdéseket fogalmazzanak meg, és javaslatot tegyenek ezeknek a kérdéseknek a megválaszolása irányában
A szolgáltatók felvilágosítása	A szolgáltatók képzése, továbbképzése a témával kapcsolatos érzékenység és felelősség növelése érdekében
Közösségi felvilágosítás	A közösség tagjainak érzékenységét és felelősségvállalását célzó felvilágosító programok, beleértve a média-kampányokat is
Az egyéni tudás és készségfejlesztés	A fiatalok, a vulnerábilis csoportok tagjainak, a hozzátartozók számára rendezett programok, amelyek a felelősségvállalást növelik a pszichoaktív szerekkel kapcsolatban, illetve elősegítik a problémák korai észlelését, és a nem szakmai válaszok kialakítását ebben a korai szakaszban

Ki végezze a szükséglet-meghatározást?

A szükséglet-meghatározás *stratégiai folyamat*, amely szorosan kapcsolódik a szolgáltatás, illetve ellátástervezéshez. A folyamat több szinten végezhető el: pl. regionális vagy közösségi szinten, de akár egy konkrét szolgáltatás vagy szolgáltató szintjén is. Ezért fontos, hogy a megfelelő embereket vonjuk be a teljes folyamatba, mivel az ellátástervezés és a terv megvalósítása nagyban rajtuk fog múlni. Ezért célszerű egy *szakértői munkacsoport* felállítása, amely az egész folyamatot felügyeli (a szükséglet-meghatározástól az ellátás-fejlesztésig). E szakértők jellemzőit foglalta össze Hooper és Longworth (2002):

- *akik ismerik a problémát*: szolgáltatók, kutatók;
- *akik „törődnek” ezekkel a problémákkal*: a célpopuláció tagjai, szolgáltatók, a helyi közösség szereplői;
- *akik változtatni tudnak*: szolgáltatás szervezők és a szolgáltatások vezetői, a policy-ért felelős döntéshozók.

A szükséglet-meghatározás és a bevonandó csoportok kapcsolatáról – kissé leegyszerűsítve – két megközelítés él:

- az egyik a szükségleteket a droghasználók (illetve a szolgáltatások használói), valamint a szolgáltatások munkatársai által megfogalmazott szükségletekre alapozzák; ez a normatív megközelítés;
- a másik a hozzáférhető információk alapján szükségleteket feltételez, majd ezek kielégítését, illetve lefedését célozza meg.

Mint minden végtelen példánál, a gyakorlatban *e kettő ötvözete* kecsegtet a legjobb eredménnyel.

A „Ki végezze a szükséglet-meghatározást?” kérdés feltevése előtt meg kell határoznunk azt, hogy egyáltalán, ki teszi fel azt a kérdést, hogy szükséglet-meghatározásra van szükség? *Ki hatalmazta fel erre?* Miért van szüksége ezekre az adatokra? Ezek a kérdések a szükséglet-meghatározás, tágabban a szolgáltatástervezés és fejlesztés legitimációját érintik; jobb ezt minél előbb tisztázni, mert különben elveszítjük a támogatóinkat, illetve el sem jutunk hozzájuk. A szükséglet-meghatározást – is – felügyelő, segítő *szakértői munkacsoport* tagjaihoz szükséges egy legitim útvonal, amin megkeressük őket, és ami által felkérjük őket arra, hogy a folyamatban vegyenek részt. A folyamat eredményeit is prezentálnunk kell „valakinek”, hiszen nem önmagában álló tudományos vizsgálatot végzünk, ahol a célcsoport a „tudományos közösség”, hanem nagyon is gyakorlati célok mentén cselekszünk. Ha a megfelelő szereplőket – döntéshozókat, policy-szakembereket – nem sikerül bevonnunk a folyamatba, akkor az egész értelmét veszti. A kérdés tehát nem pusztán az, hogy „kinek” prezentáljuk az eredményeket, hanem – ezt bizonyos értelemben zárójelbe helyezve – az, hogyan vonjuk be a releváns szereplőket (akiknek aztán már nem kell „prezentálni” az eredményeket, hiszen azok kialakításában maguk is résztvettek).

Hogyan végezzünk szükséglet-meghatározást? – Irányok

A legalapvetőbb kérdések:

- Hány fő él az adott területen, aki drogokat használ?
 - különböző epidemiológiai vizsgálatok, prevalencia adatok
 - mortalitás-alapú becslések
 - egyéb becslő eljárások (pl. fogás-visszafogás)
- Milyen ellátási szükségletek jelentkeznek a különböző régiókban? – összehasonlító elemzések
 - milyen szolgáltatásokra van szükség?
 - és mekkora kapacitással kell számolni?
- Milyen szolgáltatás iránt van szükséglet az adott régióban és mekkora kapacitással?

- a jelenleg működő szolgáltatások a megfelelő módon, koordináltan működnek-e, illetve milyen módon lehet elősegíteni a szolgáltatások közötti koordinációt és kooperációt?
- kliens-központú közösségi szükséglet-meghatározás
- az ellátás folyamatossága megközelítés – amivel a korábbiakban foglalkoztunk
- normatív megközelítés: a kezelőrendszer jelenlegi, illetve múltbeli teljesítménye alapján fogalmaz meg terveket a jövőre nézve
- előíró megközelítés: milyen szolgáltatásokra lenne szükség – mi kellene? -, ha pl. az ellátás folyamatosságát következetesen alkalmaznánk? Itt tehát nem közvetlenül a kliens szükségletek jelentik a kiindulópontot, hanem egy „ideális” állapot eléréséből következtetünk „visszafelé” a szükséges ellátásfejlesztési szükségletekre.

Hogyan végezzünk szükséglet-meghatározást? – Gyakorlati megközelítések

2. ábra. A szükséglet-meghatározás kerete és az ellátástervezés: a három nagy adatforrás bemutatásával

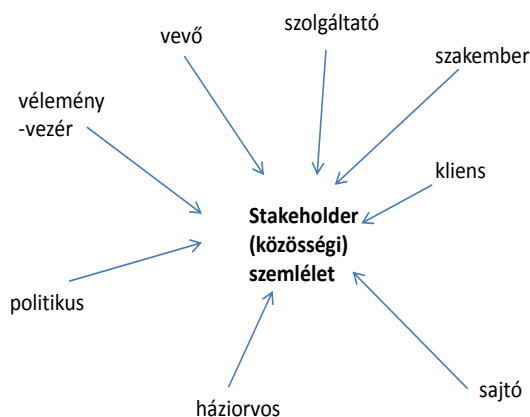


A szükséglet-meghatározásban három nagy területről, adatforrásból szerezhethünk be adatokat és véleményeket:

Stakeholder-megközelítés (vagy közösségi megközelítés)

Elsősorban az egészségügy területéről szerzünk be adatokat és szakvéleményeket. Ezek az ismeretek főleg a helyi szakemberektől származnak, ezért jól és részletesen tükrözik a helyi szükségleteket. Igaz, hogy az intézményi érdekektől néha nehezen szétválaszthatók a szükségletek, azonban az ismeretek gazdagsága kárpótolhat bennünket e torzításért, továbbá az, ha ezzel tisztában vagyunk. Esetenként ilyen módon olyan csoportok szükségleteihez is hozzáférhetünk, amelyeket a hagyományos úton nem tudunk elérni (pl. kórházból elbocsátott, súlyos mentális betegek). A megközelítés érzékeny a költség-hatékonyságra. További előnye, hogy érdekelt feleket von be a szükséglet-meghatározás folyamatába.

3. ábra Stakeholder (közösségi) szükséglet-meghatározás: az ábra a szükséglet-meghatározásban szerepet játszó, a helyi közösségben kulcsszerepet betöltő szereplőket mutatja



Összehasonlító, komparatív megközelítés

Egy adott területen elhelyezkedő populáció által igényelt szolgáltatások összehasonlítása egy másik populációéval. Ha semmilyen más információnk nincs, a nagyságrendi különbségek a

szolgáltatások számában, vagy a szolgáltatásokat igénybe vevők számában, önmagában „árulkodók” lehetnek.

Epidemiológiai és költség-haszon elemzések

A szükséglet-meghatározás lényege annak megértése, hogy mi a hatékony beavatkozás és kinek.

Lépései:

- a probléma meghatározása
- prevalenciák és incidenciák
- hozzáférhető szolgáltatások és azok költségei
- hatékony és költség-hatékony szolgáltatások
- adatokkal alátámasztott ellátási modellek és ajánlások
- „kimeneti” mérések, audit módszerek és célok
- információ és kutatási előfeltételek

Trianguláció a szükséglet-meghatározásban

A „trianguláció” azt jelenti, hogy több forrásból szerezzük be az adatainkat; a több forrásból beszerzett adatokkal egy-egy forrás adatait a többivel összevetve azokat pontosítani tudjuk.

3. Táblázat Trianguláció

	A trianguláció típusa	Példák
Adatforrás trianguláció	a meglevő adatok áttekintése kutatások	többféle módszertannal szerzett adatok összevetése
Módszer trianguláció	résztvevő kutatás fókuszcsoporthoz kulcsszemély interjúk kérdőívek	egészségi állapottal kapcsolatos problémák prioritás listája; egészségi problémák megbeszélése (kockázati és protektív faktorok, vulnerábilis populációk); egészségpromóciós eljárások; egészségügyi survey-k
Kutatók triangulációja	oktatók kutatók	fókuszcsoporthoz, moderátorokkal és kulcsszemélyekkel készített interjúk

Ha az előzőekben leírt adatokat és folyamatokat összegezzük, akkor lehetőségünk nyílik bizonyítékokon alapuló ellátási terv készítésére. A szükséglet-meghatározás a teljes folyamat szempontjából stratégiai jelentőségű!

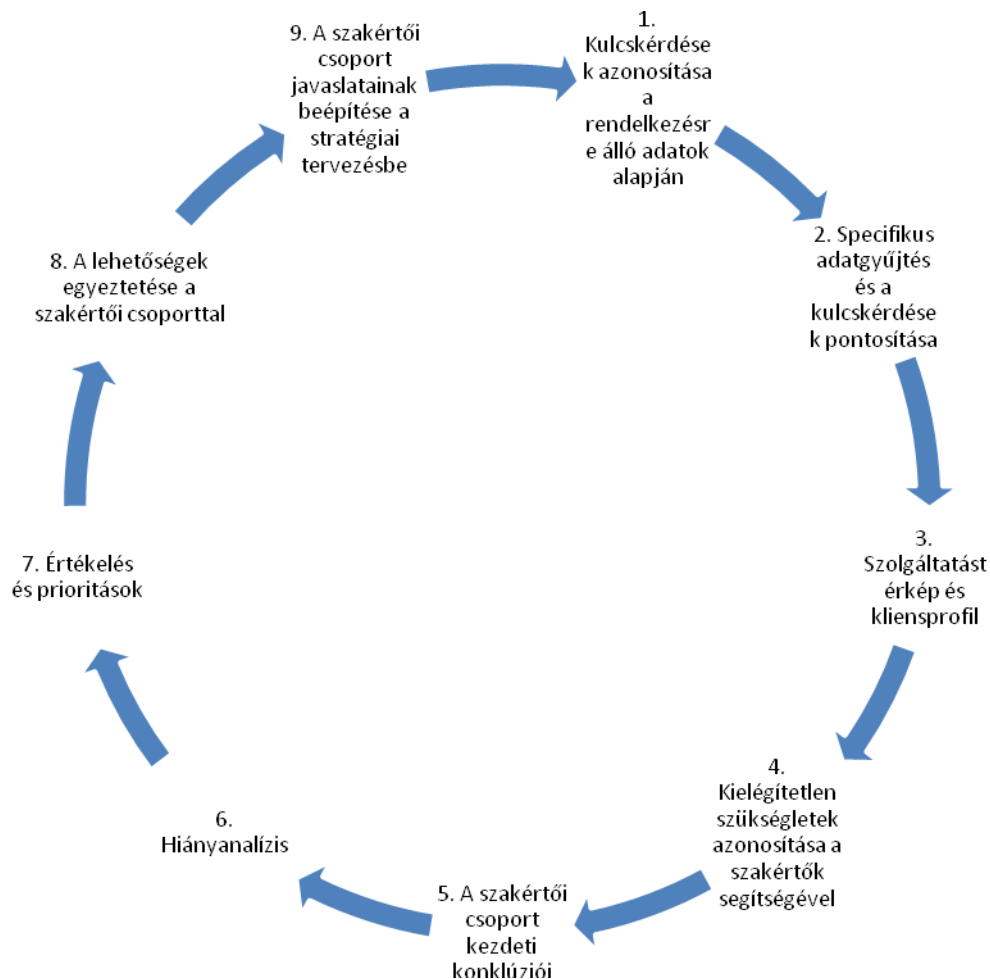
A szükséglet-meghatározás összetevői

A szükséglet-meghatározás folyamata a következő elemekből áll:

- *helyi folyamatot* kell létrehozni, amely a meghatározás hajtóereje
- a hozzáférhető *irodalom és adatok*, kutatások áttekintése annak érdekében, hogy a szükséglet-meghatározás kulcskérdéseit meghatározzuk – kiegészítve a helyi partnerség szereplőinek bevonásával. Itt látjuk, hogy a szükséglet-meghatározás két irányzata között lehetséges az együttműködés!
- *szolgáltatás-térkép* elkészítése, valamint a *kliens-profil* meghatározása
- az *ellátórendszeren kívüli szerhasználoi csoportok* szükségleteinek és ártalmainak meghatározása - figyelemmel a populáció tagjainak véleményére
- e szükségletek értelmezése: ez már a *szakértői csoport* bevonásával történik, az értelmezés a következtetésekhez – a szolgáltatásfejlesztéshez – vezet
- *értékelés és prioritás. Hiányanalízis*: a jelenleg működő és a kívánatos szolgáltatások közötti hiányok azonosítása; e hiányok (és a mögöttük álló szükségletek) prioritási listája
- *ellátási terv* készítése, majd ennek végrehajtása, a szükséges forrásallokációval együtt.

A szükséglet-meghatározás folyamat, amelyet szükség szerint, lehetőség szerint évente elvégzünk egy adott régióban. Minél pontosabb képünk van a szükségletekről, annál könnyebben meg tudjuk határozni az ellátásfejlesztés irányát. Az ellátásfejlesztés nem légüres térben valósul meg: tekintetbe kell venni a működő szolgáltatások mellett a nemzeti fejlesztési irányokat (pl. a drogstratégiát), illetve a helyi fejlesztéseket is, valamint az ellátási protokollokat is (pl. az egészségügyben a drogbetegek ellátásával kapcsolatos kezelési irányelveket és protokollokat). A szükséglet-meghatározás újból és újból elvégzett folyamatába beépülnek a szolgáltatások „kimeneti”, eredmény-mutatói is: akár alacsony-küszöbű, akár egészségügyi vagy szociális ellátásokról, akár szelektív vagy indikált prevencióról legyen is szó! A szükséglet-meghatározás így már „saját”, a folyamat során nyert adataira is támaszkodhat, megvalósítva ezzel a kutatáson és bizonyítékokon alapuló szolgáltatásfejlesztést.

4. ábra. A szükséglet-meghatározás éves ciklusa



A szükséglet-meghatározás folyamata

1. *Szakértői munkacsoport felállítása:* résztvevők az adott terület kulcsfontosságú szereplői a droghasználat megelőzése és a droghasználók ellátása tekintetében: szakemberek, közpolitikai döntéshozók, közösségi – civil – szereplők, illetve csoportok képviselői. ha egy területen a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) jelentős szerepet játszik, akkor a szakértői csoport a KEF bázisán szerveződhet.
2. A rendelkezésre álló információk áttekintése: ehhez az információk mellett tudnunk kell, azok honnan származtak (megbízhatóság, érvényesség), valamint milyen szempontból, milyen elvek szerint fogjuk ezeket áttekinteni. Itt ismét hangsúlyozzuk,

hogy a szükséglet-meghatározás célja az ellátások fejlesztése, hatékonyabb működése, és nem pusztán a „tudományos igények” kielégítése!

3. *A „kielégített” igények feltárása:* itt olyan droghasználókról van szó, akik bekerültek az ellátásba. Ebbe a részbe tartozik a *kezelőrendszer feltérképezése*, valamint a *kliens-profilok* megalkotása! Feltételezhetjük, hogy nem minden szükségletüket elégíti ki az adott ellátás, ezért erre a pontra még visszatérünk!
4. *A szükséglet-hordozó, kielégítetlen szükségletekkel rendelkező populáció feltérképezése:* itt az ellátórendszeren kívüli szerhasználókról van szó.
5. *„Kielégítetlen” igények feltárása:* azoknál a szerhasználóknál, akik valamilyen ellátásban részesülnek, de feltehetően egy vagy több szükségletüket az adott ellátási forma nem tudja lefedni: pl. a büntetés-végrehajtó intézményekben fogvatartott szerhasználóknál a terápiás szükségletek gyakran lefedetlenek!
6. *Hiányelemzés:* az ellátórendszer hiányainak elemzése a szakértői munkacsoport tagjai segítségével. Akkor járunk el egyszerűbben, ha minél inkább sikerül egy-egy földrajzi területen a célcsoportok meghatározása, majd e csoportok szükségleteinek feltárása az alábbi szempontok szerint csoportosítva:
 - *az általános egészségi állapottal kapcsolatos szükségletek:* a droghasználat kockázatainak megelőzése és csökkentése (pl. fertőző betegségek); az általános egészségi állapot javítása;
 - *addikció-specifikus szükségletek:* a szerhasználat megelőzése, az ártalmak csökkentése, illetve a szerhasználat miatti kezelések, utókezelés, gondozás, utánkövetés;
 - *lakhatással kapcsolatos szükségletek:* ideiglenes vagy tartós lakhatási lehetőségek biztosítása, krízis, illetve az ellátás idején, illetve annak befejeztét követően;
 - *foglalkoztatási szükségletek:* az alapkészségek fejlesztésétől (általános iskolai követelmények) a specifikus, a munkaerőpiaci elhelyezkedést szolgáló képzésekig, illetve átképzésekig; fontos része e szükségleteknek a munkaerőpiacon elhelyezkedettek esetében azok követése és a beilleszkedésben való segítségük;
 - *a bűnelkövetői magatartásokkal kapcsolatos szükségletek:* jogsegélyszolgálat, a büntetésüket töltők kezelési igényei, a felfüggesztett vagy próbára bocsátottak, illetve az „elterelték” kezelési, vagy más ellátásbeli szükségletei; a büntetés-végrehajtó intézményekből szabadultak speciális reintegrációs szükségletei.

7. *Evaluáció és a prioritások meghatározása:*

- a gondozás folyamatosságának biztosítása az ellátórendszeren belül, az egyes ellátók között;
- a működő szolgáltatások rekonfigurálása az eddig ki nem elégített szükségletek lefedése érdekében (pl. meghosszabbított nyitvatartással, flexibilisebb ellátásszervezéssel);
- az egyes szolgáltatások fejlesztése annak érdekében, hogy növekedjék a kliensek retenciója és így a kedvező „kimenetek” (eredmények) aránya;
- a prioritások meghatározása a források függvényében történik!

8. A tervezési folyamat lezárása: az ellátásfejlesztés monitorozása és értékelése

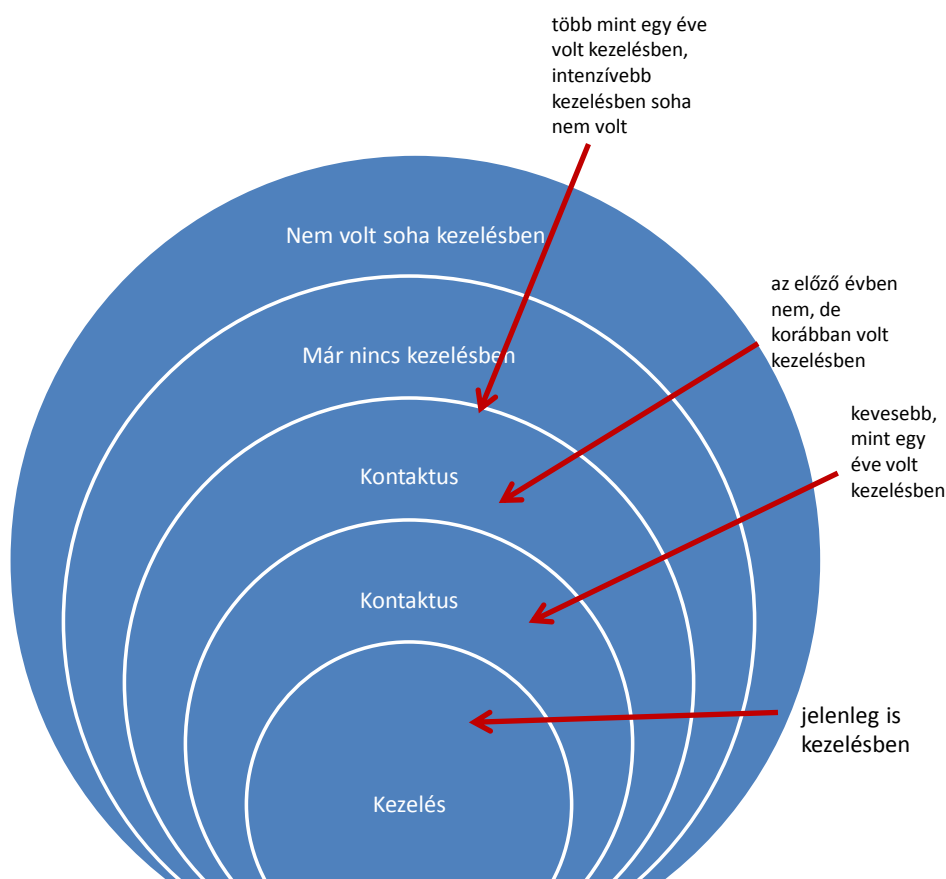
- rendszeres – lehetőleg éves – értékelés a folyamatos monitorozás szolgáltatott adatok segítségével.

Az ellátással kapcsolatos szükségletek ábrázolása: kielégített és kielégítetlen szükségletek

5. ábra. Az ellátórendszer és a drogfogyasztók kapcsolatának ábrázolása:

a céltábla-módszer*.

Az ábra legbelső köre a jelenleg is kezelésben levőket mutatja, majd ahogy kifelé haladunk a koncentrikus körökön, a kezelőrendszerrel egyre kisebb – kevesebb kontaktussal bíró klienseket látjuk, majd a külső kör azokat mutatja, akik még nem voltak kezelésben (de tudunk róluk). A legkülső körön kívül levő tartomány a „becsült problémás droghasználók”: róluk csak becsléseink vannak (még annyit sem tudunk róluk, mint a legkülső körbe tartozó személyekről)



Becsült problémás droghasználó populáció

*a „kezelés” fogalmát természetesen részletezhetjük: ambuláns vagy fekvőbeteg ellátásban, rehabilitációban kezelt kliens, illetve a szociális ellátások szerint is!

A „kielégítetlen” szükségletek bemutatása

4. Táblázat Kielégítetlen szükségletek

	Ártalmak	Számok	Ellásba kerülők, ill. onnan kikerülők
hajléktalanok	súlyosabb ártalmak, pszichiátriai komorbiditás, súlyos társuló alkoholhasználat	x számú hajléktalan egy adott városban; y számú hajléktalan az ellátórendszerben	a hajléktalanok az ellátás melyik részébe kerülnek: valószínű, hogy az ártalomcsökkentőkbe; onnan is gyakrabban kiesnek
lakhatási problémákkal küzdők	az előző csoportnál jobb helyzetű droghasználók; de az ott megjelenő problémák itt is jelen vannak	az ellátásba kerülő droghasználók pl. x %-ában lakhatási problémák, különösen jellemző ez a helyzet az opiáthasználókra	Kevésbé stabil populáció, ezért a retenció alacsony
börtönből szabadultak	túladagolás és következményes mortalitás kockázat; támogatás nélkül drog- és bűnözés recidíva	az ellátásba kerülők x%-a börtönből szabadult; a börtönből szabadultaknak csak y%-a kerül ellátásba	már a börtönben elkezdni a felkészítést a szabadulásra: az ilyen adatok hol jelennek meg a rendszerben, megjelennek-e egyáltalán?
súlyos mentális zavarokkal küzdők (komorbid esetek)	a szerhasználat rontja a pszichiátriai problémák kezelési esélyét, és fordítva is: a pszichiátriai problémák rontják az addikciós ellátások eredményességét	komorbid esetek (két vagy több pszichiátriai diagnózis, kezelőhelyi vagy OEP adatok)	miért került kezelésbe? lehet, hogy a pszichiátriai problémával, a droghasználat rejtve maradt
prostituáltak	szexuális kockázatok, elsősorban amfetaminhasználók	kezelőhelyek adatai, utcai megkereső programok adatai	x prostituált van az ellátásban; az „otthoni” prostituáltak nem kerülnek be az ellátórendszerbe

Hiányanalízis

A hiányanalízist a szakértői munkacsoport végzi, a szükséglet-meghatározási folyamatban feltárt szükségletek, illetve az ellátórendszer jellemzői, pontosabban e kettő megfeleltetése révén. Ahogy erről korábban írtunk, a hiányanalízis annál pontosabban végezhető el, minél inkább egy földrajzi területre koncentrálunk, és a droghasználók összetett populációját több, kisebb célcsoportra bontjuk, amelyeknek speciális szükségleteit a következők szerint osztályozzuk (részletesebben lásd később!).

Értékelés és a prioritások meghatározása

A prioritások meghatározása a rendelkezésre álló források függvényében

Mielőtt újrakonfigurálnánk egy-egy szolgáltatást, a partnereknek tudniuk kell, hogy az azonosított hiány specifikus szolgáltatóhoz kötődik és nem a szélesebb rendszer átfogó hiányossága!

A szükséglet-meghatározási folyamat és az ellátásszervezés befejezése

Monitorozás és értékelés: a szükséglet-meghatározás után tett ellátásszervezési változtatások monitorozása, az eredmények értékelése, majd újabb ciklus indítása (lásd még a 4. ábrát is!).

6. ábra. A szükséglet-meghatározás helye az ellátásszervezésben:

az ábra a szükséglet-meghatározással kezdődik, majd a tervezés és ellátástervezés lépései után a finanszírozási bázis megteremtése következik (ekkor már tudjuk, milyen ellátásokat kellene finanszírozni). A teljesítmény-menedzsment és a monitorozás a szolgáltatók „kimeneti” (eredmény) adatait mutatja, amiket a következő lépésben értékelünk (összevetve a szolgáltatásokkal). Ez az értékelés az alapja annak, hogy a szükséglet-meghatározással a folyamat újrainduljon: hiszen lehetnek le nem fedett szükségletek, amiket ez az új ciklus fog megmutatni



Az elméleti bevezetés után áttekintjük a főbb szükséglet-meghatározáshoz – vagy ahhoz is – használt módszereket, hangsúllyal azokon az irányokon, amelyeknek van magyarországi jelentősége (alkalmazták már Magyarországon).

Elsőként a „kielégített” szükségletekkel foglalkozunk, azaz azokkal a kliensekkel, akik az ellátórendszer valamely szolgáltatását veszik igénybe. Ehhez az ellátórendszert és a kliensnek igényeket kell feltérképeznünk.

II. A kielégített szükségletek feltérképezése: Az ellátórendszer feltérképezése

A feltárt kielégítetlen szükségletek ellátására irányuló döntések meghozatala előtt az ellátási lánc minden szereplője számára fontos megismerni, hogyan működik jelenleg az ellátórendszer, melyek azok a szükségletek, melyeket megfelelően el tud látni a jelenlegi ellátórendszer, és hol vannak a hiányosságok, illetve mely meglévő ellátási területek szorulnak további fejlesztésre, támogatásra. Az ellátórendszer, az azt alkotó szolgáltatók leírása e tekintetben szorosan kapcsolódik az ellátásban lévő kliensek² profiljának (azon belül is különösen: ellátásba kerülés, beutalás eredete, továbbküldés, betegirányítás, ellátásban maradás, az ellátás eredményessége) meghatározásához, leírásához. Az ellátórendszer leírásának szerves része – elsősorban az ellátásban maradás kérdése kapcsán – a kliensek a szolgáltatásokkal kapcsolatos elégedettségének feltárása.

Az ellátórendszer feltérképezésének célja

Az ellátórendszer feltérképezésének célja a különböző ellátási modalitásokban megjelenő, átlépő vagy kilépő kliensek számának, típusainak leírása. Az ellátástérkép segítségével az ellátatlan szükségletek felmérését végző szakértői csoport számára kiderül, melyek azok a csoportok (nem, szerhasználó típus, kor, etnikai hovatartozás stb. mentén), amelyek a vizsgált ellátási formákban megjelennek. Az ellátástérkép lehetővé teszi ugyanakkor annak azonosítását is, mely területeken mutatkoznak hiányosságok, vagy hol ütközik akadályokba a továbblépés. Az egyes ellátók, szolgáltatók leírása feltétlenül szükséges, de önmagában nem elégséges, az ellátási térkép tehát az egyes szolgáltatók leírásaként, majd az azok alkotta hálózatként tekinthető. Az ellátási térkép meghatározásával:

- A hálózatban működő ellátók, szolgáltatók alaposabban megismerik a rendszer egésze működését és az abban ellátottakat.
- Az erőforrások, kapacitások allokációja jobban meghatározható.

Az ellátási térkép

Az ellátási térkép az összekapcsolódó kezelési, ellátási modalitások grafikus ábrázolásaként tekintendő. Azt mutatja meg, hogy *a kliensek hogyan mozognak, milyen utat járnak be az*

² A kliens kifejezést egyaránt használjuk az egészségügyi és a szociális ellátást igénybevevő személyekre.

ellátás különböző szintjein, és az egyes szinteken milyen az ellátásban részt vevők profilja. A következőkben kliensek leírását is említjük, de a hangsúly a szolgáltatók leírásán van, azaz itt a kliensek leírása arról ad képet, hogy milyen profillal rendelkeznek azok, akiket az ellátó vagy egy adott ellátási forma képes kezelésbe vonni, továbbbírányítani vagy épp ellenkezőleg, nem képes kezelésben tartani vagy megfelelő időben további szintre továbbbírányítani.

Belépés az ellátórendszerbe: Az ellátórendszerbe történő belépés, a beutalás eredete (emlékeztetőül: a kliens leírás egyik fontos eleme, lásd TDI). A leggyakoribb beutalási pontok: önmaga jelentkezik, alacsonyküszöbű szolgáltatók, toxikológiai ellátók, alapellátásból (házi orvosoktól) érkezők, büntető igazságszolgáltatás (elterelés) irányítása alapján érkezik.

Kezelésben³ vagy ellátásban lévők: Valamely ellátási formában részt vevők leírása. A jellemző ellátók itt a járóbeteg szakellátók: drogambulanciák, addiktológiai és pszichiátriai gondozók és a fekvőbeteg ellátók. További ellátók lehetnek a rehabilitációt végző intézmények, a félutas házak, vagy a védett munkahelyet biztosító programok, de az öngyógyító csoportok is. A modell arra is alkalmazható, hogy segítségével a különböző ellátási formákban megjelenő kliensek összehasonlítását elvégezzük, illetve a hosszabb távú ellátásban maradás vagy épp a kiesés tényezőit feltárjuk.

Mozgás az ellátási rendszeren belül: A kliensek különböző ellátási formákat vesznek igénybe akár egy időben, vagy időben egymást követően. Az ellátási térkép segítségével feltárhatók, mely kliensek lépnek tovább, hova kerülnek továbbbírányításra, és milyen profillal rendelkeznek azok a kliensek, akik az adott ellátási formában maradnak.

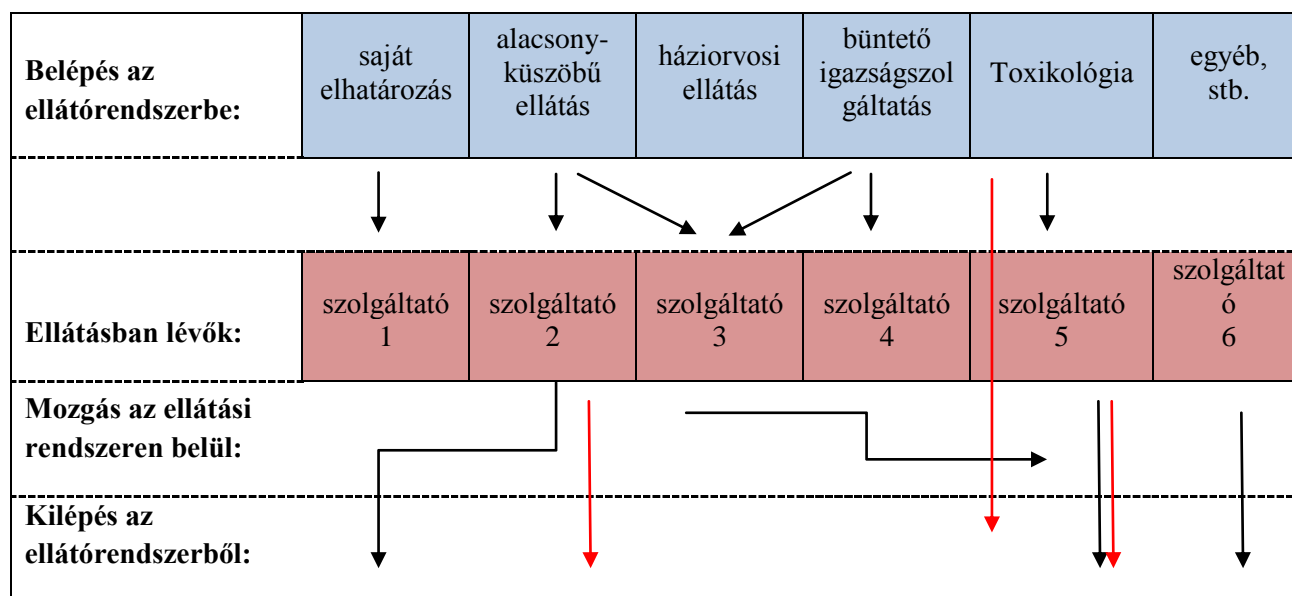
Kilépés az ellátórendszerből: Valamely ellátási formából kilépő kliensek leírása, illetve annak feltárása, hogy a kilépés tervezett vagy nem tervezett volt.

A szolgáltatók felrajzolása egyben választ ad arra is, mely ellátási forma hiányzik, a gyakoribb kiesés megmutatja a fejlesztésre szoruló területeket, a kliens utak feltárása segíti az erőforrás tervezést és a továbbutalás menetének azonosítását.

A különböző szolgáltatók és/vagy ellátási formák közt áramló kliensek leírására alkalmasak az első részben bemutatott, a kliensek leírására szolgáló eszközök (pl. TDI, ASI etc.), valamint az OSAP adatok áttekintése is hasznosnak bizonyulhat.

³ A kezelés fogalmát az egészségügy számára tarjuk fenn.

5. Táblázat Az ellátástérkép sémája:



Az egyes szolgáltatók leírása

Hiányosságok feltárása (Gap analysis) során azonosított szükségletek

A szolgáltatók leírását és a célcsoport jellemzőinek összeállítását követően sor kerülhet a különbségek, eltérések meghatározására. Annak ellenére, hogy esetenként több szolgáltatói típus is jelen, van viszonylag széles ellátási spektrum mellett, lehetnek olyan speciális igényekkel rendelkező csoportok, melyeknek nincs kapcsolata az ellátórendszerrel. Ilyen csoportok lehetnek: szerhasználó nők, fiatalok, prostituáltak, szerhasználó szülők gyermekei stb. Ezen kliensek szükségletei jelentősen eltérnek a kliensek többsége szükségleteitől. A kezelési hiányosságok feltárása során indokolt a vizsgált csoportok szükségleteit kategorizálni, melyre alább egy egyszerűbb példa következik (SE 2000:14): A következő szükségleteket a továbbiakban az egyszerűség kedvéért *kezelési szükségletet* használunk.

Egészséggel kapcsolatos szükségletek: a droghasználat okozta ártalmak csökkentését célzó segítségre, tanácsra irányuló szükségletek; a fizikai és a mentális egészség javítása érdekében.

Függőség-specifikus szükségletek: droghasználattal összefüggő kezelési szükséglet, gondozási szükséglet és utógondozási szükséglet.

Lakhatással kapcsolatos szükségletek: átmeneti szállás és lakhatási szükséglet krízis idején vagy állandó jelleggel.

Foglalkoztatással kapcsolatos szükségletek: alapvető képességek, a motiváltság növelésére irányuló tanácsadás, önbizalom és önértékelés, foglalkoztatási szolgálatok és munkalehetőségek iránti igény (SE 2000:14).

Bevezetés

A kezelési szükségletek feltárására irányuló kutatás megkezdése előtt indokolt felmérni az aktuális kiinduló helyzetet, annak érdekében, hogy a módszertanilag legmegfelelőbb kutatási elrendezés eléréséhez a rendelkezésre álló legrészletesebb információk elérhetővé váljanak az alábbi területekről: *az ellátórendszer struktúrája, a személyzet összetétele, a szolgáltatók és a szolgáltatások struktúrája, a finanszírozás, a minőségirányítás és fenntarthatóság, elérhetőség és hozzáférhetőség, és a beavatkozások hatékonysága*. Ezen információk összegyűjtéséhez a legkülönbözőbb adatbázisok és kutatási eredmények felhasználhatók, mint például a finanszírozói és a szolgáltatói adatok, a kezelés eredményességére vonatkozó vizsgálatok; szolgáltatói regionális vagy az ellátói rendszer szintjén, multidiszciplináris megközelítést alkalmazva (NIDA 1993). A legjobb eredmény eléréséhez érdemes az ellátásban együttműködő szereplőket bevonni a folyamat egészébe, a rendelkezésre álló adatok áttekintésétől a disszeminációig. A szükségletek feltárása során fokozott figyelmet kell fordítani az alábbi területekre, kutatási eredményekre:

I. Az ellátórendszer szervezeti, strukturális leírása és a szolgáltatás teljesítésére irányuló eredmények:

- A szervezet meghatározása és karakterisztikájának leírása, a finanszírozás, az irányítás, a szolgáltatás minősége, és a szolgáltatások megfelelése a kliensek és a speciális igényrel rendelkező csoportok igényeinek.
- Az elérhetőség és a hozzáférhetőség javítására irányuló modellprogramok eredményei és az általános kontextusban megfelelőnek tartott ellátás leírása.
- A kezelési programok környezetének, struktúrájának, személyzetének és a szolgáltatások működésének leírása a hozzáférés, a kezelésben maradás, a terápiahűség, az ellátás átfogó jellegének és a kezelés eredményességének szempontjából (NIDA 1993).

II. A szolgáltatások finanszírozását leíró eredmények:

- A finanszírozás és a támogatás különböző modelljeinek eltérései, azok hatása az ellátórendszer vagy az egyes szolgáltatók erőforrásaira, szervezeti felépítésére, irányítására, a személyzeti felépítésére, a kezelési programok funkciójára, a szolgáltatások igénybevételére, az általános és a speciális igényekkel rendelkező kliensek igényeinek való megfelelésre, a kezelés hatásosságára és költség-hatékonyságára.
- A minimálisan szükséges szolgáltatások azonosítása. Mi a határköltsége a magasabb szintű szolgáltatásnak vagy a szolgáltatások különböző kombinációinak? Miben különbözik a határköltség az ellátottak különböző csoportjai esetében, és hogyan lehet ezt optimalizálni a kliensek jellegének leginkább megfelelően (NIDA 1993)?

III. A szolgáltatások minőségét és hatásosságát leíró eredmények:

- A kezelési programok struktúrájának, szervezésének és működésének, és a kliensek jellemzőinek viszonyát leíró kutatások eredményei. A kettő közötti legjobb megfelelés növelésére irányuló modellek bevezetésének eredményei a megfelelés és a kliensirányítás hatékonyságának növelése érdekében.
- Az elérhetőség, a hozzáférhetőség, a fenntarthatóság, a tartalmi, a minőségi és a pénzügyi kérdések leírása, beleértve a speciális igényekkel rendelkezők (cél)csoportok (nők, fiatalok, kisebbséghez tartozók) szempontjait is.
- Az elérő programok (pl. utcai megkeresés) és a kezelőrendszerbe történő beutalás hatásossága, beleértve a fertőző betegségek szűrését is.
- A költségek, a hatásosság, a költség-haszon és a költség-hatékonyság standardizált monitorozása, mely felhasználható kutatási tevékenység során is (NIDA 1993).

A fenti felsorolás tehát ajánlásokat fogalmaz meg. Célja, hogy összegyűjtse, a szolgáltatók működésének leírásához mely meglévő kutatási eredményeket kell összegyűjteni, vagy – hiányuk esetén – a szükségleteket feltáró projekt keretében előállítani.

A szolgáltatói profil kulcskérdései

- Hol található a szolgáltató, milyen annak viszonya a szolgáltatás célcsoportjához?
- Milyen információ érhető el az együttműködő szolgáltatókról más területeken?
- Mi a szolgáltató nyitva tartási ideje? Vannak a nyitva tartási időn túl is elérhető szolgáltatások (telefonos segélyszolgálat, üzenetrögzítő stb.)
- Milyen kliensek jelennek meg a szolgáltatásban – nem, életkor, szerhasználati mintázatok, földrajzi lehelyezkedés stb. – szerint?
- A szolgáltató milyen speciális igényeket elégít ki?
- Mi a beutalás eredete? Kitől érkeznek a beutaltak?
- Átlagosan hány kliens jelenik meg az ellátásban hetente, havonta, negyedévente stb.?
- Átlagosan mennyi ideig maradnak a kliensek az ellátásban? Mi az oka a kilépésnek (kezelésből kiesés, továbbirányítás)?
- Hetente/havonta hány kliens kerül továbbirányításra? Mely szolgáltatókhoz?
- Mekkora a személyzet terheltsége? A szolgáltató hány főállású alkalmazottat foglalkoztat, a személyzet ideje mekkora részét fordítja a kliensekkel való találkozásra?
- Van információ a kliensek elégedettségéről és a személyzet elégedettségéről?

- A kezelésben részt vevők hogyan érik el a szolgáltatót? Tömegközlekedéssel megközelíthető a szolgáltató? Milyen a szolgáltató földrajzi elhelyezkedése?
- A szolgáltatónál van várólista? Ha van, mennyi időt várnak a kliensek a kezelés megkezdése előtt?
- Ha a szolgáltató előjegyzés alapján működik, a kliensek mekkora aránya nem jelenik meg a megbeszélt időpont alkalmával? Hetente, havonta hány ilyen alkalom van?

Forrás: SE 2000:13

A nemzetközi szakirodalom és az ajánlásokat, tanácsokat adó útmutatók sem egységesek szóhasználatukat, fogalomrendszerüket tekintve. Az intézmények értékelésének, evaluációjának több fókusz is lehet. Az ellátatlan szükségletek feltérképezése során azonban nem lehet egyetlen mozzanatot, értékelési fókuszot kijelölni. A WHO (2000:13) vonatkozó útmutatója megkülönböztet különböző értékelési típusokat. Az alábbi típusok mintha egymásra is épülnének, a **kezelési szükségletek feltárása** itt az első lépcsőfokot jelenti. Az ellátatlan szükségletek azonosítása ugyanakkor önmagában nem elégséges. Elképzelhető ugyanis, hogy bizonyos kliensek nem azért hiányoznak az adott ellátási formából, szolgáltatásból, mert igényeik nem ismertek vagy nincs igényeiket célzó ellátó. Az ellátás folyamatában is lehetnek rejtett tényezők, melyek meggátolják adott jellemzőkkel rendelkező kliensek kezelésbe lépését vagy éppen fokozzák a kezelésből való idő előtti kiesésüket. A **folyamatértékelés** épp ezért a szolgáltatói rendszer tesztelésének szerves része kell, hogy legyen. A folyamatértékelés ad választ arra is, hogy a populációban azonosított, de a kezelésre szoruló, mégis, a kezelésben meg nem jelenő csoportok milyen jellemzők mentén térnek el a kezelésben részt vevő kliensektől. A **kezelés eredményességét** is mérni kell, elképzelhető, hogy bizonyos csoport(ok) körében alacsonyabb a hatásosság és az eredményesség mértéke. A **kliensek elégedettsége** a kezelésben maradáson keresztül közvetlenül is befolyásolja egy program eredményességét. A kliensek véleményét azért is indokolt figyelemmel kísérni, mert hasznos információval szolgálnak arról, hogy a szolgáltató valamely programjának átalakításával, tesztelésével hogyan tudja még inkább elérni, kezelésbe vonni az ellátatlan csoportok tagjait. Elvben az is elképzelhető, hogy egy adott szolgáltató, vagy egy régió összes szolgáltatója együttesen teljesen összhangban van az adott területen jelentkező kezelési igényekkel, sőt a szükségletekkel is. Az ellátatlan populáció ez esetben a kapacitások – közvetve pedig az erőforrások és az anyagi ráfordítások – elégtelenségének kérdéseként jelenik meg. Indokolt ezért a programok, szolgáltatások és az egyes szolgáltatók ráfordítás igényének felmérése is. A **gazdasági evaluáció** választ ad azokra a kérdésekre, mely területeken lehet adott ráfordítás-növelés mellett a legnagyobb eredményt – azaz nagyobb ellátottságot, kevesebb kielégítetlen szükségletet – elérni.

6. Táblázat Az intézményi értékelés főbb típusai

Az értékelés típusa	Főbb kérdések (példák)
Ellátási szükségletek feltárása	Mi jellemi és mennyire jellemző a kábítószerrel való visszaélés a közösségben? A jelenlegi ellátók mennyire elégítik ki a veszélyeztetett populáció igényeit?
Folyamatértékelés	Mi a leírni kívánt program/szolgáltató/rendszer? Mennyire jellemző az eltervezett és a végrehajtott szolgáltatás összhangja (programhűség)? A szolgáltatások jó minőségűek? A programok személyzete hogyan értékeli a szolgáltatás értékét és minőségét? Mi jellemzi a szolgáltatást igénybe vevő klienseket? Mely kliensek nem fejezik be az ellátást?
Eredményértékelés	A kliensek mekkora része fejezi be az ellátást? A kliensek mekkora része csökkenti droghasználatát az ellátás eredményeként? Javul a kliensek életminősége a ellátás eredményeként? A program miért éri el azt az eredményt, amelyet elér?
Kliens elégedettség	A kliensek úgy érzik, hogy a kapott szolgáltatás találkozik az igényeikkel? Mivel elégedettek a legkevésbé? Miért lépnek ki némelyek az ellátásból?
Gazdasági értékelés	
Költség vizsgálat	Mennyibe kerül egy kliens ellátása?
Költség-hatékonyság	Különböző ellátásokat összehasonlítva egységnyi ráfordítás mekkora eredménnyel jár?
Költség-hasznosság	A relatív költségeket tekintve mekkora életminőség javulással jár egyik és másik szolgáltatás?
Költség-haszon vizsgálat	A program több haszonnal, mint költséggel jár, finansiális mutatókkal kifejezve?

(WHO 2000:13)

II.1. Az ellátási szükségletek feltárása

Az ellátási szükségletek feltárása a kezelőrendszerben megjelenő ellátási igények és a populáció szükségletei közötti eltérés leírása. Ezek a szükségletek egyrészt lehetnek látens szükségletek is, melyek a kliens számára nem tudatosultak (pl. fertőzőtségre vonatkozó ismeretek hiánya, belátás hiánya miatti kezelési igény hiánya). Ebbe a csoportba tartozhatnak ezért nemcsak az ellátórendszer számára rejtett csoportba tartozók szükségletei, hanem az egy ellátási formában részt vevő kliensek az aktuális ellátás céljai által el nem ért (rejtett vagy kielégítetlen) szükségletei is.

Az ellátási szükségletek feltárásának főbb lépései:

- A vizsgálatban részt vevő (helyi, regionális stb.) csoport(ok) földrajzi meghatározása.
- A már meglévő prevalencia és incidencia adatok használata, és a speciális igények feltárása a célcsoportok körében.
- Az összegyűjtött prevalencia és incidencia adatok alapján indirekt becslések végrehajtása a célcsoportban és az alcsoportokban.
- Speciális felmérések a vizsgálni kívánt területeken.
- Fókuszcsoportos felmérés a kulcsszereplőkkel (hatóságok képviselői, klinikai szakemberek, szolgáltatók képviselői, ellátásban részt vevő kliensek) az igényeik feltárása érdekében.
- A különböző programok költség-hatékonyságának szakirodalmi áttekintése a hasonló működési területeken.
- A jelenlegi szolgáltatói hálózat azonosítása, kapacitásuk és a várólisták auditálása.
- Az ellátási igények és a jelenlegi ellátási rendszer összevetése különböző szempontok alapján.
- A nagyobb ellátási lefedettség, kapacitás kihasználás és a szolgáltatási hatékonyság elérése érdekében tett javaslatok összeállítása.

(WHO 2000:14)

II.2. Folyamatértékelés

A folyamatértékelés a megfogalmazott célok és a szolgáltatások tényleges végrehajtása közötti összhangot vizsgálja. A folyamatértékelésnek része a tényleges megvalósulás minden elemének leírása, éppen ezért komplex leírás szükséges, melyre standardizált, más kontextusban alkalmazott eszközök átvétele komoly korlátokkal lehetséges csak.

A folyamatértékelés főbb kérdései

- Az értékelés fókuszának meghatározása (program, szolgáltatás, szolgáltató).
- Az ellátásban részt vevő kliensek létszáma, jellemzői.
- A szolgáltatások jellemzői, mértéke.
- A hozzáférés könnyűsége.
- A szolgáltatások költségei.
- A programok felépítése, logikája.
- A szolgáltató személyzetének összetétele, végzettsége.
- Az adatgyűjtés, dokumentáció minősége.
- A kilépés, elbocsátás és az utógondozás kérdései.
- Eset-kezelés
- Külső és belső koordináció.
- A lefektetett standardoknak való megfelelés.

- A szolgáltatás környezetének jellemzői, azok hatása a szolgáltatásra.
- A szolgáltatások, szolgáltatók hálózata.
- A különböző szolgáltatók által ellátott kliensek jellemzői (a különbözőségek azonosítása céljából).
- Betegirányítási, beutalási rendszer, a kliensek áramlása a szolgáltatók között.
- Eset-menedzsment a szolgáltatók között.
- Szolgáltatón belüli koordináció a kliens igényeinek közvetlen ellátására.
- A szélesebb környezet, kontextus hatása a szolgáltatói rendszer működésére.

Forrás: (WHO 2000:17)

A folyamatértékelés során alkalmazott módszerek változatosak, ide tartozhat a dokumentum-elemzés, a megfigyelés, a fókuszcsoportos vizsgálat és szakértői interjúk felvétele mellett az adatbázisok kvantitatív elemzése is. A folyamatértékelés során indokolt lehet a kezelési protokollok és a végrehajtás gyakorlata közti különbségek feltárása is. A vonatkozó, hozzáférhető protokollok elérhetőségét a mellékletben közreadjuk.

A folyamatértékelés főbb lépései

- Az eredeti célkitűzések dokumentumainak (alapító okirat, küldetés) áttekintése, a különböző speciális kezelési programok célkitűzéseinek áttekintése és a szükségesnek gondolt erőforrások, ráfordítások áttekintése.
- Fókuszcsoportos vizsgálatok és interjúk a szolgáltatások tervezőivel a közösség oldaláról, a vezetőikkel, a személyezettel, valamint a programok résztvevőivel és családtagjaikkal.
- A programok logikai modelljeinek kritikai elemzése, fejlesztési javaslatok.
- A belső információs rendszer (dokumentáció, kliens adatbázis stb.) elemzése.
- A programok gyakorlatának megfigyelése, a végrehajtás minősége, az igénybevétel és a különböző programok integráltságának minősítése.
- Kérdőíves vizsgálat a célcsoportok körében annak felderítésére, mekkora az aktív résztvevők és az elérni kívánt populáció aránya.

Forrás: (WHO 2000:17)

II.3. Eredményértékelés

Az ellátás értékelése során nagyon fontos annak eredményessége megítélése. Azt, hogy az ellátás eredményeként változások történnek, az alábbi területeken mindenképpen vizsgálni kell. Az eredményértékeléskor jellemzően az ellátás előtti (belépési) állapotot érdemes összehasonlítani az ellátás befejezésekor (kilépés) és/vagy az azt követő időpontban (utánkövetés) tapasztaltakkal. A két állapot közti változás mérése ugyanazzal az eszközzel történjen. A kliensek ellátás előtti és utáni állapotának összehasonlítására pszichológiai, pszichiátriai és addiktológiai diagnosztikai eszközöket használhatunk.

7. Táblázat Az eredményértékelés területei:

Az eredményértékelés területei	Az eredményértékelés főbb kérdései
Ellátásban maradás, Kilépési arány	Ellátásban töltött idő hossza
Kilépés aktusa	A személyzet bejegyzésével történt vagy anélkül? Tervezett volt?
Addikció súlyossága	Legális és illegális addiktív szerek fogyasztásának mértéke, annak változása
Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőzések kockázati magatartásai	Injekciós droghasználat gyakoriságának csökkenése Tű- és fecskendő megosztás gyakoriságának csökkenése Nem biztonságos szexuális aktusok gyakoriságának csökkenése
Egészség	Változás a testi és/vagy pszichés állapotban
Szociális (re)integráció	Lakhatási helyzet változása Munkaügyi státus változásai Társas kapcsolatok, életstílus javulása Kriminalizáció csökkenése
Életminőség	Szubjektív jóllét emelkedése

(NFP 2008:27)

A folyamat- és az eredményértékelésre vonatkozó kutatások általában olyan komplex vizsgálatok, melyek mindkét értékelési forma elemeit tartalmazzák, melyek nehezen szétválaszthatók. A gazdasági értékelés (elsősorban a programok finanszírozására és költségeire vonatkozó fókusszal) is gyakran része az ilyen komplex leíró vizsgálatoknak.

Folyamat- és eredményértékelésre irányuló hazai jó gyakorlatokat az *Egyéb specifikus eszközök* fejezet alatt közreadjuk. Úgy mint: A drogprevenciós gyakorlat megismerése (Paksi és Demetrovics 2003) és az Elterlés programok hatásossága (Vitrai és mtsai 2003).

II.4. A kliens elégedettség feltárásának főbb területei

A kliens elégedettségi vizsgálatok értékes hozzájárulással szolgálnak az ellátási programok értékelése során. A kliensek elégedettsége, az ellátási programról alkotott véleménye fontos szempontokat adhat a magas kiesési arány vagy az alacsony hatásosság értékelése során is. A kliens elégedettség felmérésének leggyakoribb módja az önkitöltős kérdőív felvétele, jellemzően a kilépéskor vagy az utánkövetés során. A kliens elégedettség vizsgálatának ugyanakkor veszélye, hogy a szubjektív értékelés kliensenként eltérő lehet – különösen a korábbi vagy más tapasztalatokkal rendelkező kliensek esetén –, illetve a kliensek

elégedettsége és az ellátás hatásossága között laza a kapcsolat, a kliensek elégedettek lehetnek egy kevésbé hatásos programmal is. A kliens elégedettség eredményeit az időzítés, a mintavételi tényezők, kulturális különbségek és az egyes kérdésekre vonatkozó szenzitivitás is befolyásolhatja, melyeket az értékelés során figyelembe kell venni. A kliens elégedettség feltárásának fontosabb területei (WHO 2000:17-18).

- A ellátás helyszíne, körülményei.
- A stáb segítőkészsége.
- A ellátás díja.
- A szolgáltatások hozzáférhetősége.
- A család bevonása.
- Várakozási idő.
- A szolgáltatás mennyisége.
- Hatásosság.
- Eset-kezelés és együttműködés.
- Bizalmas légkör.

Kliens Elégedettség Készlet

(Client Satisfaction Inventory) (CSI)

Amerikai kutatók (McMurtry és Hudson 2000) 6 egészségügyi szolgáltatónál 329 kliens bevonásával végezte a CSI, és annak rövidebb formája a CSI-SF kliens elégedettségi eszközök validálását. A hosszabb változat 25, a rövidebb 8 kérdést tartalmazott, mindkét eszköz felvételekor a kliensek hétfokozatú skálán jelölték a megfogalmazott állítással kapcsolatos egyetértésüket. A hosszabb verzió által feltárt területek, állítások:

Az eszköz által feltárt főbb területek, állítások:

- A szolgáltató személyzetével kapcsolatos pozitív és negatív állítások („csak a pénzünkkel törődnek”, „foglalkoznak az igényeimmel”, „itt megértik, hogyan érzem magam” stb.).
- A szolgáltatás eredményességére vonatkozó állítások („mielőtt ide jöttem nem hittem volna, hogy segítséget kaphatok”, „várom az itteni foglalkozásokat”, „sokkal jobban érzem magam, mióta elkezdtem ide járni” stb.).
- Környezet és szolgáltatás viszonya („ajánlanám másoknak is”, „mások azt mondják pozitív változásokat hozott nekem ez a program”, „megmutatják, hogyan kaphatok segítséget máshonnan is” stb.).

A hosszabb kérdőív kitöltése kevesebb, mint öt percet vesz igénybe. Az eszközöket publikált tudományos közlemény mutatja be.

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ rövid eszközök, gyors pontozási lehetőséggel ▪ validált eszközök ▪ negatív állításokat is tartalmaz, kontrollként 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nem speciálisan kábítószeres ellátására került kifejlesztésre ▪ várakozási időre vonatkozó kérdések hiányoznak ▪ hozzáférhetőségre vonatkozó kérdések hiányoznak
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ a kérdések nagy része átemelhető 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a 25 változót tartalmazó verzió esetén ki kell zárni a 20-nál kevesebb állítást értékelő kérdőíveket

Kliens Elégedettség Kérdőív

Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

A CSQ-8 (Larsen és mtsai 1979) kérdőív egy igen gyakran alkalmazott, 8 kérdést tartalmazó eszköz, melyben a kliensek négyfokozatú skála segítségével minősíthetik a szolgáltatásról alkotott véleményüket. A kérdőív végén lehetőség van nyílt kérdés formájában egyéni vélemény megfogalmazására is.

Az eszköz kérdései:

- Hogyan értékelné a kapott szolgáltatás minőségét?
- Azt a szolgáltatást kapta, amit szeretett volna?
- Programunk milyen mértékben felelt meg igényeinek?
- Ha egy barátjának hasonló segítségre lenne szüksége, ajánlaná neki programunkat?
- Mennyire elégedett a kapott segítség mértékével?
- A kapott szolgáltatás segítette-e abban, hogy hatékonyabban oldja meg problémáit?
- Összességében mennyire elégedett az itt kapott szolgáltatással?
- Ha megint segítségre lenne szüksége, jelentkezne-e újra programunkba?:

(Az útmutató részére készült fordítás, nem validált magyar nyelvű eszköz.)

A kérdőív kitöltése néhány percet vesz igénybe. Az eszközt számos tudományos közlemény vizsgálta, megfelelőnek tartotta.

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ rövid eszközök, gyors pontozási lehetőséggel ▪ validált eszköz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nem speciálisan kábítószeres ellátására került kifejlesztésre ▪ várakozási időre vonatkozó kérdések hiányoznak ▪ hozzáférhetőségre vonatkozó kérdések hiányoznak
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ a kérdések átemelhetők 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ egydimenziós, egyszerű eszköz

Az NTA 2005-ös felmérése a kliensek elégedettségéről Angliában

The NTA's 2005 survey of user satisfaction in England

Angol kutatók 900 szolgáltató bevonásával 6770 kliens körében végeztek kliens elégedettség vizsgálatot 2005-ben (NTASM 2007b). A különböző típusú szolgáltatók között nem tettek különbséget. A kutatás során azt találták, hogy magasabb szolgáltatásokkal való elégedettségről számoltak be azok, akik lakóhelyükön vették igénybe a szolgáltatásokat, a nők, rövidebb várakozási idő után jutottak kezeléshez és aktuális kezelési tervvel rendelkeztek, egyebek mellett. A kliensek többsége elégedett volt a kapott szolgáltatással, de egy kisebbség nem, ők hiányolták a családtagjaik bevonását és bizonyos támogató szolgáltatásokat. A kutatás nem talál különbséget a metadon vagy buprenorphin dózisa és az elégedettség között. Azok, akik változást éreztek a kezelés eredményeként, magasabb elégedettségről számoltak be. A kliensek döntő többsége szerint a kezelés pozitív változásokat hozott életükben.

A kliens elégedettség során alkalmazott kérdőív három korábban már alkalmazott eszköz felhasználásával született: a NHS mental health survey (Healthcare Commission 2004), a The Client Evaluation of Self and Treatment (CEST) questionnaire, satisfaction sub-scale (Simpson and Joe, 2004) és a The drug treatment satisfaction audit conducted in the Maudsley Hospital (National Addiction Centre, 1999) felhasználásával. A kérdőív 5 területen 26 itemet tartalmazott.

- Nemi és kisebbségi hovatartozás, életkor.
- Kezelési formákban (egészségügyi kezelés, tanácsadás, biztonságosabb injektlást célzó tanácsadás, tűcsere, egyéb kiegészítő szolgáltatás) való részvétel gyakorisága.
- Várakozási idő (állapotfelmérés, kezelés kezdete, segítő kijelölése között).
- Kezelés indukálta eredmények, hosszú távú célok (droghasználat csökkenése, kriminalitás csökkenése).
- Kezelési igények (szerhasználat csökkentési igény szerek szerint) 4 fokozatú skálán.
- Kezeléssel kapcsolatos attitűdök (kliens bevonása a kezelési tervbe, percipiált tisztelet a kezelés során, személyzet felkészültsége, szolgáltatás helyszíne).

A kutatást bemutató közlemény szakirodalmi összegzést is alkalmazó tudományos közleménynek tekinthető, de feltehetően csak belső lektor által értékelt.

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A kezelés hatásosságára vonatkozó kérdéseket is tartalmaz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nem tesz különbséget az ellátói típusok között
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a kérdőív átültetése bonyolult ▪ a kisebbséghez tartozás ilyen alapos feltárása nem indokolt

A magyarországi metadon fenntartó programok monitorozása és értékelése vizsgálat kliens elégedettségére vonatkozó része külön kerül bemutatásra.

További hasznos tanácsokkal szolgál az EMCDDA angol nyelvű útmutatója a kliensek elégedettségének vizsgálatához.

EMCDDA Workbook 6: Kliens elégedettségi vizsgálatok (Client Satisfaction Evaluations)

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5868_EN_6_client_satisfaction_evaluations.pdf

II.5. Gazdasági értékelés

A gazdasági értékelés legegyszerűbb formája a program működési költségeinek feltárása (összes költség, egy kliensre jutó költség, klienssel való foglalkozás és adminisztráció aránya stb.). A gazdasági értékelés vizsgálati körébe tartozik az egyes programok költséghatékonysága, eredményessége is, de a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek megelőzésére vagy az antivirális kezelésére felhasznált erőforrások elemzése is.

A gazdasági értékelés főbb területei:

- A program bevételei (társadalombiztosítás, állami és lokális hozzájárulás, magánszemély hozzájárulása) (tervezett és tényleges bevételek).
- Kliens adatok, kapacitás (kezelésben töltött idő hossza, társadalombiztosítási adatok, kliens hozzájárulása, kliensek száma).
- Személyzet (teljes munkaidőben foglalkoztatottak száma, önkéntesek száma, túlóra kifizetések). Az ellátásra és az adminisztrációra fordított idő aránya.
- Vásárolt szolgáltatások és anyagköltség (irodai és laborköltségek, gyógyszer és élelmiszer költség, kommunikációs költségek stb.); szerződéses szolgáltatások (biztonsági költségek, utazási költség, takarítás és karbantartás stb.).
- Épületek és egyéb létesítmények fenntartása.
- Felszerelés (technikai eszközök, bútorok, orvosi felszerelés stb.)

- Egyéb költségek (személyzet képzése, adók, járulékok, biztosítás, közüzemi díjak stb.).

A gazdasági értékelés legegyszerűbb formája a program működési költségeinek feltárása (összes költség, egy kliensre jutó költség, klienssel való foglalkozás és adminisztráció aránya stb.). A gazdasági értékelés vizsgálati körébe tartozik az egyes programok költséghatékonysága, eredményessége is, de a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek megelőzésére vagy az antivirális kezelésére felhasznált erőforrások elemzése is (EMCDDA 2007).

További hasznos tanácsokkal szolgál az EMCDDA útmutatója a kezelési programok költségeinek vizsgálatával kapcsolatban:

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5867_EN_5_cost_evaluations.pdf

Kábítószerrel összefüggő kezelés költségelemzési program

Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP)

Az eszköz által feltárt területek:

- A program bevételei (társadalombiztosítás, állami és lokális hozzájárulás, magánszemély hozzájárulása) (tervezett és tényleges bevételek).
- Kliens adatok (kezelésben töltött idő hossza, társadalombiztosítási adatok, kliens hozzájárulása, kliensek száma).
- Személyzet (teljes munkaidőben foglalkoztatottak száma, önkéntesek száma, túlóra kifizetések). A kezelésre és az adminisztrációra fordított idő aránya.
- Vásárolt szolgáltatások és anyagköltség (irodai és laborköltségek, gyógyszer és élelmiszer költség, kommunikációs költségek stb.).
- Szerződéses szolgáltatások (biztonsági költségek, utazási költség, takarítás és karbantartás stb.),
- Épületek és egyéb létesítmények (épületbérlet). Az épületek felhasználási céljai.
- Felszerelés (technikai eszközök, bútorok, orvosi felszerelés stb.)
- Egyéb költségek (személyzet képzése, adók, járulékok, biztosítás, közüzemi díjak stb.).
- Máshol nem jelzett egyéb költségek.

Az eszköz kitöltése, felvétele szolgáltatónként /programonként eltért, 8-16 munkaóra között szóródott. Az eszköz bármely szolgáltatói típusra alkalmazható. Az eszköz alkalmazásáról gyűjtött tapasztalatokat publikálták.

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ részletes, minden területet felölelő eszköz ▪ korábbi év költségeit is vizsgálja, ezáltal az új befektetés okozta torzítás kiszűrhető ▪ tervezett és tényleges bevételeket/költségeket is felméri 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a kitöltése bonyolult, időigényes ▪ pályázatok mint bevételi források hiányoznak ▪ részmunkaidős foglalkoztatás hiányzik ▪
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ a kérdések kis mértékű átcsoportosítása után a hazai működési keretekre jól alkalmazható eszköz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a bevételi források szekciót a hazai keretekre kell igazítani

A gazdasági értékelést (a programok bevételeit és költségeit) feltáró eszközöket, átfogóbb eszközök részterületeként az *Egyéb specifikus eszközök* alatt ismertetjük: A drogprevenciós gyakorlat megismerése (Paksi és Demetrovics 2003) és az Elterelés programok hatásossága (Vitrai és mtsai 2003). Az antivirális kezelés költségének vizsgálata (Gazdag és Horváth 20009) a hepatitis C fertőzés kezelési költségeit (cost-of-illnes) állítja középpontjába, specifikus megközelítésben.

Egyéb specifikus eszközök: Kezelési programokat, hozzáférést leíró eszközök

1. EMCDDA ST 27: Kezelési programok

Az EMCDDA éves adatszolgáltatásának része a kezelési programok leírása. Az erre alkalmazott eszköz technikai kódja: ST 27. Treatment programmes. Az eszköz széles körben felméri adott területen a rendelkezésre álló kezelési programokat, a kezelés kontextusát és az ahhoz való hozzáférést (EMCDDA 2008b).

Az eszköz és a hozzá kapcsolódó technikai útmutató elérhető az EMCDDA honlapján:

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

Az eszköz által feltárt területek:

I. A kezelés szervezésére vonatkozó kérdések:

- A kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelés és a drogpolitika kapcsolata (drogstratégia, egyéb dokumentumok, kijelölt célok rendszere).
- Speciális területi stratégia megléte.
- Az ellátást nyújtók szervezeti formák (állami, NGO, magánszektor, egyéb) és azok hierarchiája az ellátási modalitások (fekvő- vagy járó-beteg ellátás, detoxifikáció, opiát helyettesítés) szerint.
- Kliens által fizetendő hozzájárulások.

II. A kezelési programok hozzáférhetősége és sokszínűsége

- Elérhetőség skála alapján az alábbi területeken: fekvőbeteg ellátás, járó-beteg ellátás, detoxifikáció, opiát helyettesítés.
- Speciális kezelési programok megléte különböző szerek szerint: opiát, kokain, amfetaminok, kannabisz, benzodiazepinek.
- Speciális kezelési programok megléte különböző célcsoportok szerint: gender specifikus programok, gyermek- és ifjúsági programok, komorbid betegséggel rendelkezőket, kisebbségi csoporthoz tartozókat, regisztrálatlan bevándorlókat, egyéb csoportokat célzó programok.
- Kezelési programok a büntetés-végrehajtási intézményekben (pszichoszociális intervenciók, opiát helyettesítés, annak folytonossága).
- Várakozási idő (fekvőbeteg ellátás, járó-beteg ellátás, detoxifikáció, opiát helyettesítés).
- Opiát helyettesítő kezelés kezdeményezésére, folytatására és megszakítására jogosult személy (intézmény) a helyettesítő szerek (metadon, buprenorphin-naloxone stb.) szerint.

Az eszköz szakirodalmi összegzésen alapul, része a nemzetközi adatszolgáltatási gyakorlatnak.

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ nemzetközileg ismert, elfogadott eszköz▪ hazai átfogó országos elemzés hozzáférhető▪ hazai átfogó elemzés idősorosan is hozzáférhető▪ speciális kezelési igényrel rendelkezőkre is széleskörűen kiterjed	<ul style="list-style-type: none">▪ országos szintű jellemzést szolgáló eszköz▪ magyar nyelven nem elérhető▪ földrajzi egység jellemzésére szolgál, nem egy szolgáltatóra vonatkozik
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ regionális, lokális szintű jellemzés céljára is átültethető▪ ellátástérkép megrajzolásához is alkalmazható	<ul style="list-style-type: none">▪ felmérő/kitöltő percepcióján alapul

2. EMCDDA ST 24: Kezeléshez való hozzáférés

Az EMCDDA éves adatszolgáltatásának része a kezeléshez történő hozzáférés felmérése. Az erre alkalmazott eszköz technikai kódja: ST 24. Access to Treatment. Az eszköz elsősorban az opiát helyettesítő kezeléshez való hozzáférést méri fel (EMCDDA 2008a).

Az eszköz és a hozzá kapcsolódó technikai útmutató elérhető az EMCDDA honlapján:
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

Az eszköz által feltárt területek:

- Kezelésben lévő problémás opiát-fogyasztók létszáma (POU)
- Kezelésben lévő problémás kábítószer-fogyasztók létszáma (PDU)
- Kábítószer-fogyasztás miatt kezelésben lévő kliensek száma
- A kezelési epizód és a kliensek (egyének) viszonya
- Az opiát detoxifikáció adatgyűjtésének áttekintése
- Az opiát helyettesítő (fenntartó) kezelés adatgyűjtésének áttekintése
- A TDI és a helyettesítő kezelés regisztere közti átfedés vizsgálata
- A helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek száma
- A helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek száma/aránya a helyettesítő szer szerint
- A 12 hónapnál hosszabb ideje helyettesítő kezelésben részt vevő kliensek aránya
- Házi orvosok szerepe a helyettesítő kezelésben

Az eszköz szakirodalmi összegzésen alapul, része a nemzetközi adatszolgáltatási gyakorlatnak.

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ nemzetközileg ismert, elfogadott eszköz▪ hazai átfogó országos elemzés hozzáférhető▪ hazai átfogó elemzés idősorosan is hozzáférhető	<ul style="list-style-type: none">▪ országos szintű jellemzést szolgáló eszköz▪ elsősorban az opiát helyettesítő kezelés leírására szolgál▪ magyar nyelven nem elérhető▪ várakozási időre vonatkozó kérdéscsoport hiányzik
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ regionális, lokális szintű jellemzés céljára is átültethető	<ul style="list-style-type: none">▪ problémás nem opiát-használó csoport kezeléséhez való hozzáférést nem vizsgálja▪ csak járó és fekvőbeteg ellátásra alkalmazható

3. EMCDDA ST 10: Fecskendőhöz való hozzáférés

Az EMCDDA éves adatszolgáltatásának része a fecskendőhöz történő hozzáférés felmérése. Az erre alkalmazott eszköz technikai kódja: ST 10. Syringe Availability. Az eszköz kizárólag a steril fecskendő disztribúcióját biztosító programokat térképezi fel (EMCDDA 2008c).

Az eszköz által feltárt területek:

- Különböző fecskendő disztribútorok megléte.
- Fecskendő hozzáférési pontok.
- Kiosztott fecskendők száma, lefedettség.
- Tücszerében részt vevő kliensek száma, kontaktok száma.
- Gyógyszertári tücsere.

Az eszköz szakirodalmi összegzésen alapul, része a nemzetközi adatszolgáltatási gyakorlatnak.

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ nemzetközileg ismert, elfogadott eszköz▪ hazai átfogó országos elemzés hozzáférhető▪ hazai átfogó elemzés idősorosan is hozzáférhető▪ regionális, lokális szintű jellemzés céljára alkalmas	<ul style="list-style-type: none">▪ rendszerszintű leírás, nem alkalmas egyedi, kliens szintű leírásra
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ finanszírozás kérdéseivel kiegészíthető	<ul style="list-style-type: none">▪ opiát- és amfetamin-fogyasztó csoportok hozzáférését érdemes lenne elkülöníteni

4. A magyarországi metadon fenntartó programok monitorozása és értékelése

Rácz, J., Melles, K., Márványkövi, F., Vadász, V. (2009b): A magyarországi metadonfenntartó programok monitorozása és értékelése szakértői vélemények és kezelésbe bevont kliensekkel felvett kérdőívek alapján. Kézirat.

2009 folyamán zajlott a magyarországi metadon fenntartó programok működésének értékelése (Rácz és mtsai, 2009b). A kutatás – számos okból kifolyólag - alapvetően nem a metadon-helyettesítő kezelés hatásosságának és eredményességének vizsgálata volt, hanem annak egyfajta, bizonyos aspektusokból történő értékelése. A kutatás és az abban használt mérőeszközök itt történő bemutatását az indokolja, hogy a kutatási projekt során számos, a hazai helyettesítő kezeléssel kapcsolatos rejtett szükségletet, illetve igényt sikerült felfedni mint a kliensi, mint a szakértői oldalról.

A kutatócsoport által megfogalmazott alapvető kutatási célok a következők voltak:

- A magyarországi metadon helyettesítő és fenntartó kezelést nyújtó szolgáltatók (a metadonos detoxikáció vizsgálata nélkül) azonosítása, jellemzése.

- A kezelésben levő betegek addiktológiai és pszichoszociális jellemzőinek leírása.
- A kezelésben lévő kliensek programmal való elégedettségének vizsgálata.
- Annak vizsgálata, hogy mennyire érvényesülnek a módszertani levélben (Egészségügyi Minisztérium, 2008) lefektetett elvek a gyakorlatban, illetve – ha szükséges – milyen irányban kell az itt leírtakat továbbfejleszteni a kezelés hatékonyságának és biztonságának növelése érdekében.

A kutatás tehát elsősorban a metadon-helyettesítő kezelések gyakorlatával, a kezelőrendszer és a kezelésben résztvevőknek a programmal való elégedettségével foglalkozott, így kapcsolódva azon nemzetközi kutatásokhoz, amelyek szintén egy-egy országban a metadon-kezelés irányelveinek betartását, vagy egy új irányelv hatásait vizsgálták: az USA-ban (Trafton és mtsai, 2007), Angliában (Strang és mtsai, 2007) és Szlovéniában (Trautmann és mtsai, 2007).

A vizsgálat során 150, jelenleg metadon fenntartó kezelésben lévő kliens került a mintába, és ezen kívül 16 program vezetővel, illetve metadont kiosztó személlyel készült adatfelvétel. Ők alkották tehát a vizsgálat célcsoportját. Az adatfelvétel két különböző célcsoportot érintett. Az egyik célcsoport a jelenleg metadon fenntartó programban résztvevő kliensek, a másik célcsoport a metadon fenntartó programok vezetői, illetve a metadont közvetlenül kiadó személyzet volt. Mindkét célcsoporttal egyetlen adatfelvétel készült. A fenntartó programban részt vevő kliensekkel felvették a TDI kérdőívet is (EMCDDA, 2000), majd a Nyíró Gyula Kórház Drogambulancián – amennyiben erre lehetőség nyílt - az eredményesség-értékeléshez a TDI kód segítségével visszakeresték az érintettek bekerüléskor rögzített TDI-jét is (119 fő esetében sikerült a bekerülési TDI-t megszerezni) abból a célból, hogy bizonyos dimenziók mentén összehasonlítsák jelenlegi állapotukat a bekerüléskor tapasztalttal.

A mintavételi keretet a kliensek az úgynevezett országos, 2008-ra vonatkozó szubsztitúciós adatok alapján határoztuk meg. Ez tartalmazta, hogy 2008-ban milyen arányban oszlottak meg a metadon fenntartóban lévő kliensek az országos kezelőhelyeken, illetve az adott kezelőhelyen mi volt a férfiak és a nők aránya. Az adott kezelőhelyen a kérdezők a klienseket véletlenszerűen választották ki. Mintába kerülési kritériumként az fogalmazódott meg, hogy a megkérdezett 18 évesnél idősebb legyen, valamint a mintába kerülési kvótának megfelelően (lásd lenti táblázat). Három fővárosi, és öt vidéki kezelőhely kliensei kerültek a mintába, az alábbi nemi megoszlás mentén.

<i>Kezelőhely</i>	<i>Férfi</i>	<i>Nő</i>	<i>Összesen</i>
Budapest, Nyíró Gyula Kórház	59	19	78
Soroksári Metadon Centrum	18	5	23
Drogoplex (Budapest)	6	3	9
Miskolci Drogambulancia	13	1	14
Pécsi Drogambulancia	2	1	3

Szegedi Drogambulancia	13	5	18
Veszprémi Drogambulancia	2	1	3
Eger	2	0	2
<i>Összes kezelőhely</i>	<i>115</i>	<i>35</i>	<i>150</i>

A kliens elégedettségi és a szakértői kutatásban részt vevő kérdezők elsősorban a Kék Pont – Kálvária tér szociális munkásai közül kerültek ki, illetve a Drogprevenációs Alapítvány szociális munkásai szerepeltek még a kérdezőbiztosok között. A kérdezések az érintett kezelőhelyeken (fenntartó programokban) zajlottak

A Kliens elégedettségi kérdőív, valamint a TDI karikázós, face-to-face kérdőívek voltak, azaz a kérdezőbiztos a válaszok alapján töltötte ki a kérdőíveket. A szakértői interjú során az interjúkészítő részben jegyzetelt, részben válaszokat karikázott.

A kérdőívek (kliensi és szakértői) kidolgozásakor a kutatás koncepcióját, szakmai megfontolásait, az 'Evaluation of Self and Treatment' kérdőívet (Simpson, 1998), valamint a Trautmann és mtsai (2007) által végzett vizsgálatban használt kérdőíveket vették alapul. A kutatás célcsoportjainak megkérdezését három kérdőív segítségével történt.

- 1 Kliens elégedettségi kérdőív
- 2 Szakértői interjú
- 3 Kezelési Igény Indikátort (TDI)

A **Kliens elégedettségi kérdőív** (a továbbiakban kliensi kérdőív) egy 16 oldalból álló kérdőív, mely lekérdezése 40-50 percet vett igénybe. A kérdőív elsősorban a kezelésben lévő kliens programmal kapcsolatos elégedettségét igyekezett feltérképezni. A kérdések nagy része vagy valamilyen, az elégedettségre vonatkozó attitűdállítás volt, amit a klienseknek osztályozni kell, vagy feleletválasztós kérdések, amelyek nyitott kérdésekkel egészültek ki (1. Melléklet).

A kliensi kérdőív főbb szekciói a következők voltak:

- A Megközelíthetőség: a fenntartó megközelíthetőségével kapcsolatos adatok és elégedettség
- B Metadon kiadása: a kapott metadon dózis mennyisége, alkalmazásának rendszeressége, hazavitel és annak feltételei, az alkalmazás hiányosságából fakadó szabályszegések
- C Kezelőszemélyzet: a metadont kiosztó személyzettel kapcsolatos attitűdök
- D Egyéb szolgáltatások: egyéb, a metadon fenntartó programban igénybe vehető programok igénybevétele, valamint az azokkal való elégedettség
- E Protokoll, szankciók: a protokoll betartására vonatkozó információk, szankciók
- F Kriminális, félelem: külső- és belső fenyegetettség, félelem
- G Szubjektív változások: a kliens önmagával kapcsolatban tapasztalt egészségügyi, szociális és pszichoszociális változásai

- H Javaslatok: az eredményesebb működéssel, a programmal, a kezelőhellyel kapcsolatban megfogalmazott észrevételek, javaslatok

A **Szakértői interjú** egy 21 oldalas, 86 kérdésből álló kérdőív, mely lekérdezése 60-90 percet vett igénybe. A kérdőív elsősorban a kezelőhely szervezeti leírására, a szakmai személyzetre, a kezelésbe jelentkezőkre, a szakmai protokoll betartására, valamint a különböző sikerkritériumokra vonatkozott. A kérdezés során tehát a szakértő saját maga értékelte a programot. A kérdések különböző típusúak voltak: igen-nem kérdések, több válaszlehetőséget kínáló kérdések, nyitott kérdések és attitűdállítások (ld. 2. Melléklet).

A szakértői kérdőív főbb szekciói a következők voltak:

- 1 Szervezeti leírás és jellemzők
- 2 Szolgáltatás tartalmi jellegzetességei
- 3 Szakmai személyzet
- 4 Sikerkritériumok
- 5 Szakmai módszertani levél

5. A drogrevenációs gyakorlat megismerése

Paksi B., Demetrovics Zs. (2003): A drogrevenációs gyakorlat megismerése. A budapesti drogrevenációs programok felmérése és értékelése. L'Harmattan, Budapest.

A drogrevenációs programok működésének leírása hasznos példaként szolgál a folyamat- és az eredményértékelés jó gyakorlatára. Bár a drogrevenációs és a kezelési programok szakmai tartalma eltér, ezért az eszköz itemjei nem feltétlenül alkalmazhatók a kezelési szükségletek feltárása során, az eszköz szerkezete és nem program-specifikus elemei ismerte minden a kezelési szükségletek feltárásában részt vevő szakember számára elengedhetetlen.

Az adatfelvétel eszközei publikusak: Paksi és Demetrovics 2003. 145-199. p.

I. A folyamatértékelés során vizsgált területek:

- A célcsoport-elérés hatékonysága.
- A résztvevők bevonódásának mutatói.
- A tervezett és a tényleges beavatkozás viszonya.
- A résztvevők reakciói, véleményei, elégedettség.

II. A programértékelés során vizsgált területek:

- A programok közös végső céljának elérése
- Az egyes programok specifikus közbenső céljainak elérése

Programinformációs adatlap területei:

- Szervezeti és projekt jellemzők (szervezeti és program adatok, felelősök és kontakt személyek regisztere)
- Tevékenység (tevékenység szöveges leírása, végső célok, specifikus célok, célokhoz tartozó koncepciók, célokhoz tartozó módszerek és paraméterek,
- Célpopuláció jellemzői (nagysága és jellemzői).
- Programértékelés megléte, hiánya.
- A programban részt vevő személyzet leírása (végzettsége, munkaköre, munkaórák stb.).
- Finanszírozás
- Programnaplár

Az eszköz további moduljai:

- Kliensek körében felvett pre- és poszt kérdőív (poszt kérdőív törzsrésszel és az egyes programokhoz kapcsolódó speciális résszel).
- Megfigyelési jegyzőkönyv.
- Foglalkozásvezetői kérdőív.
- Vezérfonal a diákokkal készített fókuszcsoporthoz.

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ átfogó, a területeket alaposan áttekintő eszköz▪ magyar nyelven hozzáférhető▪ vannak tapasztalatok az adatfelvétellel kapcsolatban	<ul style="list-style-type: none">▪
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ jó példákkal szolgál a szervezeti leírás, a szakértői interjú és a kliens elégedettség vonatkozásában is	<ul style="list-style-type: none">▪ a drogprevenációs programok értékelésére készült eszköz, korlátokkal átültethető

6. Az elterelés hatásosságának vizsgálata

Vitrai J., Busa Cs., Füzesi Zs., Kesztyüs M., Szilágyi J., Tistyán L. (2009): Tanulmány az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről. Kézirat.

Az elterelés hatásosságát feltáró kutatás (Vitrai és mtsai 2009) jó példával szolgálhat a különböző szolgáltatókat, programokat felmérő vizsgálatokhoz. A kutatás folyamat-eredmény és gazdasági evaluációs elemeket is tartalmaz. A különböző eszközök felvételéhez szükséges időről nincs információ.

A folyamat- és eredményértékeléshez kapcsolódó területek:

- A blokk: az intézmény / szervezet tevékenységei.
- B blokk: az eltereléssel kapcsolatban végzett tevékenységek.
- C blokk: az elterelés végzésével kapcsolatos tárgyi és személyi feltételek.
- D blokk: finanszírozás.
- E blokk: értékelés.
- F blokk: szolgáltatások kliensköre, szakmai programok.

További eszközök:

- A szakemberek körében végzett vizsgálat kérdőíve.
- A kliensek körében végzett vizsgálat kérdőíve.
- Mélyinterjú szempontsor elterelésben részt vevő intézmények és szervezetek vezetői és szakemberek számára.
- Mélyinterjú szempontsor elterelésben részt vevő kliensek számára.

A teljes kutatási beszámoló és az alkalmazott eszközök hozzáférhetők:

http://egeszsegmonitor.hu/dok/elteleskutatas_2010.pdf

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ átfogó, a területet alaposan áttekintő eszköz ▪ magyar nyelven hozzáférhető ▪ vannak tapasztalatok az adatfelvétellel kapcsolatban 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ csak az elterelés leírására alkalmas speciális eszköz
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ jó példákkal szolgál a szervezeti leírás, a szakértői interjú és a kliens elégedettség vonatkozásában is 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ az elterelés programok értékelésére készült eszköz, korlátokkal általánosítható a kezelés minden területére

7. Kábítószer-fogyasztással összefüggő hepatitis C fertőzések antivirális kezelésének költségei

Gazdag G., Horváth G.: Kábítószer-fogyasztással összefüggő hepatitis C fertőzések antivirális kezelésének költségei. Kézirat.

A kutatás célja az volt, hogy feltárja a hepatitis C vírussal (HCV) fertőzött kábítószer-fogyasztók antivirális (interferon vagy INF) kezelésbe vonásának, kezelésének költségeit, a Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István És Szent László Kórház – Rendelőintézet Hepatológiai és Nephrológiai Ambulancián (továbbiakban Szent László Kórház vagy Hepatológiai Ambulancia) antivirális kezelésben részesült ellátottjai adatainak retrospektív vizsgálatával.

A kutatás három fő lépésben történt. Az első lépés eredményeként a Hepatológiai Ambulancián megjelentek leválogatására került sor. A sokaságot tovább szűkítették a HCV + betegre, majd a kezelési előzmények alapján – a betegkartonok manuális elemzése útján – sor került a pozitív kábítószeres anamnézissel rendelkezők kiválogatására. A pozitív kábítószeres anamnézissel rendelkezőket ún. generált kóddal (TDI kóddal) kerültek rögzítésre, mely lehetővé tette a beutalás eredetének azonosítását, ha a kezelésre jelentkező az OEK (Országos Epidemiológiai Központ) szűrővizsgálatából érkezett. Ezt követően azonosításra kerültek az antivirális kezelésben részesülők. Az antivirális kezelésbe kerültekhez a lehető legnagyobb mértékben hasonló kontrolleszort illesztésre került nem és életkor alapján, a két csoport kezelése közti szisztematikus eltérések azonosítása érdekében.

A pozitív kábítószeres anamnézissel rendelkezők azonosításával egy időben sor került tizenkét, az antivirális kezelés sajátosságait jól ismerő szakértővel készült félig-strukturált interjú felvételére. Az interjúk részletesebb kérdésköreit a mellékletben közöljük (3. Melléklet). Az interjúk kitértek az antivirális kezelésbe kerülés akadályainak feltárására, a kezelés jellemzésére alkalmazható változók feltárására, az antivirális kezelés korábbi

kábítószer-használókra jellemző sajátosságaira valamint a speciális csoport sajátosságaira a kezelési költségekkel kapcsolatban.

A kutatás a hepatitis C fertőzött betegek ellátásának gazdasági jellegű értékelése, azon belül is betegség-költség számítás (cost-of-illness study). A kutatás folyamat- és eredményértékelési elemeket is tartalmaz. Kliens elégedettség vizsgálatra a kutatás retrospektív jellege miatt nem került sor. Fontos információforrások a költségekkel kapcsolatban: OEP FIFO Törzslista v.108 és OEP Publikus gyógyszerörzs (PUPHA lakossági).

Az adatfelvétel a kezelési dokumentáció (kartonok) feldolgozásával volt lehetséges, az eszköz felvételének idejéről nincs információ.

A vizsgálat során feltárt főbb területek a mellékletben megtalálhatóak.

Az antivirális kezelés költségeinek bemutatásához kapcsolódó előadás:

Horváth Gergely: Tücsere szolgáltatók szakmai találkozója, 2009. november 25. NFP. OEK.

http://drogfokuszpont.hu/dfp_docs/?id=horvath_gergely_hcv_inf_cost.pdf

<u>Erősségek:</u>	<u>Gvengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ magyar nyelven hozzáférhető▪ vannak tapasztalatok az adatfelvétellel kapcsolatban	<ul style="list-style-type: none">▪ speciális kezelési igényekhez kapcsolódik, feltehetően alacsony számú klienst érint▪ bonyolult adatfelvétel▪ adatvédelmi kérdések (kórházi dokumentáció) is felmerülnek
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ a beutalás módját és az esetszámot érdemes a szükséglet feltárás során is rögzíteni	<ul style="list-style-type: none">▪ speciális ellátási forma, nem általánosítható az általános kábítószeres kezelés költségeire

Kezelést, kezelőrendszer értékelését segítő útmutatók

A következőkben a kezelési szükségletek feltárására és a kezelési programok értékelésére irányuló, szakirodalmi összegzéseken alapuló útmutatókat gyűjtjük össze. A felsorolás nem teljes körű.

Útmutató a problémás kábítószer-fogyasztás kezelésének értékeléséhez

A Nemzeti Drog Fókuszpont *Útmutató a problémás kábítószer-fogyasztás kezelésének értékeléséhez - Kézikönyv kutatóknak és szakembereknek* kiadványa a kezelési programok értékelését végző szakembereket, szakértői munkacsoportot kívánja támogatni praktikus ötletekkel és ellenőrzőlistákkal, a főbb értékelési típusok bemutatása mellett. A kiadvány több kutatói hálózatot is bemutat, melyek a szakirodalmi feltárás során bizonyulnak hasznosnak. A kiadvány magyar nyelven hozzáférhető a Nemzeti Drog Fókuszpont honlapjáról:

<http://drogfokuszpont.hu/?lang=1&pid=178>

A kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelés értékelése az Európai Unióban

(Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union)

Az EMCDDA *A kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelés értékelése az Európai Unióban* kiadványa áttekinti a kezelés értékelésének elméletét, gyakorlatát, és a stratégiai tervezéssel való viszonyát.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34021EN.html>

Útmutató a megkereső munka értékeléséhez

(Guidelines for the evaluation of outreach work)

Az EMCDDA *Útmutató a megkereső munka értékeléséhez* kiadványa példákkal is szemlélteti a megkereső munka értékeléséhez készült javaslatokat, gyakorlati tanácsokat és célrendszereket.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/outreach>

Szükségletek feltárása: Gyakorlati útmutató a kábítószer-fogyasztók lokális kezelési igényeinek feltárásához.

(Needs Assessment: A Practical Guide to Assessing Local Needs for Services for Drug Users)

A Scottish Executive szervezet Effective Interventions Unit csoportja ajánlója a helyi kezelési igények feltárásával kapcsolatosan.

<http://www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/eiu.htm>

Értékelési munkafüzetek

Munkafüzetek a pszichoaktív szerhasználat okozta zavarok kezelésének értékeléséhez.

(Work books on Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment).

A WHO, az EMCDDA és a UNODC közös kiadványsorozata angol nyelven a kezelés értékelésének minden területéhez kapcsolódóan. Az egyes kötetek: Összefoglaló, Keretrendszer, Az értékelés tervezése, Az értékelés végrehajtása, Szükségletek feltárása, Folyamatértékelés, Eredményértékelés, Költségértékelés, Gazdasági értékelés, Kliens elégedettség.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

Nemzetközi útmutató a kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelési szolgáltatások értékeléséhez

(International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders)

A WHO, az EMCDDA és a UNDCP közös, didaktikus kiadványa angol nyelven. Ajánlásokat és módszertani javaslatokat fogalmaz meg a kezelőrendszer egésze leírására.

<http://www.unodc.org/docs/treatment//guideevaloftreatment.pdf>

A kábítószer-fogyasztó felnőttek kezelésének értékelése

(Needs assessment guidance for adult drug treatment)

Az angol egészségügyi hatóság útmutatója a kábítószer-fogyasztó felnőttek kezelésének értékeléséről.

http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_needs_assessment_guidance_2007.pdf

Evaluációs Eszköztár

(Evaluation Instruments Bank)

Az EMCDDA az Evaluációs Eszköztárral (EIB) kívánja elősegíteni, hogy a programok értékelése során megbízható módszerek kerüljenek alkalmazásra, valamint, hogy megkönnyítse ezen eszközök európai szintű standardizálását. Az Eszköztár valójában egy on-

line dokumentumtár, amely prevenció, ártalomcsökkentő és kezelési programok értékeléséhez egyaránt tartalmaz eszközöket. Az egyes eszközök alkalmazhatóságának leírása mellett a témához kapcsolódó tanulmányok segítik a bemutatott módszerek használatát.

<http://www.emcdda.europa.eu/eib>

Protokollok

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja *a kannabisz használatával kapcsolatos zavarokról.*

http://drogfokuszpont.hu/dfp_docs/?id=tdi_kannabisz_protokoll.pdf

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja *az amfetamin-használatával összefüggő kórképek kezeléséről.*

http://drogfokuszpont.hu/dfp_docs/?id=tdi_amfetamin_protokoll.pdf

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja *az opiát használatával kapcsolatos betegségek kezeléséről.*

http://drogfokuszpont.hu/dfp_docs/?id=tdi_opiat_protokoll.pdf

Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele *a metadon kezelésről.*

http://drogfokuszpont.hu/dfp_docs/?id=tdi_metadon_protokoll.pdf

Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja *a krónikus vírushepatitisek antivirális kezeléséről.*

<http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/gasztro-hepatitis>

Felhasznált irodalom

Egészségügyi Minisztérium (2008): Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a metadon kezelésről. Országos Addiktológiai Intézet, 2008.

EMCDDA (2008a): Standard Table 24. Access to Treatment. EMCDDA, Lisszabon.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

[2010.02.15.]

EMCDDA (2000): Treatment demand indicator. Standard protocol 2.0. 2000. EMCDDA, Lisbon.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>

[2010.02.23.]

EMCDDA (2010): Work books on Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

[2010.02.23.]

EMCDDA (2008a): ST 24. Access to Treatment.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_60677_EN_ST%2024%20Access%20to%20treatment.pdf

[2010.02.23.]

EMCDDA (2008b): ST 27. Treatment programmes.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_60676_EN_SQ%2027-P1%20Treatment%20programmes.pdf

[2010.02.23.]

EMCDDA (2008c): ST 10. Syringe availability.

Gazdag G., Horváth G.: Kábítószer-fogyasztással összefüggő hepatitis C fertőzések antivirális kezelésének költségei. Kézirat.

Horváth G. (2009): Tűcsere szolgáltatók szakmai találkozója, Előadás. 2009. november 25. NFP. OEK.

http://drogfokuszpont.hu/dfp_docs/?id=horvath_gergely_hcv_inf_cost.pdf

[2010.02.23.]

NIDA (1993): Services Research In Drug Abuse Treatment. NIH Guide, Volume 22, Number 3, January 22, 1993. <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-DA-93-002.html>

[2010.02.15.]

NTASM (2007a): Needs assessment guidance for adult drug treatment.

http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_needs_assessment_guidance_2007.pdf

[2010.02.15.]

NTASM (2007b): The NTA's 2005 survey of user satisfaction in England

www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_nus1_user_satisfaction_survey.pdf

[2010.02.15.]

Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., and Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale, *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

www.tchcoalition.org/PM/Questionnaire.doc

[2010.02.18.]

McMurtry S. L., Hudson W.H. (2000): The Client Satisfaction Inventory: Results of an Initial Validation Study In: *Research on Social Work Practice*, Vol. 10 No. 5, September 2000 644-663.

http://www.sagepub.com/prsw/overviews/pdfs/McMurtry_Article.pdf

[2010.02.15.]

Paksi B., Demetrovics Zs. (2003): A drogprevenciós gyakorlat megismerése. A budapesti drogprevenciós programok felmérése és értékelése. L'Harmattan, Budapest.

Rácz, J., Melles, K., Márványkövi, F., Vadász, V. (2009b): A magyarországi metadonfenntartó programok monitorozása és értékelése szakértői vélemények és kezelésbe bevont kliensekkel felvett kérdőívek alapján. Kézirat.

SE (Scottish Executive) (2000): Needs Assessment: A Practical Guide to Assessing Local Needs for Services for Drug Users. Scottish Executive: Edingburgh.

<http://www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/eiu.htm>

[2010.02.15.]

Simpson, D. D. (1998): TCU data collection forms for methadone outpatient treatment. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index80054EN.html?order=INSTRUMENT&ordertype=asc>

[2010.02.15.]

Strang, J., Manning, V., Mayet, S., Ridge, G., Best, D., & Sheridan, J. (2007): Does prescribing for opiate addiction change after national guidelines? Methadone and buprenorphine prescribing to opiate addicts by general practitioners and hospital doctors in England, 1995-2005. *Addiction*, 102(5), 761-770.

Trafton, J.A., Humphreys, K., Harris, A.H.S., Oliva, E. (2007): Consistent Adherence To Guidelines Improves Opioid Dependent Patients_ First Year Outcomes. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 34:3, 260-261.

Trautmann, F., Rode, N., van Gageldonk, A., van der Gouwe, D., Croes, E., Zidar, R., Stöver, H., Gašparič, M., Konec – Juričič, N (2007): Evaluation of substitution maintenance treatment

in Slovenia – assessing quality and efficiency. Trimbos Institute - Netherlands Institute of Mental Health and Addiction Faculty of Social Work, University of Ljubljana Utrecht – Ljubljana

Vitrai J., Busa Cs., Füzesi Zs., Kesztyüs M., Szilágyi J., Tistván L. (2009): Tanulmány az „elterelés hatásosságának vizsgálata” című kutatás eredményeiről. Kézirat.

http://egeszsegmonitor.hu/dok/elteleskutatas_2010.pdf

[2010.02.24.]

III. A kezelésbe kerülők és a kezelésben lévők szükséglet-meghatározására használt eljárások és eszközök

Az ellátórendszer feltérképezésére alkalmas eljárások bemutatása után az ellátórendszerben tartózkodó kliensek szükségleteinek meghatározása történik a következő fejezetben. Elsősorban azzal foglalkozunk, hogy ez a szükséglet-meghatározás milyen elvi alapokkal rendelkezik, milyen kiindulási feltételeken alapul.

III.1. Hazai országos adatgyűjtő programok

A következőkben két országos adatgyűjtési program kerül bemutatásra, melyeket szakmai körökben a TDI és az OSAP adatgyűjtéseknek neveznek. Mindkét adatgyűjtésre igaz, hogy adatszolgáltatási kötelezettség terheli a szolgáltatókat, így az e két adatgyűjtési rendszer által kötelezően előírt adatlapok (kérdőívek) klienseikről rendelkezésre állnak a szükségleteket feltáró projekt indulását megelőzően is.

A TDI adatgyűjtés tartalmazza a kezelésbe lépő kliensek jellemzőire irányuló alapvető adatokat, de elképzelhető, hogy a hosszabb ideje kezelésben lévő kliensek adataira, szerhasználati mintázataira vonatkozó információk elavultak, így újabb TDI adatlapok rögzítése indokolt lehet. Kezelésen kívüli (így TDI adatlappal nem rendelkező) kliensek leírásánál is alkalmazható ez az eszköz a kezelésben megjelent és az attól távolmaradó kliensek szerhasználati mintázatainak leírására, összevetésére. Az utcai megkereső programok vagy a tücsere-szolgáltatók kliensei jellemzően nem rendelkeznek TDI adatlappal, így az országos helyzetkép és a lokális helyzet összehasonlítása során figyelembe kell venni a jelentést tevők körét is.

Az OSAP adatgyűjtés a kábítószer-fogyasztók ellátásában egy egészségügyi ágazati adatgyűjtést jelöl. Az egészségügyi jellegű szolgáltatók (drogambulanciák, fekvő- és járóbeteg szakellátók) minden évben jelentést tesznek kliensforgalmi adataikról és az adott évben kezelésben megjelent minden kliens szerhasználati mintázatáról, aggregát formában. A civil szervezetek, a nem egészségügyi jellegű szolgáltatók (jellemzően az elterelést végző szervezetek) nem tartoznak a jelentési kötelezettség alá, így az ellátási régióban megjelenő kliensek adatainak elemzése során ezt figyelembe kell venni.

Mindkét adatgyűjtésre igaz, hogy működő, országos programról van szó, így idősoros adatok – akár lokális szintre vonatkozóan – hozzáférhetők, mely nem követel ráfordítást a szükségletek feltárását végző munkacsoporttól.

Egyéni kliens azonosító (generált kód)

A kliensek leírásánál gyakorta felmerül az igény egy olyan azonosítóra, mely anonim, felhasználása személyiségi jogi kérdéseket nem vet fel, ugyanakkor a különböző adatfelvételi helyeken (különböző helyszíneken, különböző szolgáltatóknál stb.) is azonos, és időben sem változik. A Nemzeti Drog Fókuszpont által kidolgozott ún. generált kód állandó, anonim,

egyedi azonosító, képzési algoritmusai miatt alkalmas különböző ellátóknál vagy ellátási formákban megjelenő kliensnek jelölésére (4.Melléklet). Előnye, hogy segítségével a különböző adatbázisok összeköthetők. A hat karakterből álló kód nem visszafejthető, a kliens személyazonossága nem azonosítható. Hazai gyakorlatban a generált kód számos alkalommal került alkalmazásra különböző szenzitív területeken: tűcserében részt vevő kliensek jelölésére, fertőző betegségekre irányuló szűrések során, kezelésben megjelenő kliensek azonosítására, egyebek mellett (NFP 2009). A kód képzési algoritmusai kizárja az ismétlődést.

A generált kód képzési algoritmusai

Generált kód:	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	<div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div> 1. Kliens születési (leánykori) első vezetéknévének második betűje, ékezet nélkül 2. Kliens születési (leánykori) első keresztnévének harmadik betűje, ékezet nélkül 3. Kliens születési dátumának (ééééhhnn) negyedik karaktere 4. Kliens születési dátumának (ééééhhnn) nyolcadik karaktere 5. Kliens édesanyja leánykori első vezetéknévének második karaktere, ékezet nélkül 6. Kliens édesanyja leánykori első keresztnévének harmadik karaktere, ékezet nélkül </div>

Kezelési igény indikátor (TDI)

A kezelési igény indikátor a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) egyik kulcsindikátora, mely a kezelésbe lépő szerhasználók – elsősorban a szerhasználati mintázataira vonatkozó, de nem kizárólagosan – adatainak leírására szolgál. Az indikátor alkalmazható a kezelési igények monitorozására, a problémás kábítószer-fogyasztás trendjeinek nyomon követésére, a kezelési kapacitások jobb allokációjára, a különböző kezelési modalitások elérhetőségének feltárására, a kezelőhelyek igénybevitelére vonatkozó jellemzők meghatározására, a szolgáltatások tervezésének és értékesítésének segítésére, és más adatbázisokkal együtt a kezelési igények számának feltárására (EMCDDA 2009:5). Magyarországon az indikátor, kísérleti fázist követően, 2006-tól működik.

TDI jelentési kötelezettség terheli az alábbi szervezeteket: drogambulanciák és drogpontok, háziorvosok, pszichiátriai és addiktológiai gondozók, gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozók, pszichiátriai és addiktológiai osztályok és szakambulanciák, krízisintervenciós osztályok, illetve szakambulanciák, drogterápiás intézetek, alacsonyküszöbű szolgáltatók, büntetés-végrehajtási intézetek, elterelést végző szervezetek (megelőző-felvilágosító szolgáltatók, egészségügyi szolgáltatók); igazságügyi orvostani intézetek, orvosszakértői intézetek, Rendőrség Egészségügyi Szolgálat (az utóbbiak kizárólag a mortalitásról).

A TDI adatgyűjtést 20/2006. (V. 9.) EüM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet módosításáról

szabályozza. A TDI adatgyűjtés nyilvántartási száma 1213/06, a TDI elterelés adatgyűjtés nyilvántartási száma: 1214/06.

A TDI adatgyűjtésről, annak nemzetközi gyakorlatáról és a kezelésbe lépő kliensek szociodemográfiai adatairól és szerhasználati mintázatairól egész Európára kiterjedő elemzés olvasható az EMCDDA honlapján, angol nyelven:

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>

Az országos TDI adatok, ill. az abból készülő elemzés minden évben megjelenik a Nemzeti Drog Fókuszpont Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára kiadványában (NFP 2009). Az TDI adatainak gazdája az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ szervezeti keretei között működő Országos Addiktológiai Centrum.

A TDI kérdőív, a TDI elterelés kérdőív, a technikai mellékletek, kitöltési útmutató és a témához kapcsolódó egyéb szakmai anyagok elérhetők a Nemzeti Drog Fókuszpont honlapjáról:

<http://drogfokuszpont.hu/?lang=1&pid=57>

A TDI kérdőív által feltárt területek (EMCDDA 2000):

- egyedi kliens azonosító (generált kód)
- szociodemográfiai adatok (nem, kor, lakóhely, állampolgárság)
- szociális státusz (iskolai végzettség, munkaügyi státusz, családi állapot, lakhatás kérdései)
- kezelési történet (kezelőhely típusa, korábbi kezelés, beutalás eredete)
- szerhasználati mintázat (elsődlegesen használt és további szerek, szerhasználat gyakorisága, szervezetbe juttatás módja, részvétel opiát helyettesítő kezelésben, intravénás szerhasználat prevalenciája)

A teljes, 21 itemet tartalmazó TDI kérdőívet lásd a mellékletben: 5. számú eszköz.

A kérdőív felvételi ideje kb. 10 perc. Bizonyíték fokozata (EMCDDA 2000, EMCDDA 2009): alapos szakirodalmi feltárást, szisztematikus áttekintéseket is feldolgozó, gyakorlati tapasztalatok összegzését követően létrejött eszköz.

A TDI kérdőív SWOT analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nemzetközileg ismert, elfogadott, magyar nyelven is hozzáférhető eszköz ▪ hazai átfogó országos elemzés hozzáférhető ▪ hazai átfogó elemzés idősorosan is hozzáférhető ▪ lokális és szolgáltatói szintű bontásban is hozzáférhető ▪ rövid, a szerhasználati mintázatot jól leíró eszköz ▪ elterelést leíró eszköz is kapcsolódik hozzá ▪ a kezelőhelyek személyzete ismeri az eszközt (minimális képzés mellett alkalmazható) ▪ leírás, kapcsolódó kitöltési útmutató, technikai segédlet elérhető ▪ kábítószeres kezelőhelyek által kötelezően kitöltendő eszköz ▪ a szükségleteket feltáró projekt részéről erőforrást nem igényel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnosztikai felhasználásra nem alkalmas ▪ a magyar nyelvű eszköz nem validált ▪ háziorvosok jelentési gyakorlata hiányzik ▪ alacsony-küszöbű szolgáltatók jelentési gyakorlata hiányos
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ segítségével az összes szolgáltató bevonása mellett ellátástérkép készíthető ▪ jól mutatja az időbeli változásokat adott szolgáltatóra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ csak a kezelésbe lépők adatainak incidencia jellegű leírása (nem igaz a kezelésben lévők egészére) ▪ kezelés hatékonyságának mérésére nem használható

TDI elterelés kérdőív

A TDI elterelés kérdőív a fent részletezett TDI kérdőívhez csatlakozó modulként tekinthető (6. Melléklet). A kérdőív célja a büntetés alternatívájaként kezelésbe jelentkező kliensek leírása. Mivel a kérdőív a TDI kérdőívhez kapcsolódik, az elterelés adatai kiegészíthetők a szerhasználati mintázat, a szociodemográfiai és egyéb adatokkal. Az elterelés kérdőív adatai jól felhasználhatók a büntetés alternatívájaként kezelésbe jelentkező kliensek leírására, de e mellett az e klienseket ellátó szolgáltatók jellemzőinek, kapacitásának vizsgálatára is.

Az elterelés kérdőív országos adatainak gazdája az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ (OSZMK) szervezeti keretei között működő Országos Addiktológiai Centrum.

A TDI elterelés kérdőív által feltárt területek (a TDI kérdőív mellett):

- egyedi kliens azonosító (generált kód)

- előzetes állapotfelmérés és elterelés adatok (állapotfelmérést végző intézmény, elterelés típusa, kábítószer típusa)
- bűncselekményre vonatkozó adatok (helye, jellege, elterelés száma stb.)
- elterelést záró igazolás adatai (tervezett vagy nem tervezett kilépés, igazolás ideje)

A kérdőív felvételi ideje kb. 5 perc. Bizonyíték fokozata: szakirodalmi összegzést nélkülöző ajánlás.

TDI elterelés kérdőív SWOT analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ magyar nyelven hozzáférhető eszköz ▪ hazai átfogó országos elemzés hozzáférhető ▪ hazai átfogó elemzés idősorosan is hozzáférhető ▪ lokális és szolgáltatói szintű bontásban is hozzáférhető ▪ rövid idő alatt lekérdezhető eszköz ▪ TDI eszköz kapcsolódik hozzá, szerhasználati mintázat ezáltal megismerhető ▪ a kezelőhelyek személyzete ismeri az eszközt (minimális képzés mellett alkalmazható) ▪ leírás, kapcsolódó kitöltési útmutató, technikai segédlet elérhető ▪ elterelést végző kezelőhelyek által kötelezően kitöltendő eszköz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnosztikai felhasználásra nem alkalmas ▪ az eszköz nem validált
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ segítségével az összes szolgáltató bevonása mellett ellátástérkép készíthető ▪ jól mutatja az időbeli változásokat adott szolgáltatóra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ csak a kezelésbe lépők adatainak incidencia jellegű leírása (nem igaz a kezelésben (elterelésben) lévők egészére) ▪ kezelés hatékonyságának mérésére nem használható

Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program (OSAP)

Az OSAP adatgyűjtés „Jelentés a kábítószer-fogyasztókról és kezelésükről” modulja kiterjed a kábítószer-fogyasztók kezelését ellátó egészségügyi szolgáltatókra. A kezelési igények feltárása során indokolt lehet az egyes szolgáltatók kapacitása és profiljának felmérése céljából az ellátóhelyek betegforgalmi adatainak feltárása. A következőkben bemutatásra kerülő országos adatgyűjtési program jól alkalmazható a kezelésben lévő kliensek profiljának

feltérképezésére. Az OSAP adatgyűjtés a szolgáltatókra háruló ágazati adatjelentési kötelezettséget takar, így a szükségletek feltárására irányuló projekt végrehajtótól erőforrásokat nem igényel. A lokális adatok összegyűjtéséhez, annak validitásának mérlegeléséhez javasolt ugyanakkor a helyi kezelési szakemberek (pl. KEF tagok, kezelőhelyek vagy az ÁNTSZ helyi szakembereinek) bevonása.

OSAP jelentési kötelezettség alá a drogambulanciák és drogközpontok, pszichiátriai gondozók, gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozók, pszichiátriai osztályok és szakambulanciák, krízis intervenciós osztály(ok), alkohológiai és addiktológiai gondozók és osztályok, illetve szakambulanciák, drogterápiás intézetek tartoznak.

A kábítószer-használatra vonatkozó országos OSAP adatok, ill. az abból készülő elemzés minden évben megjelenik a Nemzeti Drog Fókuszpont Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára kiadványában (NFP 2009). Az adatgyűjtést a 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szabályozza, technikai száma 1211/04. Az OSAP adatainak gazdája az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ szervezeti keretei között működő Országos Addiktológiai Centrum.

Az OSAP adatgyűjtés által feltárt területek:

- kezelésben megjelent kliensek száma (minden adott évben kezelésben megjelent kliens adatait tartalmazza, büntetés alternatívájaként induló kezelések számát is tartalmazza), aggregát formában
- kezelésben részt vevő kliensek szociodemográfiai adatai (nem, korkategória,) aggregát formában
- szerhasználati mintázatokra vonatkozó adatok (elsődleges szer, szerhasználat gyakorisága, szervezetbe juttatás módja, intravénás droghasználat prevalenciája), aggregát formában
- az első alkalommal kezelésben megjelentek kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségeire (HIV, HBsag, HCV) vonatkozó, szerológiai vizsgálaton alapuló adatok, aggregát formában
- továbbutalásra vonatkozó adatok, aggregát formában

Az adatgyűjtő eszközt a szolgáltató tölti ki, az adatfelvételre fordítandó idő a szükségletek feltárását végző munkacsoport számára nem releváns. Bizonyíték fokozata: szakirodalmi összegzést nélkülöző ajánlás.

Az OSAP adatgyűjtés SWOT analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ magyar nyelven hozzáférhető eszköz ▪ hazai átfogó országos elemzés hozzáférhető ▪ hazai átfogó elemzés idősorosan is hozzáférhető ▪ lokális és szolgáltatói szintű bontásban is hozzáférhető ▪ kábítószeres kezelőhelyek által kötelezően kitöltendő eszköz ▪ a kezelőhelyek személyzete ismeri az eszközt (minimális képzés mellett alkalmazható) ▪ prevalencia jellegű adatokat tartalmaz, azaz minden adott évben kezelésben megjelent kliens adatait tartalmazza ▪ széles a jelentést tevők köre ▪ a szükségleteket feltáró projekt részéről erőforrást nem igényel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ aggregát adatokat tartalmazó jelentés ▪ diagnosztikai felhasználásra nem alkalmas ▪ az eszköz nem validált ▪ csak egészségügyi szolgáltatást végző szervezetek tesznek jelentést
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ segítségével az összes szolgáltató bevonása mellett ellátástérkép készíthető ▪ jól mutatja az időbeli változásokat adott szolgáltatóra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kezelés hatékonyságának mérésére nem használható ▪ hiányos jelentési gyakorlat ▪ civil szervezetek nem tartoznak a jelentési körbe

Irodalom

EMCDDA (2009): An overview of the treatment demand key indicator (TDI). EMCDDA, Lisszabon.

EMCDDA (2000): EMCDDA Scientific Report. Treatment demand indicator Standard protocol 2.0. EMCDDA, Pompidou Group, Brüsszel.

NFP (2009): Éves jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára. NFP, Budapest.

<http://drogfokuszpont.hu/?pid=96> [2010.02.17]

20/2006. (V. 9.) EüM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet módosításáról

76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról.

<http://www.ndi-szip.hu/EDocumentData.aspx?ID=a7a3587e-f027-4071-bfb4-12c0d2abf499>
[2010.02.17]

III.2. Az egyéni szükségletek meghatározására használt pszichometriai és pszichológiai skálák, klinikai mérőeszközök

Az elmúlt évtizedekben a problémás szerhasználók szükségleteinek felmérésére alkalmas mérőmódszerek száma jelentősen megnövekedett. Sokszor ugyanazon zavar, probléma feltérképezésére számtalan mérőeszköz áll rendelkezésünkre, ami egyúttal a választás adekvátságának bizonytalanságát is magában hordozhatja a szakemberek számára. Az EMCDDA szükséglet-meghatározásban használatos eszközöket felsoroló honlapján megközelítőleg 100, a szükségletek felmérésében használható angol nyelvű mérőeszköz felsorolása és ismertetése található meg.

A következőkben bemutatásra kerülő módszerek tehát szükségképpen nem fedik le az elérhető eszközök teljes körét, azonban kiválasztásuknál három alapvető szempont figyelembevételére törekedtünk:

- (1) nemzetközi viszonylatban széles körű használatban vannak, azaz alkalmasságuk kiállt egyfajta gyakorlati próbát
- (2) pszichometriai mutatói – különböző mintákon és alkalmazásokban – megfelelő megbízhatóságot (reliabilitást) és érvényességet (validitást) mutatnak, azaz pszichometriai szempontból megfelelőnek tekinthetők;
- (3) illetve, amelyek lehetőség szerint magyar nyelven is elérhetők és ideális esetben az első két pontnak hazai populáción történt alkalmazásuk szempontjából is megfelelnek.

Az alkalmazásra szánt eszköz kiválasztásánál két fő dimenzió mérlegelésére van szükség. Egyrészt, hogy a mérőeszköz megfelel-e az ilyen jellegű eszközökkel szemben támasztott alapvető pszichometriai kritériumoknak, másrészt, hogy harmonizál-e a mi konkrét céljainkkal, elvárásainkkal és lehetőségeinkkel (tartalmi és technikai szempontok, amelyek már nem általánosságban minősítenek egy eszközt, hanem a mi törekvéseink szempontjából értékelik azt).

Pszichometriai kritériumok

A pszichometriai kívánalmak két fő területét a mérőeszköz megfelelő *érvényessége (validitása)* és *megbízhatósága (reliabilitása)* jelenti. A validitás arra vonatkozik, hogy a mérőeszköz valóban azt méri-e, amire létrehozták. Az érvényesség leggyakrabban használt három mutatója a (1) tartalmi, a (2) kritérium és a (3) konstruktum validitás. A *tartalmi validitás* arra utal, hogy a mérőeszköz tételei megfelelően fedik-e a vizsgálni kívánt jelenséget. Például, ha az opiát dependencia felmérése a célunk, akkor nem elég, ha az eszköz tételei csupán a dependencia bizonyos aspektusait mérik fel (pl. tolerancia), hanem a tételeknek a dependencia teljes tünetegyüttesét tükrözniük kell. A *kritériumvaliditás* azt mutatja, hogy az eszköz megfelelő kapcsolatban van-e a vizsgált jelenség más külső megnyilvánulásaival. A megnyilvánulásokat mintegy kritériumként alkalmazzuk a mérőeszköz validitásának vizsgálatában. Külső kritérium éppúgy lehet valamilyen konkrét egyéni teljesítmény vagy valamilyen viselkedéses mutató, mint akár a megfigyelői értékelések összessége vagy egy szakértői ítélet is. A *konstruktumvaliditás* pedig az elméleti modellel

való kapcsolat megfelelőségét vizsgálja, vagyis azt, hogy a mérőeszközön elért pontszám pontosan tükrözi-e azt az elméleti konstruktumot, amit mérni szeretnénk. Általában több mérőeszköz eredményeinek összevetésével vizsgáljuk. Egyik esetben várhatjuk, hogy a két konstruktum minél szorosabb együttjárást mutasson (pl. két depresszió kérdőív összevetése, vagy tanár, szülői és önjellemzések közötti együttjárások), míg a másik esetben a mért konstruktumok elkülönülését, függetlenségét várjuk el (pl. szorongás és depresszió kérdőív).

A reliabilitás a mérőeszköz megbízható, azaz pontos és következetes mérési tulajdonságát hivatott ellenőrizni. A reliabilitásnak három alapvető típusát különböztetjük meg. Ezek a (1) belső konzisztencia, az (2) időbeli (test-retest) stabilitás és a (3) pontozói (inter-rater) együttjárás. A *belső konzisztencia* esetében elvárás, hogy a skálákat és alskálákat képező tételek megfelelő mértékben összefüggjenek egymással. Az *időbeli stabilitás* lényege, hogy a mérőeszköz bizonyos időintervallum (pl. két hét) eltelte utáni ismételt felvételekor az eredmények megfelelő mértékben egyezzenek az első felvételkor kapott eredményekkel. A *pontozói együttjárásnál* pedig azt várjuk, hogy a mérőeszköz különböző értékelők által történő alkalmazása során se mutasson számottevő variabilitást (pl. egy félig strukturált interjú során, két egymástól függetlenül dolgozó szakember az interjúalany kamerával rögzített válaszait nagymértékben hasonló módon pontozza) (Demetrovics, 2010; Rózsa, 2009).

Tartalmi és technikai szempontok

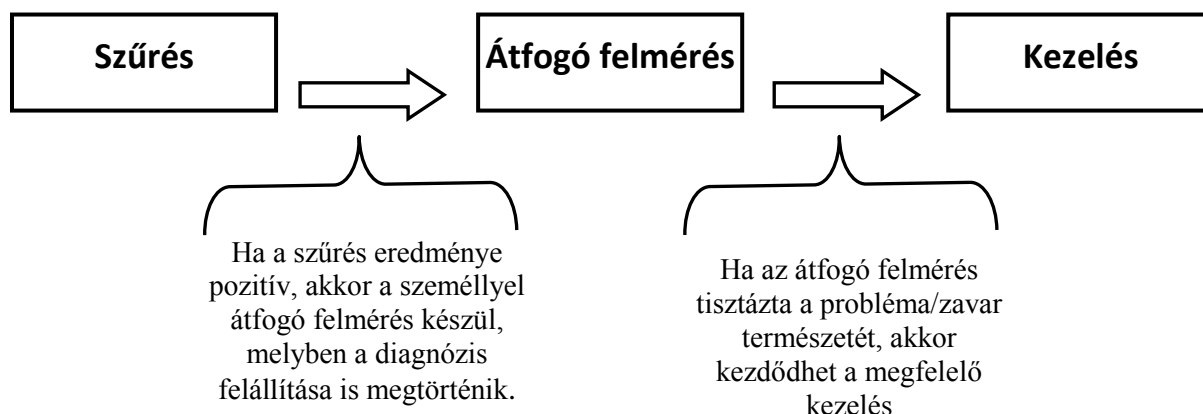
A céljainknak leginkább megfelelő mérőeszköz kiválasztásához mind tartalmi, mind technikai szempontból érdemes megvizsgálni a potenciálisan felmerülő eszközök körét. Fontos szempont lehet, hogy míg egyes eszközök kifejezetten kutatásra készültek, addig másoknál a klinikai alkalmazhatóság volt az elsődleges cél, de számos módszer mindkét helyzetben egyaránt sikerrel alkalmazható. Meg kell vizsgálnunk az egyes mérőeszközök tartalmát, azaz, hogy milyen módon operacionalizálták a vizsgálandó jelenséget, milyen mértékben fedi le a vizsgálni kívánt területeket, hány faktort, milyen aspektusokat vizsgál a mérőeszköz. Az egyes eszközök között e tekintetben nem feltétlenül minőségbeli különbségeket találunk, inkább az a kérdés, hogy a felhasználó céljához mi illeszkedik inkább. További, technikai jellegű különbséget jelenthet, hogy önkitöltősen vagy interjúhelyzetben lehet-e alkalmazni az eszközt, illetve, hogy papír-ceruza alapú kérdőívről van-e szó, rendelkezésre áll-e számítógépes alkalmazás, szükség van-e speciális eszközökre, tesztekre. Érdemes gondolni az önjellemzésből származó esetleges torzításokra, vagy az eszközök *szenzitivitására* illetve *specifitására*. Mindezen szempontok vizsgálata fontos ahhoz, hogy a céljainkhoz, valamint a lehetőségeinkhez leginkább illeszkedő mérőeszközt válasszuk (Demetrovics, 2010).

Szűrőmódszerek

A problémás szerhasználat felmérésének egyik legalapvetőbb, idő- és költségtakarékos módja a szűrés. A szűrés célja az ellátórendszerben a magas kockázattal jellemezhető személyek felismerése annak érdekében, hogy a későbbiekben alaposabb vizsgálatnak, pontos diagnózis

felállításának, átfogó helyzetfelmérésnek vethessük őket alá. Az alábbi ábra a szűrés, az átfogó felmérés és a kezelés kapcsolatát szemlélteti (Allen, 1991).

7. ábra. A szűrés, az átfogó felmérés és a kezelés kapcsolata



Droghasználat Szűrőkérdőív (DAST)

A Droghasználat Szűrőkérdőívet (Drug Abuse Screening Test, DAST) klinikai szűrésre és a kezelési hatékonyság mérésére dolgozták ki. Az önjellemző kérdőív 28 igen-nem válaszalternatívát kínáló tételei a szerhasználat különböző következményeit tárják fel. A mérőeszköz a MAST (Michigan Alcoholism Screening Test, Selzer, 1971) konstrukciós elveit követi, a DAST tételei többnyire az alkoholizmus szűrőkérdőív tételeinek átfogalmazásai.

A mérőeszköz tartalmaz a több szertípus egyidejű használatára vonatkozó kérdést, valamint szerhasználatból fakadó problématerületekre kérdez rá (pl. családi- és társas kapcsolatok, foglalkozás, jogi státusz, fizikai kondíció). A mérőeszköz néhány tételének átfogalmazásával (a munkahely szó iskolára cserélése) a skálát serdülők körében is használhatóvá tették (DAST-A). A DAST tételei 0 vagy 1 ponttal értékelhetők, így a skála összértéke 0-tól 28 pontig terjedhet. A magasabb pontszám a fokozott szerhasználati problémák megjelenésére utal.

A kutatásokban és a gyakorlatban is népszerű a mérőeszköz két rövidített változata (20 és 10 tétel); a DAST-20 (Skinner és Goldberg, 1986), és DAST-10 (Bohn és mtsai., 1991) (A mérőeszköz letölthető erről a linkről: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3618EN.html>). A DAST mérőeszközt a legkülönbözőbb vizsgálati csoportokon alkalmazták: pl. alkohol és drogfogyasztók (Gavin és mtsai., 1989), pszichiátriai betegek (Carey és mtsai., 2003), bűnelkövetők (Salstone és mtsai., 1994), serdülők (Martino és mtsai., 2000).

Yudko és munkatársai (2007) áttekintő tanulmányukban a DAST különböző változatainak pszichometriai jellemzőit tekintették át. A mérőeszköz tételeinek belső konzisztenciáját

becslő Cronbach-alfa mutatók a DAST-28 esetében 0,92 és 0,94 között voltak, míg a DAST-20 mérőeszköznél 0,74–0,95. A 10 tételből álló skála (DAST-10) reliabilitását két tanulmány vizsgálta, az általuk kapott reliabilitás mutató: 0,86 és 0,94. A serdülő változatot kidolgozó kutatócsoport eredményei szerint a DAST-A megbízhatósága 0,91. Az eredmények a skálák kiváló megbízhatóságát mutatják. A DAST használatával kapcsolatos hazai adatokkal nem rendelkezünk.

A mérőeszköz különböző változataival végzett validitásvizsgálatok a módszer érvényességét támasztják alá. A DAST a drogfogyasztással kapcsolatos problémákra érzékeny, így képes elkülöníteni a drog- és az alkoholfogyasztásból származó problémákat. Ki kell azonban emelnünk, hogy a tételek tartalmának átláthatósága miatt azokban az esetekben, amikor a személy szeretné elleplezni szerhasználatát összefüggő problémáit, a skála jelentősen torzíthat. Ezt a jellegzetességet az eszköz gyakorlati alkalmazása során mindenképpen érdemes figyelembe venni.

A DAST kérdőív SWOT analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nemzetközileg ismert, elfogadott eszköz ▪ kiváló pszichometriai mutatók ▪ gyors, költségtakarékos szűrőmódszer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ magyar nyelven nem elérhető
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ több problématerület egyidejű mérésére alkalmas ▪ képes elkülöníteni a drog- és az alkoholfogyasztásból származó problémákat ▪ kezelési hatékonyság mérésére alkalmas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a tételek átláthatósága miatt az eredmények torzíthatnak ▪ diagnosztikai eszközként nem alkalmazható

Több, a szerhasználatával kapcsolatos problémák súlyosságának szűrésére kidolgozott, alább ismertetett kérdőívnek készült magyar változata, amelyek pszichometriai vizsgálata jelenleg is folyamatban van, de az előzetes eredmények biztatóak (Demetrovics, 2010). Ilyen eszköz a specifikusan a kannabiszhasználat mérésére összeállított *Kannabisz Használat Szűrőkérdőív* (Cannabis Abuse Screening Test, *CAST*, 9. Melléklet) (Legleye és mtsai, 2007) vagy a Gossop és mtsai (1995) által kidolgozott *Droghasználat Súlyossága Skála* (Severity of Dependence Scale, *SDS*, 10. Melléklet), amely különböző szerhasználati formák vagy akár általában a drogfüggőség szűrésére is alkalmas, de elsősorban a kannabiszhasználat vonatkozásában került alkalmazásra. A *Kannabiszhasználat Zavarainak Szűrőtesztje* (Cannabis Use Disorders Identification Test, *CUDIT*, 11. Melléklet) (Adamson és Sellman, 2003) az AUDIT mintájára elkészített 10 teteles eszköz, amely kérdőíves felmérések és a klinikai munka során egyaránt jól alkalmazhatónak bizonyult. A fenti kérdőívek egy összesítő tanulmány alapján (Piontek, Kraus és Klempova, 2008) megfelelő pszichometriai mutatókkal bírnak. Végül az *M-CIDI* (Munich-Composite International Diagnostic Interview, 12. és 13.

Melléklet) kérdőív a DSM-IV abúzus és dependencia diagnózisainak kritériumait fedő kérdéseket tartalmaz a kannabiszra vagy más kábítószerekre vonatkoztatva, önkitöltős formában. Az eredmények változatos csoportok esetében is a kérdőív jó megbízhatóságát támasztották alá (Lachner és mtsai, 1998). Az ebben a bekezdésben bemutatott skálák előnye, hogy csupán néhány tételt tartalmaznak, rövid időn belül megbízható eredményeket nyújtanak a vizsgált személyekről. A kérdőívek magyar nyelvű változatait a 9-13. Melléklet tartalmazza.

A fenti rövid szűrőskálák SWOT analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nemzetközileg ismert, elfogadott eszközök ▪ magyarul is rendelkezésre állnak ▪ jó pszichometria mutatók ▪ gyors, költségtakarékos szűrőmódszerek 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a magyar változatok validálás alatt állnak ▪ legtöbbjük a kannabiszhasználat problémáira vonatkozik, más szerekkel kapcsolatban kevés adat
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ többféle szer problémás használatának szűrésére adaptálhatók ▪ a kérdések a diagnosztikai rendszerek kritériumaival összhangban vannak ▪ kezelési hatékonyság mérésére is alkalmasak ▪ felnőttek és serdülők esetében egyaránt alkalmazhatóak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a tételek átláthatósága miatt az eredmények torzíthatnak ▪ diagnosztikai eszközként nem alkalmazhatóak ▪ CAST és CUDIT esetében a legtöbb alkalmazhatósági vizsgálat kizárólag kannabiszhasználók csoportján készült

Problémafeltárás

A szűrés feladata, mint láttuk annak megállapítása, hogy létezik-e a szerhasználattal összefüggő probléma a felmért személyek között. A problémafeltárás ezzel szemben a már létező probléma mértékének, specifikusabb jellegzetességeinek feltárását célozza, és mint ilyen, a hatékony kezelési terv felállításának nélkülözhetetlen előfeltétele. A szükségletfelmérés e fázisa idő- és eszköz igényesebb, mint a szűrés, nagyobb ráfordítást igényel a szervezetek, szakemberek részéről.

A problémafeltárás szakaszában alkalmazható mérőeszközök közül elsőként a Magyarországon is széles körben alkalmazott, szerhasználattal összefüggő problémák feltárására kifejlesztett Addikció Súlyossági Index (ASI) és ennek serdülő változata az EuroADAD kerül bemutatásra.

Az addikció súlyosságának mérése

Bár az előző bekezdésben említett szűrőmérőeszközök is tesznek becslést az addikció súlyosságára vonatkozóan, elsődleges céljuk azonban mégis inkább a gyors szűrés. Ezek az eszközök, már csak rövidségüknél fogva sem képesek differenciált, átfogó képet adni a szerhasználatról. Utóbbi kritériumnak a droghasználat, drogfüggőség viszonylatában elsősorban az *Addikció Súlyossági Index* (Addiction Severity Index, ASI) felel meg.

Addikció Súlyossági Index (ASI)

Az ASI egy többszemponútú, félig strukturált klinikai interjú, melynek célja alkohol, illetve drogfüggő személyek helyzetének feltárása hét meghatározott problématerületen. A Thomas McLellan és munkatársai által először 1980-ban (McLellan, Luborsky, O'Brien és Woody, 1980) kidolgozott, majd utoljára 1992-ben (ötödik kiadás) módosított mérőeszköz (McLellan és mtsai, 1992) a függőséghez hozzájáruló, valamint a függőség miatt kialakuló problémák feltérképezését szolgálja, elsősorban a leghatékonyabb gyógykezelési mód kiválasztása céljából. Ezt az ötödik kiadású interjút EuropASI néven a holland Jellinek Intézet dolgozta át, ez azonban az interjú szerkezetét és lényeges részeit nem érintette. Az EuropASI magyar adaptált (Gerevich és mtsai, 2001; Rácz és mtsai, 2002) változata az egyik legszélesebb körben használt félig-strukturált interjú, mely 2001-től elérhető nem csak a kábítószer-fogyasztók problémáinak és szükségleteinek feltárására, de a kezelés kimenetelének és hatékonyságának mérésére is (7. Melléklet). Az ASI mintegy 160 kérdése 7 nagy terület problémáit képes feltárni:

1. Egészségi állapot;
2. Foglalkoztatás és megélhetés;
3. Jogi státusz;
4. Családi és társas kapcsolatok;
5. Alkoholfogyasztás;
6. Drogfogyasztás;
7. Pszichiátriai státusz.

Az interjú kb. 30-40 perc alatt felvehető.

A problématerületek áttekintése a megkérdezett személy bizalmának és őszinte válaszainak megnyerése érdekében a semlegesebb szociodemográfiai, valamint az egészségi és foglalkoztatási jellemzőkre vonatkozó kérdésekkel kezdődik, majd olyan személyesebb területeket érint, mint az alkohol- és kábítószer-használat, a családi háttér és a pszichés állapot.

Minden egyes problématerület felvételének végén a megkérdezett és az interjúkészítő külön értékelő skálán jelöli az áttekintett probléma súlyosságát, mindezek mellett az interjúkészítő értékeli a páciens által szolgáltatott információk megbízhatóságát, őszinteségét is. A problématerületek kliens és interjúkészítő által adott *súlyossági értékelése* mellett az egyes területek a kérdésekre adott válaszok számszerűsítéséből fakadó objektív pontszámmal (*skálaösszeg*) is jellemezhetőek. A 3 forrásból származó értékelés kiváló lehetőséget teremt a páciens problémáinak megbízható értékelésére.

Az elmúlt időszakban több speciális drogfogyasztó mintán is alkalmazták a mérőeszközt: pl. *pszichiátriai betegek* (pl. Corse és mtsai., 1995; Carey és mtsai., 1997), *bűnelkövetők* (pl. Wiese, 1995; Gresnigt, 2000) és *hajléktalanok körében* (pl. Joyner és mtsai., 1996). A különböző populációkon végzett vizsgálati eredmények összefoglalásaként elmondható, hogy a speciális minták sajátosságainak következtében (pl. súlyos mentális deficit miatt a páciens nem képes a kérdések megértésére és azok megválaszolására, a bűnelkövetők kitérő, félrevezető válaszai) az ASI csak bizonyos fenntartásokkal és megfelelő körültekintéssel alkalmazható (McLellan és mtsai., 1992).

A mérőeszköz alkalmazhatóságára irányuló kutatási eredmények azonban megerősítették, hogy az ASI mind a klinikusok, mind a kutatók számára hasznos eszköz, amelynek segítségével a kezelésre jelentkező páciens igényei és problémái felmérhetők, segíti a hatékony kezelési módszer kiválasztását és mindezek mellett kiválóan alkalmas a kezelés kimenetelének és eredményességének értékelésére is (McLellan és mtsai., 1992; Hendriks és mtsai., 1989; Joyner és mtsai., 1996).

Az ASI-t kitöltő interjúvolók értékeléseinek megbízhatóságát (inter-rater reliabilitás) mutató korrelációk 0,74 és 0,99 közöttiek, ami más mérőeszközök hasonló eredményeivel összevetve jónak tekinthető (McLellan és mtsai., 1985; Appleby és mtsai., 1997).

A mérőeszköz különböző időpontokban felvett (3 nap, 1 hét, 18 nap) *teszt-reteszt megbízhatósági* mutatói szoros együttjárást fejeznek ki, értékük 0,84 és 0,95 között mozog. Az ASI különböző problémaskáláinak *belső konzisztenciája* megfelelő: 0,56 és 0,89 közötti (Rózsa, 2009).

A kezelésre jelentkező kábítószer-fogyasztók körére kiterjedő validitásvizsgálatok a mérőeszköz érvényessége mellett szólnak (Hendriks és mtsai., 1989; McLellan és mtsai., 1985), valamint a nyomkövetéses vizsgálatok eredményei szerint a feltárt problémák mértéke a későbbi kezelés-kimenetel és eredményesség érzékeny mutatójának bizonyult (Hanlon és mtsai., 2000).

EuroADAD

Hazánkban a *Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja* (European Adolescent Assessment Dialogue, EuroADAD, Friedman és mtsai., 2002) tekinthető az ASI-nak megfelelő, serdülők számára kidolgozott és validált módszernek (Bácskai és mtsai., 2001). Magyar változata

szintén elérhető, validált eszköz (Gerevich és mtsai, 2005; letölthető az EMCDDA honlapjáról az alábbi linken: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9748EN.html>).

Az EuroADAD olyan strukturált klinikai interjúmódszer, amely a klinikai diagnosztikai munkában, a program-értékelésben és a kutatómunkában egyaránt hasznosítható, a kliensek kezelési szükségleteinek feltérképezéséhez nyújt értékes támpontokat. A mérőeszköz segít a problémák feltárásában és a kezelés megtervezésében, valamint a kezelés kimenetelére irányuló kutatások megvalósításában. Az EuroADAD a 12–24 éves életkor között lévő fiatalok felmérésére készült, de a mérőeszköz felső korhatára többnyire a fiatal élethelyzetétől függ. Ha a fiatal a szülőkkel él, nem vezet saját háztartást, és iskolába jár, akkor érdemes az EuroADAD-ot használni (Rózsa, 2009).

A 40–60 perc alatt felvehető 120 kérdésből álló interjú, hasonlóan az ASI-hoz 7 problématerület feltárását célozza: 1. Egészségi állapot; 2. Iskola; 3. Társas kapcsolatok; 4. Család; 5. Pszichológiai állapot; 6. Jogi helyzet; 7. Alkohol- és drogfogyasztás. Minden problématerület súlyosságát a klinikus 10 fokozatú skálán, míg a kliens 4 fokozatún értékeli.

Az EuroADAD egy visszajelzőlappal is kiegészült, amit a klinikusok számára fejlesztettek ki abból a célból, hogy az EuroADAD a klinikai gyakorlatban – pl. a kliens adatainak dokumentációja, esettanulmányok, kezelési-terv – még jobban használható legyen. A visszajelzőlap segít abban, hogy a kliens számára egyszerű és konzisztens értékelés készüljön, az interjú tömör összefoglalását nyújtsa, valamint alapot adjon strukturált visszajelzésre.

Hazánkban több vizsgálati mintán is készültek felmérések az EuroADAD alkalmazásával. A kutatások eredményei és a gyakorlati tapasztalatok a mérőeszköz jó alkalmazhatóságát és megbízhatóságát támasztják alá (Gerevich és mtsai., 2005; Báry és mtsai., 2007).

Mind az ASI, mind az EuroADAD használatához egy két napos tréningen való részvétel javasolt a szakemberek számára.

Az ASI és az EuroADAD SWOT analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ nemzetközileg ismert, elfogadott, széles körben használt eszköz▪ validált magyar változata elérhető▪ megfelelő pszichometriai mutatók▪ 7 problématerület együttes mérésére alkalmas	<ul style="list-style-type: none">▪ Használatának és értékelésének elsajátításához tréning szükséges▪ Idő és anyagráfordítás
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ többszemponútú szükségletfelmérést tesz lehetővé▪ segítség a hatékony kezelés tervezésében▪ kezelési hatékonyság mérésére is alkalmasak	<ul style="list-style-type: none">▪ öszinte válaszok nyeréséhez a kliens és kérdező közti bizalom szükséges▪ pusztán diagnosztikai támpontként alkalmazható, diagnosztikai célra nem▪ objektív kiértékelés nehézsége

DUSI-R (Droghasználat Szűrő Leltár)

A DUSI-R (Drug Use Screening Inventory, Tarter, 1990) egy nemzetközi gyakorlatban széles körben használt mérőeszköz, amely 10 elkülönült problématerület súlyosságának felmérésére alkalmas:

- (1) szerhasználat (alkohol és illegális szerek),
- (2) pszichiátriai zavarok,
- (3) viselkedési problémák,
- (4) iskolai teljesítmény,
- (5) egészségügyi státusz,
- (6) munkahelyi teljesítmény,
- (7) kortárs kapcsolatok,
- (8) társas kompetencia,
- (9) családi helyzet
- (10) szabadidő

Az értékelés két különböző profilt eredményez, egy átfogó súlyossági értékelést a 10 problématerület figyelembevételével egy 1-100-ig terjedő skálán, illetve jelzi a különböző területekre adott specifikus súlyosságok relatív rangsorát, ezáltal lehetővé teszi azok egyszerű összehasonlítását és a kezelési prioritások gyors meghatározását.

Felnőttek és serdülők esetében egyaránt alkalmazható.

A szerző szerint a mérőeszköz különösen alkalmas a kezelési szükségletek és az intervenciók összehangolásának segítésére, szükséglet feltárási célra illetve a kezelés hatékonyságának monitorozására.

A 159 tétel kitöltése megközelítőleg 20 percet vesz igénybe, a papír-ceruza vagy interjú módszer között a kliens jellegzetességeitől függően dönthetünk. A mérőeszköz használata és értékelése egyszerű, külön képzésre nincsen szükség.

A mérőeszközön végzett reliabilitás és validitásvizsgálatok szerint az eszköz minden tekintetben megfelel a pszichometriai követelményeknek (Tarter és Kirisci, 2001).

A DUSI-R SWOT analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nemzetközileg ismert, elfogadott, széles körben használt eszköz ▪ megfelelő pszichometriai mutatók ▪ 10 problématerület együttes mérésére alkalmas ▪ Gyors, könnyen alkalmazható 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nem készült magyar verzió ▪ Szerzői jogdíj terheli
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Szükségletfelmérés ▪ Kezeléstervezés ▪ Kezelésmonitorozás ▪ Serdülők esetében is megbízható eszköz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pusztán diagnosztikai támpontként alkalmazható, a DSM-III rendszerét követi

Annak ellenére, hogy rendelkezésünkre áll kifejezetten az addiktológiai ellátásban jelenlévő kliensek szükségleteinek meghatározására készült mérőeszköz, érdemes említést tennünk egy olyan módszerről, amely egyaránt alkalmas pszichiátriai betegek és addiktológiai problémákkal küzdő kliensek szükségleteinek feltérképezésére.

Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (CAN-R-HU)

Az előzőekben ismertetett szükségletfelmérő módszerekkel ellentétben, amelyeket specifikusan szerhasználó csoportok számára fejlesztettek ki, a CAN (Camberwell Assessment of Need, Phelan és mtsai, 1995) a pszichiátriai ellátásban résztvevők felmérésére készült, mindazonáltal a kábítószer- és alkoholfogyasztással kapcsolatos modulja révén alkalmas és releváns eszköz a problémás szerhasználók szükségleteinek felmérésére is.

A 15 perc alatt felvehető CAN az élet 22 területén vizsgálja a páciens szükségleteit, az ezekre kapott segítséget, illetve a segítséggel való elégedettség mértékét a kliens, a személyzet és (lehetőség szerint) a hozzátartozó nézőpontjából egyaránt (ld. 8. Melléklet). A CAN alapelve, hogy a szükséglet szubjektív koncepció, így egyszerre több különböző, de egyaránt érvényes percepció létezhet a szükségletek fennállásáról vagy hiányáról. A szerzők hangsúlyozzák, hogy a módszer fontos szerepet kaphat a kezelés megtervezésében, csakúgy, mint a kliens állapotának későbbi nyomon követésében, monitorozásában, s általában az ellátás színvonalának javításában. A CAN által mért 22 terület a következő:

- (1) Lakhatás
- (2) Élelem
- (3) Háztartásvezetés
- (4) Ápoltság

- (5) Napközbeni tevékenységek
- (6) Testi egészség
- (7) Pszichotikus tünetek
- (8) Tájékoztatás a beteg állapotáról és a kezeléséről
- (9) Pszichés problémák
- (10) Önveszélyesség
- (11) Közveszélyesség
- (12) Alkoholprobléma
- (13) Gyógyszer- és drogprobléma
- (14) Társas kapcsolatok
- (15) Intim kapcsolatok
- (16) Szexualitás
- (17) Gyermekgondozás
- (18) Alapvető írásbeli, olvasási és számolási készségek
- (19) Telefon
- (20) Közlekedés
- (21) Pénz
- (22) Segélyek

A CAN-R-ben minden egyes életterületre hat kérdés vonatkozik. Az első kérdésnél egyrészt azt kell eldönteni, hogy az adott területen van-e komoly problémája a kliensnek, másrészt pedig azt, hogy amennyiben fennáll a probléma, úgy részesül-e hatékony segítségben. Amennyiben a válaszoló szerint nincs szükséglet, akkor az adott életterületre vonatkozó további három kérdéskörrel nem foglalkozunk, hanem áttérünk a következő területre. A második kérdés a kapott informális segítség, míg a harmadik kérdés a formális segítség, intézményes segítség feltárására irányul. A negyedik kérdésnél a formális segítség kérdéskörénél maradva, azt jelöljük, hogy a válaszoló szerint milyen segítségre van szüksége a kliensnek ahhoz, hogy a területen felmerülő szükséglete kielégített legyen. Az ötödik és hatodik kérdés célja annak felmérése, hogy az interjúalany mennyire tartja megfelelőnek és hatékonynak a beavatkozásokat, illetve mennyire elégedett azokkal. A szükségletfelmérési interjúból nyert adatok összesítését segítő táblázatból könnyen leolvasható, hogy az egyes válaszadók szerint mely életterületeken azonosítható szükséglet, az adott szükséglet kielégített

vagy kielégítetlen, illetve mennyire megfelelő az adott szükségletre kapott segítség, valamint, hogy a páciens mennyire elégedett a kapott segítséggel (Demetrovics és Laczkó, 2008).

A CAN pszichometriai mutatói az azt kidolgozó munkacsoport eredményei szerint (Phelan és mtsai, 1995) a mérőeszköz megfelelő reliabilitását és validitását támasztják alá, amelyet azóta számos pszichiátriai mintán készített tanulmány is megerősített (ld. pl. McCrone, 2000). A CAN magyar változatát (CAN-R-HU, Demetrovics és Laczkó, 2008) 2008-ban dolgozták ki. Az Interjúfüzet a 8. Mellékletben található.

Az CAN SWOT analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nemzetközileg ismert, elfogadott, széles körben használt eszköz ▪ magyar változata elérhető ▪ megfelelő pszichometriai mutatók ▪ 22 problématerület együttes mérésére alkalmas ▪ alkalmazása formális képzés nélkül is könnyen elsajátítható ▪ egyaránt méri a felismert és a fel nem ismert szükségleteket ▪ méri a problémákra kapott formális és informális segítség mértékét is ▪ méri a segítséggel való elégedettség mértékét is 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ az alkalmazásával kapcsolatos tapasztalatok nem specifikusan szerhasználókra, hanem egyéb pszichiátriai problémában szenvedők csoportjaira vonatkoznak
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ többszemponútú szükségletfelmérést tesz lehetővé (a kliens, a hozzátartozó és a személyzet nézőpontját is tartalmazhatja) ▪ segítség a hatékony kezelés tervezésében ▪ kezelési hatékonyság mérésére is alkalmas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ őszinte válaszok nyeréséhez a kliens és kérdező közti bizalom szükséges ▪ diagnosztikai célra nem alkalmazható

Irodalom

- Adamson, S. J., Sellman, J. D. (2003). Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT). *Drug and Alcohol Review*, 22, 309–315.
- Allen, J. P. (1991). The interrelationship of alcoholism assessment and treatment. *Alcohol Health and Research World*, 15, 178–185.
- Appleby, L., Dyson, V., Altman, E., Luchins, D. (1997). Assessing substance use in multiproblem patients: reliability and validity of the Addiction Severity Index in a mental Hospital Population. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185(3), 159–165.
- Bácskai, E., Gerevich, J., Rózsa, S. (2001). *Európai Addikció Súlyossági Index*. Oktatási Kézikönyv. Drogambulanciák Szakmai Szövetsége Tanácsa.
- Báry, E., Holovits, Zs., Matuszka, B., Molnár, O., Palotás, Sz., Szantner, J. (2007). A különböző hatásmechanizmusú drogok fogyasztóinak vonásagressziója. Az előadás elhangzott a Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusán. Siófok. Absztrakt kötet 9. oldal.
- Bohn, M. J., Babor, T. F., Kranzler, H. R. (1991). Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abusers: Problems of drug dependence. Proceedings of the 53rd Annual Scientific Meeting, The Committee on Problems of Drug Dependence, Inc., DHHS Publication No. (ADM) 92-1888. NIDA Research Monograph, vol. 119. (pp. 233). Rockville, MD7 Department of Health and Human Services.
- Carey, K. B., Cocco, K. M., Correia, C. J. (1997). Reliability and validity of the Addiction Severity Index among outpatients with severe mental illness. *Psychological-Assessment*. 9(4), 422–428.
- Carey, K., Carey, M., Chandra, P. (2003). Psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and short Drug Abuse Screening Test with psychiatric patients in India. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 767–774.
- Corse, S. J., Hirschinger, N. B., Zanis, D. (1995). The use of the Addiction Severity Index with people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(1), 9–18.
- Demetrovics Zs., Laczkó Zs. (2008) A Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (Camberwell Assessment of Need) magyar változatának (CAN-R-hu) bemutatása *Psychiat Hung*, 23(4), 297-303
- Demetrovics, Zs. (2010) Korszerű mérőmódszerek az addiktológiában *Orvosi Pszichológia* (megjelenés alatt)
- Friedman A., Terras A., Öberg D. (2002) The European Version of the Adolescent Assessment Dialogue – EuroADAD Version 1.0. Philadelphia/Maastricht.

- Gavin, D., Ross, H., Skinner, H. (1989). Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction*, 84, 301– 307.
- Gerevich, J., Bácskai, E., Kó, J., Rózsa, S. (2001). Az Addikció Súlyossági Index (ASI) magyarországi reliabilitás és validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(3), 292–307.
- Gerevich J., Bácskai E., & Rózsa S. (2005). A serdülőkori problémák értékelő interjúja. (EuroADAD) magyarországi bevezetése. Egy multicentrikus kutatás eredményei. *Psychiatria Hungarica*, 20. Suppl, 28.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-614.
- Gresnigt, J. A. M., Breteler, M. H. M., Schippers, G. M., Van-den-Hurk, A. A. (2000). Predicting violent crime among drug-using inmates: The Addiction Severity Index as a prediction instrument. *Legal and Criminological Psychology*, 5(Part 1): 83–95.
- Hanlon, T. E., O'Grady, K. E., Bateman, R. W. (2000). Using the Addiction Severity Index to predict treatment outcome among substance abusing parolees. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31(3-4), 67–79.
- Hendriks, V. M., Kaplan, C. D., van Limbeek, J., Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and Validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 133–141.
- Joyner, L. M., Wright, J. D., Devine, J. A. (1996). Reliability and validity of the Addiction Severity Index among homeless substance misusers. *Substance Use and Misuse*, 31(6), 729–751.
- Lachner, G., Wittchen, H. U., Perkonigg, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., et al. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. *Eur Addict Res*, 4(1-2), 28-41.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis abuse screening test. *Journal of Substance Use*, 12(4): p. 233-242.
- Martino, S., Grilo, C., Fehon, D. (2000). Development of the Drug Abuse Screening Test for Adolescents (DAST-A). *Addictive Behaviors*, 25, 57– 70.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., et al (2000) Reliability of the Camberwell Assessment of Need - European version. *British Journal of Psychiatry*, 177, s34 -s40.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., Druley, K. A., O'Brien, C. P. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 26–33.

- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L., O'Brien, C. P. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 173, 412–423.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- Piontek, D., Kraus, L., Klempova, D. (2008) Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, p. 25.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., *et al* (1995) The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589 -595.
- Rácz, J., Pogány, Cs., Máthé-Árva, N. (2002). Az EuropASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57(4), 587–603.
- Rózsa S. (2009). Mérészközök és mérési stratégiák az addiktológiában. In: Demetrovics Zs. (szerk.) *Az addiktológia alapjai II.* (pp. 229–289). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Salstone, R., Halliwell, S., Hayslip, M. A. (1994). Multivariate evaluation of the Michigan Alcoholism Screening Test and the Drug Abuse Screening Test in a female offender population. *Addictive Behaviors*, 19, 455–462.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653–1658.
- SLADE, M., PHELAN, M., THORNICROFT, G., *et al* (1996) The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessment by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 109 -113.
- Schippers, G.M. & Broekman, T.G. (2007). *MATE, Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation. Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment. Final report ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31000068.* Amsterdam, AIAR, AMC-Amsterdam & Bureau Bêta, Nijmegen. Available from: <http://www.mateinfo.eu/pubs/31000068.pdf>
- Skinner, H., Goldberg, A. (1986). Evidence for a drug dependence syndrome among narcotic users. *British Journal of Addiction*, 81, 479–484.
- Tarter, R. (1990). Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision tree method. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 1-46.

Tarter, R.E., Kirisci, L. (2001). Validity of the Drug Use Screening Inventory for predicting DSM-III-R substance use disorder. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10(4), 45-53.

Yudko, E., Lozhkina, O., Fouts, A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 189–198.

Wiese, P. R. (1995). Efficacy of addiction treatment in a correctional setting for female offenders as measured by the addiction severity index. *Dissertation-Abstracts-International*, 55(9-B): 4136.

Az egyéni szükséglet felmérésére használt pszichometriai és pszichológiai skálák, klinikai mérőeszközök

Droghasználat Szűrőkérdőív (DAST)

Addikció Súlyossági Index (ASI)

EuroADAD

DUSI-R (Droghasználat Szűrő Leltár)

Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (CAN-R-HU)

A Kannabisz Használat Szűrőtesztje (CAST-HU)

Addikció Súlyossága Skála - Kannabisz (SDS-Can-HU)

CUDIT

Kannabisz Függőség Diagnosztikus Interjú (M-CIDI-Dep-HU)

Kannabisz Abúzus Diagnosztikus Interjú (M-CIDI-Ab-HU)

IV. Populációs szintű szükséglet-meghatározó eszközök

A következő fejezetekben elhagyjuk az ellátórendszert, és az ellátórendszeren kívüli csoportok szükségleteivel foglalkozunk. Itt szintén a szükséglet-meghatározás elvi alapjait és kiindulópontjait mutatjuk be. A populációs vizsgálatok keretében a „normál” és a „rejtett” populációra vonatkozó módszereket ismertetjük – pontosabban, a módszerek alkalmazásához szükséges kiindulópontokat és alapfogalmakat. Utána az ellátatlan, „kielégítetlen” igényű, ellátórendszeren kívüli, ellátásra szoruló vagy vulnerábilis csoportok megismerésére, szükségleteik meghatározására vonatkozó kérdéseket tárgyaljuk. Az előző, populációs módszerekkel szemben is valójában tudjuk, feltételezzük, hogy ezek a csoportok ellátásra szorulnak (illetve a vulnerábilis csoportok körében szelektív prevencióra és más beavatkozásokra van szükség); a kérdés az, hogyan ismerhetjük meg, melyek is azok a szükségleteik, amelyeket az ellátórendszer ki tud elégíteni, illetve az ellátórendszer milyen átalakítására, fejlesztésére van szükség ahhoz, hogy az azonosított szükségleteket a rendszer le tudja fedni.

IV.1. Normál populációs becslések standard mérőeszközei

Mintavételi alapfogalmak a normál populációs becslések esetében

Az EMCDDA a droghasználattal kapcsolatos General population surveys (GPS) felvételek esetében módszertani ajánlasként meghatározta azokat a kulcsindikátorokat, melyek előállítása populációs becsléseket célzó projektek esetében nélkülözhetetlenek. Ezen indikátorok:

- a) prevalencia a különböző szerek fogyasztására a népességben és a releváns alcsoportokban,
- b) az aktív és passzív droghasználók társadalom-demográfiai karakterisztikája és a droghasználat mintázata,
- c) az életmód és a droghasználat valamint az egészségfaktorok és a mentális állapot és szociális funkciók közötti összefüggések,
- d) a droghasználat elfogadásával kapcsolatos problémapercepció és attitűdök a különböző társadalmi csoportokban
- e) ezek időbeli és területi változásának követése (EMCDDA 2009).

A szervezet ezzel kapcsolatosan külön kézikönyvet is megjelentetett (EMCDDA 2002) már korábban, mely alapvetően a 15-64 éves populáció háztartáson belüli adatfelvételére fókuszál. Az útmutató tartalmazza azokat a legfontosabb itemeket, amelyeket egy ilyen adatfelvételnek mindenképpen tartalmaznia kellene, ez gyakorlatilag az EMQ (European Model Questionnaire), az Európai Unión belül egyfajta legkisebb közös többszörös az adatok összevethetősége érdekében. Ezen túlmenően a kézikönyv használható ajánlásokat tartalmaz a kutatás módszertanára vonatkozóan is, mint pl. a szükséges prevalencia becslésekhez igazodó mintanagyság, az adatfelvételi technikákról (CAPI, CATI, CASI, MAIL, Facet o face) az elemzési szintekről és a mintavételi eljárásokról. Ezen módszerek mindegyik sajátos előnyökkel és egyben korlátokkal is bír (Brogan et al 2001, Potthoff 1994, Wacholder, 1995)

Ez utóbbi az esetek többségében talán fontosabb szempont is, mint maga a konkrét kérdőív, illetve a kérdőív és a mintavételi eljárás adhatja csak a valid populációs becslést. Ezt azért kell kiemelni, mert a mintavétel alapvetően meghatározza a normál populációs becslés során alkalmazható eljárásokat, a felírható értékösszeg- vagy intervallumbecslő függvényeket. A normál populációs becslések során alkalmazott kérdőívek szinte kivétel nélkül tartalmazznak olyan változókat amelyekre értékösszeg és olyat is amelyekre intervallumbecslést kell adni. Az EMCDDA által jóváhagyott kézikönyv (EMCDDA 2002) is – csakúgy, mint bármely alapvető kutatómódszertani útmutató – rögzíti, hogy a kutatás mintavételi tervének elkészítése döntések sorozata. Kiket kérdezzünk? Mekkora legyen a minta? Hogyan válasszuk ki azokat, akiket megkérdezzünk? Mit csináljunk azokkal, akik nem válaszolnak? Mik a jó minta kritériumai? Hol vannak az érvényesség határai? Ezen egyéni kutatói döntések meghozatalát a helyi populációs becslések készítésekor nyilván helyben kell meghozni, ám a nemzetközi standardok alapján nemcsak a konkrét adatfelvételi eszköz, hanem a mintavétel kapcsán is vannak szakmai elvárások.

Az epidemiológiai kutatások mintavételi eljárásokról és a mintán történő adatfelvételekből való becslésekről szóló módszertani és statisztikai közleményeknek igen gazdag angol nyelvű szakirodalma van, magyar nyelven azonban meglehetősen szerény a kínálat még az általános mintavételi szakkönyvekből is. Ezzel együtt fontos felhívni a figyelmet arra az evidensnek ható sajátosságra, hogy a normál populációs becslések megismerési folyamatában (GPS Research Process) csak a keresendő populációs paraméter definiálása után következhet az alapsokaság meghatározása (Kalton 1983). Ebben az értelemben az alapsokaság az a csoport lesz, hogy a populáció azon része, amelyről a megállapításainkat tenni akarjuk, amelyre vonatkozóan a becslések is készülnek majd. A helyi szükségletek feltárásakor az alapsokaság nem csak személyek (szerhasználók, teljes lakosság, szakemberek stb.) lehetnek, egyre több olyan projekttel lehet találkozni Magyarországon is, ahol intézményeket, ellátóhelyeket, szervezeteket, interakciókat vagy éppen dokumentumokat (pl. helyi drogstratégiákat, képzési tematikát stb) vizsgálják a kutatók. Ezzel együtt kétségtelen, hogy a GPS esetében az alapsokaság majdnem mindig a lakosság vagy annak valamely életkorilag vagy területileg lehatárolt szegmense.

A mintavétel tekintetében fontos szempont annak tisztázása, hogy az adott megismerési folyamatban kik is az információhordozók illetve, hogy pontosan kik tartoznak az alapsokaságba (például a településen lakó vagy a településen kezelésben résztvevők, az állandó vagy az jelen lévő populáció), mert a kutatás során kapott adatokat is csak rájuk vonatkoztatva lehet értelmezni. Ez a döntés azért is igényel komoly körültekintést, mert a megfigyelési egység (akitől az adatokat beszerezzük) és az elemzési egység (akiről következtetést akarunk levonni) nem feltétlenül esik egybe (Kish 1965). Például, ha a szerhasználat kérdésében az adatok forrása maguk az érintettek, akkor az elemzési egység és a megfigyelési egység egybe esik. Ám dönthetünk úgy is, hogy ebben a témában az ellátóhelyektől gyűjtünk primer információkat, vagy éppen hivatalos nyilvántartásokat használjuk. Az elemzési egységeink ebben az esetben is a szerhasználók (feltéve, hogy minden érintettől kaptunk adatokat), ám a megfigyelési egységeink ettől eltérnek. Ugyanez a helyzet akkor is mikor például szülőket keresünk meg a kutatás során a gyermekeikkel kapcsolatban és az elemzést a gyerekeikre nézve szeretnénk elvégezni.

Ahogy a mintavételt befolyásolja a kutatási folyamat korábbi lépései, ugyanúgy a mintavétel is meghatározza a kutatás további menetét, sőt gyakran már a végeredményét is. (Itt elég, ha csak az adatok általánosíthatóságának kérdésére vagy a mintából történő becslésekre gondolunk.) A *megfigyelési egységről* (observation unit) az elemzési egység kapcsán már szoltunk, a kettő közt az estek legnagyobb részében (különösen a kérdőíves populációs becslések esetében) nincs sok különbség, míg az elemzési egység adatelemzés során használt fogalom, addig a megfigyelési egység vagy más néven *elem* (element) a mintavételre vonatkozik. A megfigyelési egységen történik az epidemiológiai jelenség konkrét megfigyelése, esetükben ez leggyakrabban 15 vagy 18 éven felüli embereket jelent, noha nem feltétlenül. Ám azokban az esetekben is, amikor például terápiás intézmények vagy alacsonyküszöbű szolgáltató szervezetek, intézmények, prevenciós programok a megfigyelési egységek az *adatszolgáltatók* leggyakrabban személyek.

Az epidemiológiai GPS *populációja* vagy alapsokasága (target population) azoknak az elemeknek az összessége, melyeket vizsgálni akarunk, amelynek valamilyen epidemiológiai tulajdonságáról, magatartásáról többet szeretnénk tudni. A kutatás során a populációt pontosan kell meghatározni a kutatási célnak megfelelően. Ez a feladat csak első látásra tűnik egyszerűnek, valójában a kutatási feladat, valamint a kutatás kontextusának és lehetőségeinek részletes végiggondolása nélkül lehetetlen jól elvégezni. A probléma érzékeltetésére tételezzük fel, hogy a kutatás célja a tanulók szerfogyasztásának feltárása és eldöntöttük, hogy a tanulóktól fogunk információkat gyűjteni. De kit tekintünk tanulónak? Csak azokat, akik jelenleg is tanulói jogviszonnyal rendelkeznek valamilyen iskolában? Mely iskolatípusokban tanulókat értjük alatt? Beletartoznak-e az esti tagozaton tanulók? Mit kezdünk azokkal a külföldi tanulókkal, akik jelenleg ösztöndíjjal vagy cserediákként tanulnak a kiválasztott intézményekben? Ha egy területre szűkítettük a vizsgálat körét (pl. a fővárosra) kit tekintünk fővárosi tanulónak? Figyelembe véve a témát kihagyhatók-e a kutatásból a javító-nevelő intézményekben, speciális szakiskolákban, intézményi gondoskodásban élő tanulók? Akárhogy is döntünk, a kutatásunk eredményei a későbbiekben csak erre a jól körülhatárolt populációra lehetnek érvényesek. A célpopuláció mindig elméleti fogalom, a vizsgálandó elemek elméleti összessége. Az *elérhető* vagy *vizsgálati populáció* (study population) az elméleti célpopulációnak egy szűkebb, kisebb része, azokat az elemeket tartalmazza, akik ténylegesen elérhetők, akik közül a mintavétel ténylegesen megtörténhet. Természetes jelenség, hogy egy elméleti célpopuláció minden tagja nem kerül bele abba a „kalapba” ahonnan majd mintát veszünk (mintavételi keret), mindig van, aki kimarad belőle vagy véletlenül, vagy tudatos szűkítés miatt. Ha a célpopulációról valamilyen lista áll rendelkezésre a tapasztalat azt mutatja, hogy valamelyik elem mindig lemarad róla, adminisztratív hibák miatt vagy, mert például a fluktuáció gyorsabb ütemű, mint az elérhető listák frissítése. Tudatos kutatói döntés is szűkítheti a vizsgálati populáció listáját. Például az ESPAD⁴ a 16 évesek populációját tudatosan szűkíti az iskolarendszerben lévőkre (holott joggal feltételezhető, hogy az iskolából kimaradó 16 évesek egészségmagatartása jelentősen különbözhet az átlagtól).

⁴ Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – ESPAD).

Az elemzési és megfigyelési egységek mellett ismerni kell a *mintavételi egységet* is. Logikus lenne azt feltételezni, hogy a mintavételi egység, nem más, mint az elemzési egység vagy a megfigyelési egység a mintavételi keretben. Ez csak részben van így. Ha például nincs teljes listánk az ellátottakról egy kutatásban, de tudunk egy listát szerezni az ellátóhelyekről, és a kiválasztott helyeken kérdezzük meg a klienseket, akkor ebben az esetben a megfigyelési és elemzési egységet a klienseket jelentik, ám a mintavételi egység az ellátóhely. Egy másik példa még jobban megvilágítja a megfigyelési és a mintavételi egység fogalma közötti különbséget. Tegyük fel, hogy prevenciós munkát végző szakembereket akarunk kiválasztani egy kutatás céljára, és nincs listánk az összes szakemberről, viszont van egy listánk az ellátó helyekről, intézményekről. Az intézmények, szervezetek persze tudnának listát adni a munkatársaikról, de a több száz intézmény, szervezet esetében egyenként begyűjteni a listákat belátható időben reménytelen vállalkozás lenne. (Nem is beszélve arról, hogy mire az utolsó listát is megkapjuk, az első listák már időközben módosulhattak). Ezért először mondjuk kiválasztunk a listából bizonyos szervezeteket és csak a kiválasztottaktól kérjük el a kollégák listáját, amiből aztán szervezetenként mintát veszünk. Ebben az esetben két mintavételi egységünk is van, egy elsődleges (a szervezet) és egy másodlagos (a szakemberek), a megfigyelési egység pedig megegyezik a másodlagos (illetve ebben az esetben végső) mintavételi egységgel. Vagyis bonyolultabb mintavételnél egy kutatáson belül különböző szintű mintavételi egységeket használhatunk, így definiálhatunk elsődleges, másodlagos, harmadlagos stb. mintavételi egységet is. Azt a mintavételi egységet, amelyen a tényleges megfigyelés (adatfelvétel) történik, végső mintavételi egységnek is nevezik, a *mintavételi keret* (sampling frame) pedig a mintavételi egységek összessége adott szinten.

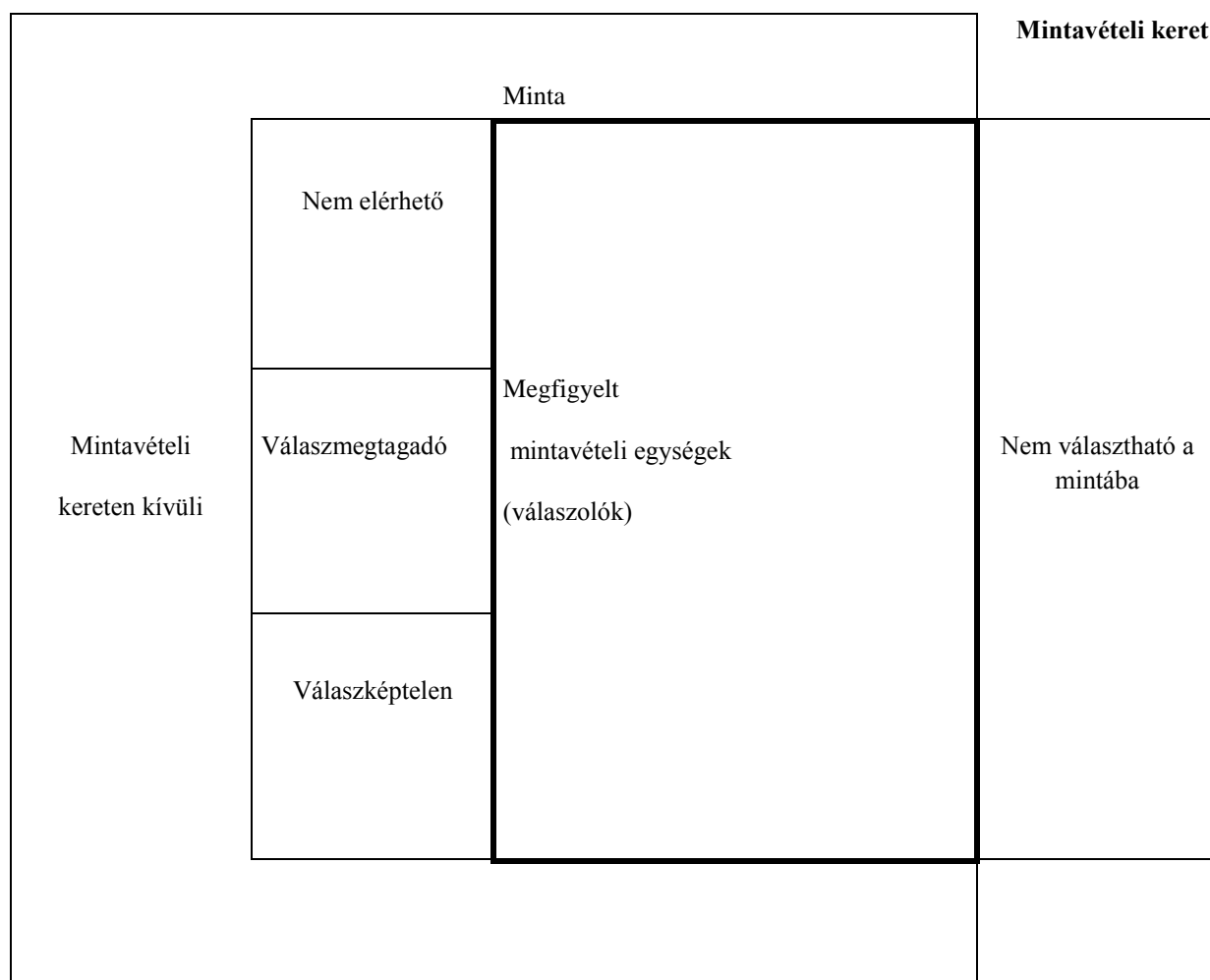
A mintavételi keret és a célpopuláció egymáshoz való viszonyának tanulmányozása nem öncélú, mert a kutatásunk – ha szakmailag megfelelő mintát veszünk – csak a vizsgálati populációra (az egy lépcsős mintakiválasztásnál a mintavételi keretre) vonatkoztatva adhat pontos leírást, nem pedig a célpopulációra. A problémát az okozza tehát, hogy jó mintát csak az elérhető populációra lehet készíteni, míg a minta alapján az általánosítást már a célpopulációra végezzük el. Ennek megfelelően a mintából nyert adatok általánosíthatóságát nagyban befolyásolja, hogy az elérhető vagy vizsgálati populáció mennyire hasonlít az elméleti célpopulációhoz. Itt egy gondolat erejéig vissza kell utalni a kutatás időfaktorának kérdésére. Ugyanis ha a célpopuláció összetétele túl gyorsan változik (például a elterelésben résztvevők) és a mintavételi keret elkészülte (listázás) után, de még a konkrét mintavétel és adatgyűjtés előtt változik az összetétele, akkor a minta már nem tudja visszaadni a vizsgálati populáció jellemzőit sem, nemhogy az elméleti célpopulációét.

A mintavételi keretből kiválasztott mintavételi egységek alkotják a *mintát* (sample), vagyis a populációnak azt a részét, amelyet a mintavételi eljárás végén kijelölünk felkeresésre, megkérdezésre. Ne legyen illúziónk, attól, hogy valaki bekerült a mintába, még egyáltalán nem biztos, hogy adatokat fog szolgáltatni a kutatásunkhoz. Vagyis még tovább szűkül a kör, az elemzést illetve a becsléseket a teljes sokaságra vonatkozóan már csak azoknak a mintavételi egységeknek a megfigyelése alapján tudjuk elvégezni, akiket el is értünk, akik *választak* a kérdéseinkre (sampled population). A mintán alapuló kutatások sikerét,

különösen az olyan szenzitív kérdésekben végzett felmérésekét mint az egészségmagatartás, komolyan veszélyeztethetik a mintába beválasztott, de el nem ért, vagy elért de nem válaszoló, illetve elért de a válaszadásra alkalmatlan megfigyelési egységek előfordulása. Bár a kutatás egésze szempontjából nem mindegy, hogy a megghiúsult konkrét megfigyelés, adatfelvétel a válaszadó elérhetetlenségéből (pl. intézetben van), esetleg válaszképtelensége miatt nem jött létre (pl. az esti buliban már túl sokat ittak), vagy pedig azért mert részben (item nonresponse) vagy egészben (unit nonresponse) megtagadta a válaszadást (hiszen ne feledjük, a GPS kutatásokban a válaszadás mindig önkéntes), a minta használhatósága vagy éppen használhatatlansága szempontjából teljesen mindegy, ezért az adatfelvétel során törekedni kell a kiválasztott minta lehető legteljesebb elérésére.

A célpopuláció és a végső, ténylegesen megfigyelt mintavételi egységek egymáshoz való viszonyát jól mutatja az alábbi ábra. A ténylegesen megfigyelt mintavételi egységek és a mintába beválasztott mintavételi egységek hányadosa a válaszolási vagy elérési arány (response rate). Napjainkban a jól eltervezett mintán alapuló kérdőíves vizsgálatok (survey) legnagyobb módszertani problémája az, hogy hogyan lehet a nemválaszolási arányt vagy elérhetetlenséget és az ebből fakadó torzító hatást csökkenteni, hiszen egy minta annál pontosabb, minél inkább megközelíti a válaszolási arány a 100 százalékot (Lundström és Särndal 2002, Hidioglou és Drew és Gray 1993, Hunyadi 2001:83-86).

8. ábra. Célpopuláció



A konkrét mintavételi eljárást tekintve az egyes országok által követett modell változatos képet mutat, de az angolszász normál populációs becslések szinte mindegyike irányított vagy véletlen valószínűségi mintán dolgozik (általában rétegzett, de nem klaszterezett mintán, mert a rétegzés javítja, a csoportos, többlépcsős kiválasztás pedig rontja a minta teljesítményét, statisztikai megbízhatóságát). A hazai populációs becslések esetében meglehetősen gyakran találkozni vitatható gyakorlattal is (pl. Kish-kulcsos adatfelelvétel, kvótás minta, pótcímezési eljárás a csökkenő minta helyett stb.).

Mérőeszközök

1. NSDUH kérdőív (National Survey on Drug Use & Health), USA

A kezelési szükségletek (treatment needs) legfontosabb adatforrása az Amerikai Egyesült Államokban mind nemzeti mind pedig állami szinten az NSDUH (National Survey on Drug

Use & Health)⁵ az utóbbi időkben már évenkénti adatfelvétele mely közel 70 000 fő megkérdezésével zajlik. Az amerikai felmérésben szereplő életkortartomány (12 évesek és idősebbek) szélesebb, mint amit a hazai vagy az EU felméréseknél használt (15–64 évesek) életkori tartomány. Az adatfelvételt az US Office of Applied Studies Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) kezeli és igen komoly múltra tekint vissza.

A kutatásról 1971 óta érhető el információ bár az első adatfelvétel óta mind az adatgyűjtés módszertana, mind a mintavételi eljárás, mind pedig a maga a mérőeszköz többször és jelentősen átalakult. (Gfroerer 1992). Az 1971 és 1998 között 17 NHSDA adatfelvétel zajlott, mely folyamatosan a legfontosabb nemzeti referencia adatfelvétellé vált. Nemcsak a minta nagyságát növelték jelentősen annak érdekében különböző érzékeny vagy speciális célcsoportban is megbízható teljes populációs becslést tudjanak adni mind a prevalencia, mind pedig a kezelési szükségletek vonatkozásában. A kérdőív kérdéseket tartalmaz az alábbi szerekre vonatkozóan:

- (a) dohányzás
- (b) alkohol
- (c) marijuána,
- (d) kokain bármilyen formában
- (e) crack cocaine,
- (f) heroin,
- (g) hallucinogének
- (h) inhalánsok és nonmedical use of (i) analgesics, (j) tranquilizers, (k) stimulants, and (l) sedatives,

A legfontosabb kérdések közé tartozik az életkor, az első használat életprevalenciája, múlt évi valamint a múlt havi prevalencia, de a kérdőívben a vizsgált témák közé tartoztak a mentális egészség, a kezelési szükséglet, a kockázati besorolás, vezetői viselkedés, a humán immundeficiencia vírus (HIV) kockázat jellegét is. Az NSDUH kérdőív és adatfelvételi módszerek fejlesztése tekintetében folyamatos innováció zajlik az eszköz gazdáinál, tesztelésre került már CAI (computer-assisted interviewing), ACASI (audio computer-assisted self-interviewing), SAQs (self-administered questionnaires) formában is. Ez utóbbi esetében a szövegértés és a funkcionális analfabetizmus vagy az adott adatfelvételi nyelv nem kellő ismerete okoz problémát (Turner et al. 1992). A módszertani fejlesztések és kísérletek alapján hatékony és megbízható mód az ilyen szenzitív adatok begyűjtésére az ún. ACASI mód. Számos módszertani elemzés demonstrálta a CAPI jótékony hatását az adatok megbízhatóságára. Az eszközhöz készült CAPI/CATI/PAPI adatfelvételi mód szerinti kísérlet is.

⁵ Korábban National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) néven volt ismert

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kipróbált standard mérőeszköz ▪ Rendkívül gazdag szakirodalom ▪ Kezelési szükségletekre választ ad ▪ Nagy mintán zajlik ▪ Alternatív adatfelvételi módokra is tesztelt ▪ Jól dokumentált kísérletek az eszköz körül ▪ Magas megbízhatósági szint ▪ Az EMCDDA éves jelentésében is ezt a forrást használják USA adatra ▪ Jól referált ▪ Szélesebb körű kérdésfelvetések ▪ Folyamatosan minősített és validált eszköz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Korosztály tágabb, mint a hazai ▪ Magyarországon nem tesztelt, nem alkalmazott ▪ Drága ▪ Nagy mintát igényel, sok erőforrást kell bevonni ▪ Nincs elérhető magyar nyelvű információ
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tengeren túli összehasonlítási lehetőség ▪ Egyetemek, tudásközpontok bekapcsolódási lehetősége ▪ Előállíthatók belőle a kezelési indikátorok helyi szinten is 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptációs deficit ▪ Korlátozott lehet itthon az adatfelvételi mód ▪ Helyi humán erőforrás korlátozott

2. ELEF (Európai Lakosság Egészségfelmérés)

Az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) egy uniós szinten harmonizált kérdőív segítségével, a 15 év feletti lakosság országosan reprezentatív mintáján, személyes kikérdezéssel végzett felmérés. A felmérés eredményeként nemzetközileg is összehasonlítható adatokat kapunk a lakosság egészségére, az egészséget meghatározó tényezőkre, az egészségügyi ellátórendszerrel való elégedettségre vonatkozóan. Az Európai lakossági egészségfelmérést az Eurostat megbízásából a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) végzi.

Lakossági egészségfelmérés volt már korábban is Magyarországon, legutóbb 2003-ban, ugyanakkor az OLEF (Országos lakossági Egészségfelmérés) több szempontból is alapvetően használhatatlan mind a kezelési szükséglet, mind pedig a helyi közösségi probléma becslése szempontjából. Az adatfelvételi eszköz maga egy különböző más adatfelvételekből kompilált kérdőív, mely tartalmaz egy modult a Danish Health and Morbidity Survey kérdőívéből, egy másikat a WHO World Health Survey kérdőívéből, megint másik része a finn Stakes intézet kérdéseinek felhasználásával készült, sőt még nem validált kérdéseket is tartalmazott. Sokkal inkább egy közvélemény-kutatás kérdőíve mintsem tudományosan adaptált mérőeszköz volt (Boros 2005). Európai szinten összehasonlítható adatokat eredményező, a felnőtt lakosságot országosan reprezentáló egészségfelmérésre eddig még nem került sor, az első ilyen a 2009-es ELEF volt. Hazai szinten ugyancsak újdonságnak számít a felmérés rendszeressége: az eddigi egészségfelmérések eseti jelleggel születtek, az ELEF azonban 5 évente ismétlődő felmérés (legközelebb 2014-ben kerül végrehajtásra). A kérdőív alapját az Eurostat által tervezett és standardizált kérdések jelentik.

Az Európai lakossági egészségfelmérés előkészítéséhez kétlépcsős rétegzett mintavételt használtak, a teljes minta 7000 fő, 15 éves és idősebb, magánháztartásokban élő személy, az ország 449 településéről. Az adatfelvétel kis mintája nyilván nem alkalmas arra, hogy az adatbázis települési vagy akár térségi szinten populációs becsléseket adjon. A kérdőívet úgy tervezték, hogy személyes interjúkkal, kérdezőbiztos közreműködésével a hagyományos, papíralapú kérdőíves módszert követve történik. Az alapkérdőív mellett az adatszolgáltatók az érzékeny témákban (egészségügyi kiadások, egészségkárosító szokások) önkitöltős formában válaszolnak és ezeket zárt borítékban adják vissza a kérdezőbiztosnak. A kérdőív felölelt témakörei:

- (a) Egészségi állapot önértékelése (krónikus betegségek, balesetek, sérülések, munkával kapcsolatos egészségproblémák, egészségi problémák miatti, korlátozottság, Fizikai és érzékszervi korlátozottságok, fájdalom, pszichológiai problémák, mentális egészség,
- (b) Egészségügyi ellátórendszer igénybevétele (kórházi tartózkodás előfordulása, hossza, gyakorisága, orvossal, fogorvossal, egyéb egészségügyi szakemberrel való találkozások, egészségügyi ellátás igénybevétele, gyógyszerek és gyógyhatású termékek használata, az ellátással való elégedettség értékelése, egészséggel kapcsolatos kiadások,
- (c) Egészségmagatartás (testmagasság, testsúly, testmozgás, táplálkozás, környezeti hatások, dohányzás, alkoholfogyasztás, kábítószer-fogyasztás).

A kutatók számára csak azt követően válnak elérhetővé az adatok, hogy az Eurostat jóváhagyta, validálta azokat. Az adatfelvétel alapján az ECHIM (European Community Health Indicators Monitorig) egészségindikátorai kerülnek meghatározásra.

Az ELEF analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eurostat standard eszköz ▪ Garantált a módszertani innováció ▪ EU harmonizált adatfelvétel ▪ Rendszeresség (a jövőben) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nincs közvetlen validált előzménye Magyarországon ▪ Hagyományos adatfelvételi módszer ▪ Drága ▪ Nincs összevethető adat egyelőre ▪ Elég hosszú, egy órás kérdőív ▪ Nincs publikált szakirodalma ▪ Egészségmagatartás és kezelési szükségletek korlátozott megjelenése ▪ Nincsenek kiegészítő eszközök ▪ Lassú átfutás az eredményeknek
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Európai összehasonlítási lehetőség ▪ Egészségindikátorok számítása (ECHIM részeként) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Szenzitív adatok önbevallása a kérdezési szituációban ▪ Alulbecslés lokális szinten

3. NADS 1989, CADS 1994, CAS 2004, CADUMS 2008 – Kanadai eszközök

A Canadian Addiction Survey (CAS) a Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) saját fejlesztésű kérdőíves kutatása a populációs becslésre és kezelési szükségletek feltárására. Folyamatosan megújuló, módszertanában az amerikai NSDUH adatfelvételhez nagyban hasonló, de kisebb mintán zajló rendszeres, kb. négyévente zajló nemzeti adatfelvétel. Előzménye volt a 1989-es National Alcohol and Drug Survey (NADS) és az 1994-es Canada's Alcohol and Other Drugs Survey (CADS). A kutatás eredményeiről jól dokumentált mikroállományok, módszertani segédletek állnak rendelkezésre, a kérdőívet több körben validálták, használnak benne WHO-tól átvett standard modulokat is, ez utóbbi egyáltalán nem véletlen, a Kanadai Statisztikai Hivatalnak (Statistics Canada) rendkívül jó a kapcsolata az ENSZ szervezetekkel és azok statisztikai részlegeivel, a kanadai survey statisztikusok munkájára erősen támaszkodott a WHO is. Magyarországi vonatkozás, hogy a StatCan elnöke magyar származású szakember, aki a hazai Központi Statisztikai Hivatal munkatársai számára már több alkalommal lehetővé tette a kanadai know-how magyarországi adaptációját (pl. SSDC, EST program).

A CAS kérdőívet, mint mérőeszközt a 15 éves és idősebb népességre optimalizálták tervezték, a kidolgozottabb, legrészletesebb kanadai eszköz az alkohol, kannabisz és más kábítószeres használatáról, azok fizikai, mentális és társadalmi hatásáról.

A CAS 2008-ban már a Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) komplexebb felvétel részeként szerepel, 10000 fős nemzeti vizsgálat, mely alapvetően CATI rendszerben, ún. RDD (random digit dialing) mintával éri el a területileg rétegzett mintát, egyenlő valószínűséget adva minden 15 évnél idősebb lakosnak a mintába való bekerülésre. A CADUMS 2008-tól évente tervezett, rendszeres adatfelvétel.

Az adatfelvétel abból a feltevésből indul ki, hogy bár sok kanadai nem használ kábítószereket vagy legális drogokat de minden kanadai lakos potenciálisan érintett lehet közvetve vagy közvetlenül a társadalmi probléma által (pl. akár alkoholos befolyásoltság alatt okozott közlekedési baleset vétnél áldozataként). Ez a megközelítési mód a kérdőív egészének szerkezetén végig vonul, s egyfajta „mindenki véleménye, tapasztalata számít” jellegű hozzáállás dominál. Ennek megfelelően a kérdőív megfelelő információval látja el az ártalomcsökkentés, a kezelési szükségletek és drogpolitika szakembereit a szolgáltatások és célzott prevenció fejlesztéséhez. Az adatokat elsősorban tartományi és nemzeti szinten használják, ennek oka minta korlátozott mérete. Az adatfelvétel, a többi populációs becslésekre koncentráló adatfelvételhez hasonló szigorúan önkéntes. A háztartást véletlen szám tárcsázással választják ki, a háztartáson belül pedig az ún. „next birthday” módszert alkalmazzák a válaszoló kiválasztására, vagyis az válaszol, akinek a legközelebb van a születésnapja.

A CADUMS analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ Kipróbált, standrad mérőeszköz▪ Elérhető szakirodalom▪ Tágon értelmezi a problémát, széles társadalmi kontextusba ágyazza▪ Kezelési szükségletekre választ ad▪ Magas megbízhatósági szint▪ Jól referált▪ Folyamatosan minősített és validált eszköz▪ Komplexebb monitorig részeként használt eszköz	<ul style="list-style-type: none">▪ Korosztály tágabb, mint a hazai▪ Magyarországon nem tesztelt, nem alkalmazott▪ Nagy mintát igényel, sok erőforrást kell bevonni▪ Nincs elérhető magyar nyelvű információ▪ Csak telefonos adatfelvételre validált

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jó hazai kapcsolatok ▪ Egyszerű mintavételi mód ▪ Viszonylag olcsó 	
Lehetőségek:	Veszélyek, kockázatok:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tengeren túli összehasonlítási lehetőség ▪ Hazai adaptációs lehetősége ▪ Adaptálható a mintakiválasztás módja 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Itthon a háztartások telefon-ellátottsága korlátozottabb ▪ Helyi humánerőforrás korlátozott ▪ Ha helyi erők kérdezik elveszhet az anonimitás

4. ESPAD

Az ESPAD kutatás célja, hogy időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön Európa fiataljainak dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól, mérje a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változásokat, összehasonlítsa az országoként eltérő trendeket. Az első adatfelvételt 1995-ben került sor, 26 európai ország részvételével, 1999-ben 30 ország, 2003-ban és 2007-ben 35 ország és több mint 100 ezer diák vett részt a kutatásban. A kutatás az iskolában tanuló 16 éves fiatalokra terjed ki. Valamennyi ESPAD kutatás a CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs) szervezésében, az Európa Tanács Pompidou Csoportja, valamint az EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) támogatásával készült.

Az ESPAD kérdőív 2007-ben tesztelés után több ponton átalakult, finomodott, több helyi populációs becslésben jelenleg is használják (A kérdőívet lásd a 14. Mellékletben). Az adatfelvétel sajátosságából fakadóan a kutatás általában a 8-10 évfolyamok reprezentatív mintáján zajlik s ebből kerül leválogatásra az adott évben 16. életévüket betöltöttük adata, mint referencia adat. A kérdőív sokszorosan tesztelt, validált az adatfelvétel körülményeire és értékelésére szigorú nemzetközi standardok vonatkoznak.

A kérdőív témakörei felölelik a havi, éves és életprevalencia becslését, a kapcsolódó családi és szociális kontextust, a kirekesztődést, az kábítószerrel kapcsolatos attitűdöket.

Mivel az ESPAD-protokoll előírja, hogy a célpopuláció legalább 90 %-ára terjedjen ki az adatfelvétel, ezért a mintakeretet a hazai adatfelvétel esetében ki kellett terjeszteni a 8. évfolyamra is, ahol a 15 évesek 7,6 %-a tanult 2006-ban. Ez azt jelenti, hogy a 8-9-10. évfolyamokon a 16 éves népesség 95 %-a volt elérhető 2007-ben, az adatfelvétel idején.

Az elméleti célpopuláció (tehát a tanulóknak az a része, akikre az adatfelvétel vonatkozik) a 2006/2007-es tanévben az ország oktatási intézményeiben általános és középiskolákban nappali tagozaton 8., 9 és 10. évfolyamon tanuló diákok összessége. A középiskolai képzés alatt a gimnáziumi, a szakközépiskolai és szakiskolai képzést értve. A mintavételi keretből kizárták a speciális szakiskolai képzésben résztvevőket és a válaszadást ellehetetlenítő fogyatékkal (látássérültek, értelmi sérültek) bíró osztályokat. Azon sérült tanulókat, akik ép osztályközösségben inkluzív oktatásban részesülnek technikai okokból nem zárták ki a mintavételi keretből. A nemzetközi besorolás szerint a mintavételi keret az ISCED 2-3 szintre koncentrált. A kutatás során azon tanulókat, akik 6 osztályos gimnázium második vagy nyolcosztályos gimnázium negyedik évfolyamában tanulnak az alacsony esetszámuk miatt nem tekintettük önálló státuszú osztálykategóriának, hanem a mintavétel során az általános iskolák 8 évfolyamával azonos rétegbe soroltuk. Részben a fenti szűkítések miatt, részben pedig az adatfelvétel idején elméletileg elérhető tanulók számából fakad némi eltérés az elméleti célpopuláció és az elérhető populáció között, azonban ez az eltérés olyan kis mértékű (kb. 1 százalék), hogy a gyakorlati populáció és a célpopuláció azonosnak tekinthető. Az

alapsokaságra és a mintavételi keretre vonatkozó adatforrás a kutatás során KIR-STAT 2006 volt, az adatfelvétel az első három hullámban pótcímekkel, a negyedik hullámban már a nemzetközi standardhoz igazodva csökkenő mintával dolgozott, a mintavételi hiba csökkentése érdekében rétegzett csoportos mintával. A konkrét osztályok kiválasztását az adott rétegen belül a réteg nagyságával arányosan véletlen módon végezték el, ezzel minden osztálynak egyenlő valószínűséget adtak a mintába való kerülésre. A kiválasztott osztályokban aztán mindenkit megkérdeztek, aki a mintavétel idején jelen volt, így a valószínűségi mintavételi elvek sérülése nélkül reprezentatív mintát az ad ESPAD

Az ESPAD analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gvengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kipróbált standard mérőeszköz ▪ Európa Tanács Pompidou Csoportja és az EMCDDA által elfogadott ▪ Kiegészítő eszközök a méréshez ▪ Magas megbízhatósági szint ▪ Pontos definíciók az indikátorok előállításához ▪ Adaptált és validált Magyarországon ▪ Jól referált, nemzeti és nemzetközi szinten is ismert szakmai körökben ▪ Nem csak a kábítószerre, hanem az egyéb drogokra is fókuszál 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ egy-egy korosztályra vonatkozik az eszköz ▪ elég hosszú, az átlagos kitöltési idő 37-42 perc ▪ az adatfelvételi időszak korlátozott (csak iskolaidő, jellemzően nem lehet közvetlenül őszi, nyári, téli, tavaszi szünet, húsvét után) ▪ szigorú a mintavételi előírás (Mo. 2007-ben felelt meg először ennek teljesen)
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Széles összehasonlítási lehetőség idősorosan, országos és nemzetközi referencia adatok ▪ On-line adatfelvétel ▪ A standard kérdések mellett egyedi kérdésekre lehetőség (speciális blokk) ▪ Mikro, mezo és makro szinten egyaránt használható, iskolai ill. osztályszintű elemzések is ▪ Előállíthatók belőle a társadalmi kirekesztettség indikátorai 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ önbevalláson alapuló eszköz ▪ nem megfelelő mintavétel ▪ pedagógusok jelenléte veszélyeztetheti a megbízhatóságot

IV.2. Rejtett populációs becslések módszerei

Közismert tény, hogy „rejtőzködő” társadalmi csoportok (pl. HÍV fertőzöttek, droghasználók, bizonyos – elsősorban stigmatizált szubkulturális közösségek) tudományos vizsgálata különösen nehéz kihívás elé állítja az empirikus társadalomkutatókat. A hagyományos statisztikai módszerekkel nem lehet pontos becsléseket készíteni a rejtőzködő csoportok nagyságáról, populációs paramétereiről és ennek megfelelően valószínűségi mintát történő statisztikailag is védhető kutatási eredmények sem igen születhetnek. Gondot jelent e kutatások tervezésekor, hogy nem ismert a vizsgálandó populáció térbeli és méretbeli határa.

Mivel gyakran nem áll rendelkezésre semmilyen lista vagy nyilvántartás még csak alapadat szinten sem, amely segítségével akár rétegzett akár más többlépcsős valószínűségi mintát lehetne venni azt sem lehet megmondani, ha valamilyen nem más módon veszünk mintát még a minta alapvető populációs illeszkedéséről sem tudunk mit mondani. A valószínűségi minta (ahol lehet alkalmazni a valószínűség-számítás szabályait) hiánya okozza azt is, hogy a kutatások során kapott eredmények becsléséről nem lehet megmondani, hogy azok mennyire megbízhatóak, pontosak.

A rejtőzködő vagy nehezen elérhető csoportok körében készített kutatások mintavételi dilemmájának kezelésére a szakirodalomban eddig többféle eljárás került kidolgozásra, így:

- klasszikus „snowball” módszer (link-tracking, random sampling) (Coleman 1958, Goodman 1961)
- key informant sampling (Deaux and Callaghan 1985)
- time-location sampling (egy helyen, adott időben elérhető célcsoport mintája)
- targeted-sampling (street outreach) (Watters and Biernacki 1989)

A fenti mintavételi technikák közös jellemzője, hogy sikeresen eléri ugyan a célcsoportot, ám nem valószínűségi jellegű mintát eredményeznek, így populációs becslések készítése továbbra sem alkalmasak. A klasszikus lánc-minták rejtett populációs becslésére vonatkozó szakirodalmi tapasztalatok egy hullámban gyűjtik az adatokat (egy láncot alkotva) ám ennek a módszernek a személyi átfedések és a kapcsolódási pontok ismeretének hiánya miatt a kimentén nem áll elő a rejtett populáció határának ismerete (Frank and Snijder 1984).

A rejtett populáció becslésére a szakirodalomból az alábbi, jól dokumentált módszereket érdemes áttekinteni, majd megvizsgálni azok helyi adaptálhatóságának kérdését:

- Fogás-visszafogás módszer (Capture-Recapture: CR)
- Az interjúalanyok által meghatározott mintavétel (Respondent-driven Sampling: RDS)

Fogás-visszafogás módszer (Capture-Recapture, CR)

A módszert eredetileg a biológusok fejlesztették ki a vadállomány alakulásának becslésére, a különböző madár, hal és rovar populációk monitorozására. Jelenleg a társadalomtudományokban a fertőzések és más betegségek előfordulásának becslésére használja elsősorban az epidemiológia. Fontos módszertani szabály, hogy ezek a következtetések jellemzően valamilyen populáció-dinamikai vagy populáció-szerkezeti paraméter becslését jelentik, s ennek megfelelően kell megválasztani az alkalmazott statisztikai módszereket is, vagyis hogy milyen ún. populációs paraméterekre vagyunk kíváncsiak.

A módszer lényege az, hogy a populációból véletlenszerűen kiválasztunk tagokat, majd újabb ezt követően további véletlenszerű mintákat veszünk a populációból és a mintában a már korábban mintába került tagok arányából becsüljük a populációs paramétert, az esetek többségében az esetszámot vagy az esetek valamilyen tulajdonságát követjük nyomon a vizsgálat folyamán. A fogás-visszafogást eredetileg populációk egyedszámának a becslésére

találták ki, az egyedszámbeclés alapelve szerint a populációból vett minta reprezentálja a populációt és így a jelölt egyedek aránya a mintában megegyezik a jelölt egyedek arányával a teljes populációban, amelynek a mérete ily módon becsülhető. Ez azonban koránt sem ilyen egyértelmű, a matematikai statisztika fejlődésével sok kétség és korlátozó feltétel merült fel a becslési eljárás alkalmazhatóságára vonatkozóan.

Két-minta modell (2-sample modell)

A legegyszerűbb CR modell az úgynevezett két-minta modell, a becslés ez esetben a kizárólag az ismeretlen nagyságú népesség számának meghatározására irányul. Az első minta lehetőséget ad arra, hogy „megcímkézzük” azokat, akik bírnak a keresett populációs paraméterrel. A második (az előzőtől független) mintavétel során is mintába került „megcímkézettek” száma alapján becsülhető a populáció nagysága. Ahhoz azonban hogy ezen a módon valid becslést lehessen készíteni, többféle feltételnek is teljesülnie kell:

- (i) A populáció nem változik a vizsgálat során (zárt populáció)
- (ii) Nincs veszteség, lemorzsolódás, aki az első mintavételnél beazonosítható volt, mint az adott jelenség, betegség stb., hordozója, az a második mintavételnél is beazonosítható (pl. nem gyógyult meg időközben senki)
- (iii) Mindegyik minta esetében minden tagnak ugyanakkora esélye van a mintába kerülésre
- (iv) A két minta független egymástól

A fenti paraméterek alapján számolódik az ún. Lincoln-Petersen index, ami a jelenlegi epidemiológiai kutatásokban sajnos épp úgy kevésbé használható⁶, mint a demográfiai becsléseknél ugyanis ezen populációk jellemzően nyíltak, vagyis két mintavételi alkalom között a célcsoport száma változhat (elhagynak egy-egy szert, áttérnek másra, elköltöznek a településről, intézeti kezelésbe kerülnek stb.) Az ilyen adatfelvételeknél éppen ezért van jelentősége az időnek, ha a fent említett folyamatok időléptékéhez képest a mintavételi periódus nagyon rövid, akkor javulhat a becslés pontossága⁷. Az adatelemzési módszereket így két nagy csoportba soroljuk aszerint, hogy a vizsgált populáció nyíltak vagy zártak tekinthető-e. További probléma nagyon megbízhatatlan becslést ad a módszer, ha kevés a második mintában a paraméterrel bíró esetszám, ekkor ugyanis a becsült érintettség a végtelenhez közelít.

K-minta modell (K-sample modell)

A két mintás CR modellezés továbbfejlesztett változata az ún. k-minta modell. Ez esetben nem kettő, hanem annál több független mintából történik a becslés, a többszörös visszafogás olyan többlet információt ad a becslési eljárásban mely alapján korrigálhatók a népesség számára vonatkozó előző becslések. Ugyanakkor a keresett populációs paraméterrel nem rendelkező elemek (pl. közös túhasználók becslésekor a nem használók) különböző mintákba kerülési esélyei nem egyformák, így a heterogenitás problémája még inkább előtérbe kerül (Darroch et al 1993).

⁶ Nemzeti Drog Fókuszpont 2006-os jelentésében a fogás-visszafogás két adatkészletre épülő ún. Lincoln-Petersen módszerrel történt, később Chapman módszert alkalmazva a becslést megismételték és a két becslési eljárás eredménye szinte teljesen azonos volt

⁷ Függetlenül attól, hogy a populáció zárt vagy nyílt, a paraméterek becslése mindig a maximum-likelihood becslésen (MLE) alapul a CR modell esetében

A CR módszer helyi használhatóságára vonatkozóan ettől függetlenül van jó tapasztalat éppen az Egyesült Királyságban működő helyi DAT-ok (Drug Action Team), - melyekhez hasonló a hazai KEF rendszer – számára ajánlja, elsősorban az intravénás szerhasználat kapcsán, ám ezen tanulmányok és becslések a tücsere program adataival dolgoznak, vagyis csak olyan helyi közösségekre validált a módszer, ahol ez elérhető és rendszeresen dokumentált szolgáltatás (Hickman et al 2004). Az ilyen becsléseknél nem lehet eléggé hangsúlyozni az input adatok minőségének és elérhetőségének fontosságát, a helyi tapasztalat inkább csak korlátozott felhasználást tesz lehetővé.

A CR logika alapján Sekar és Deming (1949) nyomán indult el az a fajta CR modellezés, mely a meglévő regiszterek, nyilvántartások felhasználásával próbál populációs becsléseket készíteni. Ennek értelmében általában két vagy több nem teljes listánk van a problémás populáció tagjairól. Az epidemiológiai kutatásokban ezen listákat el lehet készíteni a legkülönbözőbb forrásokból, például a kórházi nyilvántartásokból, orvosi rekordokból alacsonyküszöbű szolgáltatást igénybevevőknél abban az esetben, ha kliensek mind két listán pontosan beazonosíthatók. Természetüknél fogva ezek a listák nem teljesek a feladat ebben az esetben azok becslése, akik egyik listán sincsenek rajta. Problémás sajnos az a feltételezés is, hogy minden egyes tagnak ugyanaz a valószínűsége, hogy egy adott listán szerepeljen általában nem áll (gondoljunk csak arra, hogy egy rendőrségi eljárás után kezelőhelyre került kliens mind a két listán szerepel és nem volt független a második listára való felkerülése). A kettő vagy adatbázis összekapcsolásán alapuló

Magyarországon is alkalmazott módszer az adatbázison alapuló fogás-visszafogás módszere (CR), feltételezve, hogy az összekapcsolt adatbázisok metszete alapján a bekerülési valószínűség kiszámolható és a teljes rejtett populáció mérete becsülhető. A módszernek a bemutatottak szerint több statisztikai előfeltétele van, eredményei igen korlátozottan alkalmazhatók. A szigorú matematikai feltételeket ezek a modellek általában nem állják ki, az adatbázisok egymástól való függetlensége alapvető kritérium lenne, ezért az epidemiológia számára a rejtett populációs becslésekhez csak közvetetten járulhat hozzá, mint módszer.

Az utóbbi évtizedekben a log-lineáris modellezés a CR mintákon kecsegtet némi kiúttal, s kétségtelen hogy vannak is pozitív eredmények ám ezen módszerek adaptálhatósága egy nyitott, a társadalmi folyamatoknak, szomszédsági hatásoknak és különösen a migrációnak kitett helyi közösségben nem egykönnyen alkalmazhatók.

A problémás droghasználók számára vonatkozó komplexebb, többváltozós eljárások esetében is az alapprobléma ugyanúgy fennáll, mennyiben garantálhatók az elérhető listák, minták egymástól való függetlensége?

A tervezés és az elemzés során több lépés betartása szükséges. Először is pontosan meg kell határozni a tanulmányozni kívánt populációt (study population), a földrajzi lefedettséget és az időkeretet. Aztán tisztázni kell a vizsgálat erőforrásait, potenciális adatforrásokat, anyagi és humán forrásokat. Az adatgyűjtés után kezelni kell a hiányzó adatok problematikáját, a hiányzó adatok becslésének figyelembe vételével lehet csak a matematikai modelleket felépíteni a helyi incidencia vagy prevalencia becslésre. A nemzetközi tapasztalat alapján minden CR vizsgálat előtt el kell készíteni egy költség-hatékonyság elemzést pilot study-ként.

Az adatforrások meghatározása alapvető, döntő fontosságú eleme a módszernek, hatással van a vizsgálat eredményességére éppúgy, mint a validitására. Pl. egy bizonyos típusú betegségről vagy érintettségről általában lehetnek különböző forrásokból rendelkezésre álló listák, ám eldönteni, hogy mely alkalmas CR használatára, szem előtt tartani, hogy olyan listákkal kell dolgozni, ahol meg van az esély arra, hogy a becsült populációból bárki a listára kerülhetett (nincsenek kizáró okok). Ezért a kiegészítő adatforrások vagy kölcsönösen kizáró források, amelyeket gyakran használnak a hagyományos kormányzati vagy felügyeleti rendszerek gyakran nem igazán felelnek meg céljainkra, különösen nem lokális szinten.

Természetesen a különböző adatforrásoknak is rendelkeznie kell az azonos földrajzi lefedettség és az időkeretet kritériumával, nem lehet jó CR becslést készíteni, ha az egyik elérhető lista pl. a 2009-es, a másik meg a 2010-es rekordot mutatja vagy ha az egyik regionális szintű, a másik meg térségi.

Az adatforrások optimális száma tekintetében azt gondolhatjuk, hogy minél több, annál jobb, ám ez nem szükségszerű. Egyrészt a túl sok adatbázis megdrágítja az elemzést, másrészt a statisztikai szükségszerűségekből fakadóan a több adatbázisból történő becslés nem feltétlenül lesz pontosabb, mert a becslés pontossága függ az adatbázisok közötti átfedések nagyságától is, s minél több a független adatbázisom annál kisebb lesz a közös metszet. Nincsenek merev szabályok, de az epidemiológiai célú CR modellnél 3-5 független adatforrás használata már sikert hordozhat. Ha csak két elérhető adatbázis vagy lista áll rendelkezésre és így két mintás elemzésre volna mód, a listák közötti kereszthatás, kölcsönös függőség okozhatja majd a problémát, így ez esetben fokozottan oda kell figyelni arra, hogy a két listám valóban egymástól teljesen független legyen.

A CR analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Száz éves múltra nyúlik vissza, nemzetközileg ismert, elfogadott módszer ▪ Rendkívül gazdag a nemzetközi szakirodalom ▪ Magyar nyelvű modell projektek dokumentációja elérhető ▪ Részletesen kidolgozott és leírt statisztikai útmutatók elérhetők ▪ EMCDDA által elfogadott módszer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kevés az elérhető lista ▪ komoly statisztikai felkészültséget igényel ▪ időbeli állandóságot feltételez, rövid idő alatt kell végigvinni ▪ Lokális szinten korlátozott lehet az információkhoz való hozzáférés ▪ Alacsonyküszöb anonim adatbázisai nem integrálhatók ▪ Sem a kezelőhelyek sem a helyi drogpolicy szereplői nem ismerik ▪
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ a területen jelenlévő összes adatgazda bevonható ▪ ha eredeti módszer alapján használják és nem kezelői listák alapján hasznosulhat helyben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nem független adatforrásokon torzított becslések készülnek ▪ túl sokat várnak tőle

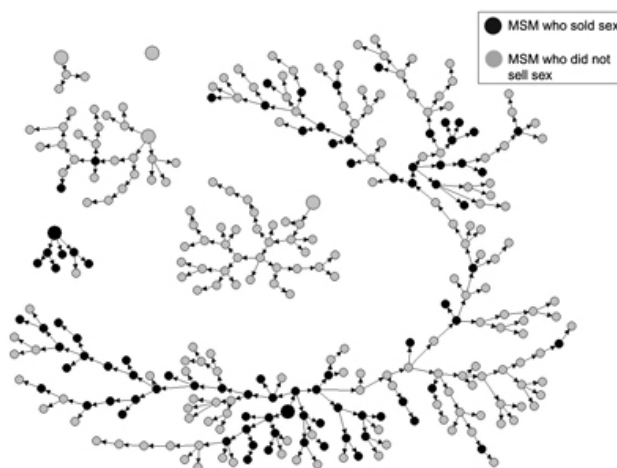
Az interjúalanyok által meghatározott mintavétel (Respondent-driven Sampling, RDS)

A nehezen elérhető, rejtőzködő populáció paramétereinek becslésére szolgáló módszer a Respondent-driven Sampling (RDS), melynek első tudományos próbájára 1997-ben került sor az USA-ban, a National Institute on Drug Abuse „HIV-prevention research project targeting drug injectors in several Connecticut cities” című kutatási projektjében (Heckathorn 1997). Ez volt az RDS (Respondent-driven Sampling) első alkalmazása. A módszert Douglas D. Heckathorn dolgozta ki, melyben a hagyományos hólabda típusú mintavételi technikát a kapcsolatháló elemzéssel kombinálva a nemvalószínűségi mintavételből fakadó problémák kiküszöbölhetők. Ez a mintavételi módszer (RDS) Magyarországon szinte ismeretlen, a világon is csupán néhány tucat kutatási projekt volt ahol eddig alkalmazták. Heckathorn a módszert 2002-ben tökéletesítette és nem stigmatizált rejtőzködő csoportok (jazz zenészek) populációs becslésére is sikerrel alkalmazta (Heckathorn and Jeffri 2003). 2004. decemberében az empirikus társadalomkutatás legrangosabb lapjában (Sociological Methodology, 2004/12) publikálta szerzőtársával Salganik, Matthew J.-vel “Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling” címen.

Szemben a CR modellezéssel az RDS jellemzően a probléma helyi, lokális használtára, kiterjedtségére (pl. problémás szerhasználat, kezelési szükségletek valós nagysága) használható módszer lehetne abban az esetben, ha a helyi szakembereket fel lehet készíteni ennek használatára, ugyanis a módszer logikája viszonylag egyszerű, ám a becslési eljárás már felkészült felhasználókat tételez fel. A helyi szintű, RDS mintán történő populációs becslés eredménye valós, az eddiginél tisztább képet ad egy probléma helyi szervesültségéről, a többségi társadalom által elítélt, esetenként szankcionált magatartás sajátosságairól és elegendő információt nyújt a speciális szociális preventív és integráló programok újrapozicionáláshoz a helyi szolgáltató intézményeknek és probléma iránt érzékeny közösségnek.

Az RDS sajátossága, hogy szemben más mintavételi módszerrel a mintába való bekerülés nem véletlenszerű, hanem megfelelő módon irányított, kézben tartott. A hólabdához hasonlóan itt is a minta egyes tagjai vonják be a kutatásba a másik tagot, ám itt limitált a bevonható új tagok száma és az elemzés során a tagok kapcsolathálója alapján kerül súlyozásra majd becslésre a került populációs paraméter. Az RDS minta lényege tehát, hogy a populációs paraméter nem közvetlenül a mintából becsüljük, hanem a mintán belüli kapcsolati hálóból. A hagyományos hólabda gyakorlatilag kényelmi minta, a résztvevők nem véletlenszerűen kerülnek kiválasztásra és ennek megfelelően a becslés is szükségszerűen torzított lesz. Az RDS mintában – szemben a hagyományos hólabdával - minden egyes mintatag max. 3-4 új tagot toborozhat és a mintatagok érdekeltté vannak téve a toborzásban, sajátos ösztönző – jellemzően anyagi vagy ilyen jellegű – rendszert alkalmaz. Abból indul ki, hogy a mintatagokat legkönnyebben az ismerősök, barátok tudják bevonni a kutatásba, ezzel egyúttal azonban az ember személyes kapcsolati hálója is eltérő. A felvétel során a kapcsolati háló becslésén keresztül történik a populációs paraméter becslése.

9. ábra



Recruitment chains from a RDS study of men who have sex with men in Ciudad del Este, Paraguay. Arrows indicate the direction of recruitment. (Source: <http://www.popcouncil.org/Horizons/ORToolkit/toolkit/rds.htm#Heckathorn>)

Az RDS implementációjának lépései

1. A kutatók meghatározzák a minta kiinduló pontjául szolgáló „mag” személyek körét (seed)
2. A minta magját anyagilag motiválttá tesszük arra, hogy a korecsoportjukból, személyes kapcsolati hálójukból másokat is bevonjanak a kutatásba, és kérdőívet töltsenek ki a maghoz hasonlóan. A mag tagjai meghatározott számú toborzó kuponokat kapnak (recruitment coupon) amit tovább kell adniuk a mintába kiszemelt ismerősöknek. Ha a toborzott minta elem megjelenik és átadja a kupont az őt „delegáló” mag-minta tagot „fejpénz illeti”, (az USA-ban ez jellemzően 5-10 USD)
3. A toborzott alanyok is kapnak újabb toborzó kuponokat, melyet továbbadhatnak további ismerősöknek akik a mintába bevonódhatnak. Ezáltal a hólabda szerű lánc jelentősen kiterjed és hullámról-hullámra bővül. Annak érdekében hogy széles rétegnek legyen lehetősége a mintába kerülni, és további tagokat toborozni, valamint hogy elkerüljük a „hivatásos” toborzók megjelenését, és a „küzdelmet” a toborzottakért mindenki csak három-négy kupont kap. Ha elfogyott a kuponja még egyszer három újabb kupont kaphat abban az esetben, ha a három tagot sikeresen toborozta és válaszolt a kérdőívre.
4. A minta tagok validálása. Elsősorban külsődleges jegyek alapján szűrik azokat a toborzottakat, akik nem tagjai a populációnak, pl. ruházkodás vagy jellemző szubpopulációs magatartási jegyek hiánya alapján.
5. Duplikáció akkor fordulhat elő, ha valakit kétszer is elérnek kuponnal és más személynek kiadva magát akar újabb kuponokért a mintába kerülni. Ezt el kell kerülni, de mivel anonim a kutatás valami más külső azonosító alapján célszerű egy elkülönült adatbázisban rögzíteni, hogy ki is válaszolt már a kérdőívre.

6. A módszer bizonyos jellemzővel bír, amúgy nehezen elérhető minta tagok sikeres toborzását extra” bónusszal jutalmazza, pl. 18 év alatti lányok mintába kerülése.

7. A toborzásnak akkor van vége ha elértük a kívánt minta nagyságát vagy ha telítődött a populáció.

8. A toborzók és toborzottak demográfiai jellemzői alapján karakterizáljuk a mintát és végezzük el a kapcsolathálójuk elemzését.

A kapcsolatok létrejöttét az RDS minta Markov-folyamatként értelmezi (olyan sztochasztikus folyamat, melynél a jövőbeli állapotok feltételes valószínűsége csak a jelenlegi állapottól függ, a folyamat múltbeli történetétől nem, ill. csak közvetve: a múlt a jövőt csak a jelenen keresztül befolyásolja) vagyis a toborzott mintába kerülési esélyét csak őt közvetlenül megelőző, alany mintába kerülési esélyétől függ (első rendű Markov-lánc).

A települési vagy kisebb más lokális közösségeken belüli RDS mintán alapuló rejtett populációs becslések készítésének matematikai-statisztikai támogatására a Cornell Egyetemen készült egy speciális becselő szoftver is, Respondent Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) néven, mely elérhető az egyetem honlapján is.

Az RDS analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ valószínűségi mintát ad ▪ az eddiginél pontosabb becslés a rejtett populációra ▪ könnyen fel lehet készíteni rá a helyi munkatársakat ▪ jó elemző célszoftver (RDSTAT) elemző program ▪ meggyőző módszertani kísérletek, jól kidolgozott eszközök (pl. kupon minták, kapcsolatháló formák stb.) ▪ NIDA által tesztelt módszer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ helyi közösségben használható ▪ nem túl olcsó ▪ kizárólag angol nyelven elérhető eszközök vannak hozzá ▪ nagyon új a módszer, szűk körű az alkalmazási tapasztalat ▪ Regionális szinten már kevésbé működik ▪ Sem a kezelőhelyek sem a helyi drogpolicy szereplői nem ismerik ▪ Csak a módszer standard, a konkrét adatfelvételi eszközt mindig újra kell tervezni
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ a területen jelenlévő helyi erőket megmozgatja ▪ a kezelési szükséglet helyben jól becsülhető 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ amatőr statisztikai felkészültséggel is elemezhető, de ez értelmezési veszélyeket rejt magában ▪ túl amerikai, pl. a toborzás módszere a hazai viszonyok idegen lehet

Multiplikátor Módszerek (Multiplier Methods)

A harmadik módszer a rejtett populációs becslésekre az ún. multiplikátor módszer. Ez is egyfajta aránybecslési módszer melyet, többféle módon valósíthatnak meg a kutatók, ám

mindegyiknek közös jellemzője, hogy a) a kiinduló adatforrásnak (benchmark) tartalmaznia kell azokat a problémás droghasználókat, akiknek van ismert kiegészítő jellemzőjük a listában (pl. túcsere gyakorisága) csakúgy mint a kezelésben lévőket, b) és egy olyan becsült eloszlást is ismerni kell a problémás szerhasználókra, hogy mekkora részük bír, illetve nem bír az adott kiegészítő jellemzővel (pl. túcsereben résztvevők és nem résztvevők). Ennek az aránynak az inverze az ún. multiplikátor, vagy speciális szorzó a módszerben. Pl. ha a viszonyítási alap (kiinduló adatforrás) 100 fő és becslések szerint vizsgált populáció 10 százaléka lehet a kiinduló adatbázisban, akkor a becsült teljes problémás droghasználó népesség 1,000 fő ($100 \cdot 10$). Más szavakkal, ha adott a kérdéses populáció egy valamely méretű mintája (referencia pont) és az ismeretlen populációból a mintába kerülés valószínűsége, akkor a teljes populáció megbecsülhető.

Multiplikátor módszer széles körben alkalmazott becslési eljárás a rejtett populációs prevalenciára az Egyesült Királyságban (Hartnoll et al 1985), az Egyesült Államokban, Kanadában (Archibald et al 2001) és Ausztráliában, különféle multiplikátorok alapján (pl. túladagolások halálozása, speciális drogkezelésbe vontak, letartóztatások, HIV tesztek stb.), de a szakirodalomban fellelhető német becslés is, viszonylag jól dokumentálva (Augustin et Kraus 2004). Ez utóbbi azért érdemel különösebb figyelmet, mert idősorosan becsli a változás mértékét egy sajátos csoport, a problémás ópiáhasználók számának változására vonatkozóan, s jól mutatja a statikus adatbázisokon végzett indirekt becslési módszerek korlátait és alkalmazási lehetőségeit is egyben.

Egyéb indirekt módszerek

A fenti három szélesebb körben elterjedt rejtett populációs vagy problémás szerhasználó populáció becslésére léteznek még kevésbé elterjedt, ám a szakirodalomban pontosan dokumentált, statisztikai modelleken alapuló becslési eljárások. Az egyik ilyen az ún. visszaszámítás módszere (back-projection vagy back-calculation) (Law et al 2001, De Angelis 2003), a másik az úgynevezett esemény-alapú multiplikátor módszer (Simeone et al 1997), de voltak kísérletek többszörös indikátorokon keresztüli indirekt becslésre (Frischer et al 2001) és ismertek a szakirodalomban az ún. csonkolt Poisson-eloszlás alapú rejtett populációs becslések (Hay és Smith 2001).

Ezzel együtt a szakirodalomban található olyan hivatkozás (Hickman et al 2004), mely nem ajánlja a szélesebb körű használatát a multiplikátor módszereknek, különösen lokális szinten történő becslésre, sokkal inkább más módszerekkel történő becslés kiegészítő moduljának.

A Multiplikátor módszerek analízise

<u>Erősségek:</u>	<u>Gyengeségek:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angolszász országokban bevett gyakorlat, elfogadott módszer ▪ Gazdagon dokumentált, sok esettanulmány, modellszámítás ▪ Indirekt becslés, ezáltal olcsó ▪ Részletesen kidolgozott és leírt statisztikai útmutatók vannak ▪ EMCDDA által elfogadott módszer ▪ Kicsi a humán erőforrás igénye 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nagyon függ az adatforrás minőségétől ▪ kevés az elérhető multiplikátor adat ▪ multiplikátor adatok minősége gyakran kérdéses ▪ komoly statisztikai felkészültséget igényel ▪ lokális szinten korlátozott lehet az információkhoz való hozzáférés ▪ sem a kezelőhelyek sem a helyi drogpolicy szereplői nem ismerik ▪
<u>Lehetőségek:</u>	<u>Veszélyek, kockázatok:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Más módszerrel való együttes alkalmazása ▪ Inkább nagyobb területi egységre vonatkozó becslésnél 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minőségileg kérdéses vagy nem ismert minőségű adatforráson való becslés esetében erős torzítás veszélye ▪ A becslés végén kapott relatív értéket a helyi közösség objektív adatként percipálja

Irodalom

- Amstrup, S. C., McDonald, T. L. & Manly, B. F. J. (2005) Handbook of Capture–Recapture Analysis. Princeton University Press, Princeton–Oxford.
- Andersson (1997), Alcohol and Drug Use Among European 17-18 Year Old Students. Data from the ESPAD Project
- Archibald C.P. et al. (2001) Estimating the size of hard-to-reach populations: a novel method using HIV testing data compared to other methods, AIDS, 15 (suppl3): S41-S48
- Augustin, R. & Kraus, L. (2004). Changes in prevalence of problem opiate use in Germany between 1990 and 2000. European Addiction Research, 10, 61-67.
- Bjarnason, Thoroddur (2006): Sampling Procedures in the 2007 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, manuscript
- Boros Júlia (2005), Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003, Egészségmagatartás, Országos Epidemiológiai Központ, kézirat
- Brogan, D.J , M. M. Denniston, J. M. Liff, E. W. Flagg, R. J. Coates, and L. A. Brinton (2001) Comparison of Telephone Sampling and Area Sampling: Response Rates and Within-Household Coverage Am. J. Epidemiol., June 1, 2001; 153(11): 1119 - 1127.
- Coleman, J. S. (1958). Relational analysis: The study of social organization with survey methods. Human Organization, 17:28-36.
- Darroch JN, Fienberg SE, Glonek GFG, et al. A three-sample multiple-recapture approach to census population estimation with heterogeneous catchability. J Am Stat Assoc 1993;88:1137-48.
- De Angelis D, Hickman M, Yang S. Estimating long-term trends in the incidence and prevalence of opiate/injecting drug use (IDU) and the number of ex-users: the use of back-calculation methods and opiate overdose deaths. 2003. In Review.
- Deaux E. and J.W. Callaghan, (1985) Key informant versus self-report estimates of health behavior. Evaluation Rev. 9
- EMCDDA (2002): Handbook for surveys on drug use among the general population, EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002.
- EMCDDA (2009): An overview of the general populations survey (GPS) key indicator <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/gps>
- Frank, O. and Snijders, T. A. B. (1994). Estimating the size of hidden populations using snowball sampling. Journal of Official Statistics, 10(1):53-67.

- Frischer M , Hickman M , Kraus L, Mariani F, Wiessing L. A comparison of different methods for estimating the prevalence of problematic drug misuse in Great Britain. *Addiction* 2001; 96: 1465-76
- Gfroerer, J. (1992, August). An overview of the National Household Survey on Drug Abuse and related methodological research. In *Proceedings of the Section on Survey Research Methods* (pp. 464-469). Alexandria, VA: American Statistical Association.
- Goodman, L. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32(1):148-170.
- Hartnoll R, Lewis R, Mitcheson M & Bryer S. (1985): Estimating the prevalence of opioid dependence. *The Lancet* 1985; i: 203-5.
- Hay G, Smit F. Estimating the number of drug injectors from needle exchange data. *Addiction Research and Theory*. *Addiction* 2001: 96: 1465-76
- Heckathorn, D. 1997. "Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations," *Social Problems* 44(2): 174-199.
- Heckathorn, D. D. (1997). Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, 44(2):174-199.
- Heckathorn, D. D. (2002). Respondent-driven sampling II: Deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Social Problems*, 49(1):11-34.
- Heckathorn, D. D. and Jefri, J. (2003). Social networks of jazz musicians. In *Changing the Beat: A Study of the Worklife of Jazz Musicians, Volume III: Respondent-driven sampling: Survey Results by the Research Center for Arts and Culture, Research Division Report 43*, pages 48-61. National Endowment for the Arts, Washington, DC.
- Heckathorn, D. D., Broadhead, R. S., and Sergeyev, B. (2001). A methodology for reducing respondent duplication and impersonation in samples of hidden populations. *Journal of Drug Issues*, 31(2):543-564.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O. Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus L., (2009): The 2007 ESPAD Report Substance Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) 2009
- Hickman, M. Higgins, V. Hope, V, Bellis A. (2004) Estimating prevalence of problem drug use: multiple methods in Brighton, Liverpool and London, Home Office Research, Development and Statistics Directorate
- Hidiroglou, M. A. és Drew, J.D. és Gray, G.B. (1993): A Framework for measuring and reducing nonresponse in surveys. *Survey Methodology* vol. 19. no. 1. 81-94.
- Holtz, V. H. (1986) Measures of excellence: the search for the gold standard. *Bulletin of the Medical Library Association*. 1986 October; 74(4): 305–314.
- Hunyadi László (2001): A mintavétel alapjai, Budapest, Számalk

- Kalton, Graham. (1983) *Introduction to Survey Sampling*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Kish, Leslie (1965) *Survey Sampling*. New York: John Wiley.
- Kuhn, Thomas (1962): *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press, Chicago, Magyarul: *A tudományos forradalmak szerkezete*. Gondolat, Budapest, 1984
- Law M, Lynskey M, Ross J, Hall W. Back-projection estimates of the number of dependent heroin users in Australia. *Addiction* 2001; 96: 433-443
- Lohr, Sharon L. (1999) *Sampling: Design and Analysis* (Duxbury Press)
- Longford, N.T. (1985). Mixed linear models and an application to school effectiveness. *Computational Statistics Quarterly*, 2, 109-117
- Lundström, S. és Särndal, C.E. (2002): *Estimation in the presence of nonresponse and frame imperfection*. Stockhom. Statistics Sweden.
- Potthoff R.F. (1994) *Telephone Sampling in Epidemiologic Research: To Reap the Benefits, Avoid the Pitfalls* *Am. J. Epidemiol.* 1994; 139: 967-978
- Sekar C and Deming EW. On a method of estimating birth and death rates and extent of registration. *Journal of the American Statistical Association* 1949;44:101-115.
- Simeone R, Rhodes W, Hunt D, Truitt L. A plan for estimating the number of “hardcore” drug users in the United States. Washington: Drug Policy Research Group, Office of National Drug Control Policy, 1997
- Turner, C.F., Lessler, J.T., George, B.J., Hubbard, M.L., & Witt, M.B. (1992b). Effects of mode of administration and wording on data quality. In C.F. Turner, J.T. Lessler, & J.C. Gfroerer (Eds.), *Survey measurement of drug use: Methodological studies* (DHHS Publication No. ADM 92-1929, pp. 221-244). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Wacholder, S. (1995) Design issues in case-control studies. *Statistical Methods in Medical Research*, December 1, 1995; 4(4): 293 - 309.
- Watters, John K. and Patrick Biernacki (1989). Targeted Sampling: Options for the study of hidden populations. *Social Problems* 36 (4), 41-430.
- Wittes J and Sidel VW. A generalization of the simple capture-recapture model with applications to epidemiological research. *J Chronic Dis* 1968;21:287-301.
- Wittes JT, Colton T and Sidel VW. Capture-recapture models for assessing the completeness of case ascertainment using multiple information sources. *J Chronic diseases* 1974;27:25-36.

Populációs szintű szükséglet-meghatározó eszközök

Normál populációs becslések standard mérőeszközei

NSDUH kérdőív (National Survey on Drug Use & Health), USA

ELEF (Európai Lakosság Egészségfelmérés)

NADS 1989, CADS 1994, CAS 2004, CADUMS 2008 – Kanadai eszközök

ESPAD

Rejtett populációs becslések módszerei

Capture-Recapture (CR)

Respondent-driven Sampling (RDS)

Multiplikátor Módszerek (Multiplier Methods)

V. A kielégítetlen szükségletű célcsoportok (lakosság, a nehezen elérhető vulnerábilis csoportok) szükséglet-meghatározása

V.1 Az ellátáson kívül eső célcsoportok profiljának és ellátási szükségletének meghatározására használt mérőeszközök és eljárások

Az alábbiakban olyan, a drogbeteg kezelési, ellátási rendszeren kívül eső, vagy minimális kontaktussal rendelkező csoportok szükséglet-meghatározására használt módszertani mérőeszközök kerülnek bemutatásra, amelyek mind a nemzetközi, mind a hazai kutatásokban használatosak. Bár a hazai ellátórendszer szükséglet-meghatározása még nem történt meg, az utóbbi 10-12 évben történtek olyan kutatások illetve adatgyűjtések, amelyek már megjelenítették a szükséglet-meghatározás egyes aspektusait. Ebből kifolyólag nem csak egyes nemzetközi, hanem ezek hazai, illetve a nemzetközi mérőeszköz tárból adaptált változatai is bemutatásra kerülnek.

További fontos megjegyzés, hogy az itt használt mérőeszközök egy része nem mindig és nem elsősorban szükséglet-meghatározási célból készült, illetve került felhasználásra (ellátásba jutás akadályai, kockázat felmérés), de ezek egyes moduljai a célcsoport látens és megjelenített ellátási szükségletét célozzák meg, illetve azok feltárására is alkalmasak. Továbbá az is hangsúlyozandó, hogy számos itt bemutatott mérőeszköz multifunkcionális: ezek – a szükségletek felmérésén kívül - egyaránt alkalmasak különböző célok és kutatási kérdések megválaszolására, mint amilyen a folyamat- és eredmény-értékelés, monitoring, klinikai szükséglet- és állapotfelmérés.

A bemutatásra kerülő mérőeszközök csoportosíthatók

- a célcsoport jellege szerint: lakossági célcsoportok, nehezen elérhető célcsoportok, magas kockázati magatartásformát tanúsító célcsoportok;
- az információ forrása szerint: a szükséglet-meghatározáshoz kik, mik, milyen célcsoportok szolgáltatják az információt (szakértők, használók, szolgáltatók);
- a szerint, hogy a drogfogyasztás közvetett vagy közvetlen indikátorairól igyekszik képet adni;
- tematika szerint: szükséglet-meghatározás, kockázat felmérés, monitoring, előfordulási és gyakorisági mérések, használói profil meghatározás, az ellátásba jutás akadályainak felmérése;
- a felmérésében használt módszer jellege szerint (kvalitatív, kvantitatív, mindkettő).

A módszertani eszközök bemutatása mindvégig szem előtt tartja ezen öt elemből álló mátrixot.

Közvetett indikátorok: makroszinten gyűjtött statisztikai adatok, nyilvántartások képezik, melyek nem közvetlenül a vizsgált jelenségről adnak információt, de azzal valamilyen elvileg meghatározható kapcsolatban állnak, s ezáltal a vizsgált jelenség becsléséhez (ellátási igény, problémás droghasználat, fertőző megbetegedések, halálesetek, igazságügyi adatok) járulnak hozzá.

Közvetlen indikátorok: valamilyen speciális (különösen veszélyeztetett) csoportban kérdőíves vagy interjú módszerrel végzett önbevalláson alapuló vizsgálatok során gyűjtött adatok (prevalencia értékek, fogyasztási ráták, aktuálisan nem használók, kilépők stb.).

A kezeletlen, illetőleg kielégítetlen szükségletű célcsoportok szükséglet-meghatározására használt, vagy használható mérőeszközök jellemzése az alábbi tényezők mentén történik.

- Milyen típusú a mérőeszköz?
- Milyen kontextusban használták eddig a mérőeszközt?
- Milyen célra dolgozták ki az eszközt és minek a mérésére?
- Alapvetően milyen koncepció határozta meg a kidolgozását, milyen ajánlásokat vettek figyelembe a kérdőív kidolgozásakor (elméletek, kulcsindikátorok)?
- Ki a mérőeszköz célcsoportja? Kinek a részére készült?
- Milyen mintavételi eljárásokat kell figyelembe venni a mérőeszköz alkalmazásakor?
- Hol, hogyan, milyen körülmények között kell a kérdőívet lekérdezni?
- Mennyi ideig tart a kérdőív lekérdezése?
- Mi a kérdőív struktúrája, tematikája?
- Milyen hosszú a kérdőív (oldalszám)?
- Mennyi ideig tart a kérdőívet lekérdezni?
- Milyen kérdések vannak a kérdőívben, mit operacionalizálnak, és azok hogyan csoportosíthatóak?
-

V.1.1. Lakossági / populációs vizsgálatok

Először olyan mérőeszközök kerülnek bemutatásra, amelyek lakossági célcsoportok kezelési- és szükségletfelmérésére használatosak, vagy használhatók, illetve a lakosság drogérintettségét vizsgálják. Ezek a felmérések – általában időszakos jelleggel - elsősorban a lakosság drogérintettségének, egészségi állapotának, egészségmagatartásának mérésére irányulnak egy standardizált mérőeszköz, vagy mérőeszközök felhasználásával. Noha a drogérintettség, vagy az egészségmagatartás vizsgálata önmagában nem tekinthető szükségletfelmérésnek, az ilyen jellegű felmérésekből (drogérintettség, mentális és fizikai egészségi

állapot) származó közvetlen indikátorok és a kezelési adatok összehasonlításával információt kaphatunk a lakosság, vagy más regionális, helyi populációk relatív kezelési igényére vonatkozólag. A lakossági célcsoport alatt jelen esetben olyan célcsoportokat értünk, akik a populációs vizsgálatok számára elméletileg könnyen, vagy könnyebben elérhetők: személyes adatuk szerepel valamilyen nyilvántartásban vagy registerben, és ebből kifolyólag alkalmasak nagymintás kutatásokban való részvételre, illetve nem tekinthetők vulnerábilis csoportoknak.

Az EMCDDA drogérintettség kulcsindikátorai

Az Európai Unió Kábítószer és Kábítószerfüggőség Megfigyelő Központja (a továbbiakban EMCDDA) módszertani útmutatója (EMCDDA, 2002) az Európai Unión belüli középiskolás- és felnőtt, nagypopulációs drogérintettség felmérések egyik legmeghatározóbb és legjelentősebb kézikönyve, módszertani útmutatója. A dokumentum egy olyan több éves tudományos tevékenység eredménye, amelynek elsődleges célja az volt, hogy kidolgozzon olyan alapindikátorokat, amelyek segítségével megbízhatóan mérhető a lakosság drogérintettsége. Ezen indikátorok segítségével egyrészt javul az adatok Európai Unió tagországokon belüli összehasonlításának lehetősége, másrészt az ebből származó eredmények megbízhatóbb információval szolgálnak a drogérintettség megértésében, illetve drogpolitikák kialakításában és evaluációjában. Jóllehet a módszertani útmutató és a projekt során tesztelt kulcs indikátorok nem elsősorban szükségleti igények feltárására készültek, az indikátorok felhasználásából származó adatok – az előbb említett drog policy tervezés és értékelés mellett – alkalmas a lakosság kezelési, ellátási szükségletének bizonyos mértékű feltérképezésére akár országos, akár regionális vagy helyi szinten.

A tudományos bizottság minden egyes illegális szerre vonatkozólag meghatározta azokat a kulcsindikátorokat, amelyek a drogérintettség mérésre ajánlottak. Ezek a következők:

1. Ismer-e másokat, akik szintén ezt a szert használják
2. Életprevalencia érték
3. Első használat életkora
4. Elmúlt 12 hónapra vonatkozó prevalencia
5. Elmúlt 30 napra vonatkozó prevalencia
6. Az elmúlt 30 napon belüli napok száma, amikor fogyasztott

A szerzők általánosságban a populációs vizsgálatokban használt kérdőívek lekérdezésének módszereit is megemlítik, mint amilyen

- a postai úton történő lekérdezés,

- a face-to-face (személyes lekérdezés) interjúk, melyek magában foglalják az 1990-es évek óta alkalmazott CAPI (a kérdező a válaszokat azonnal egy notebook-ba kódolja), illetve CASI módszereket (maga a válaszadó egy számítógépbe vagy notebook-ba adja meg az adatokat),
- a telefonos kutatások,
- valamint ezek keverékei.

A kézikönyv nem tartalmaz egyértelmű állásfoglalást egyetlen módszer mellett sem, ugyanakkor a 'best-fit' filozófiáját szem előtt tartva a helyzetnek leginkább megfelelő módszer, vagy azok együttes használatát javasolja. A módszer megválasztása többek között nagyban függhet a kérdezni kívánt lakosság földrajzi elhelyezkedésétől, telefon- és internet ellátottságától.

ADE: a felnőtt lakosság drogérintettsége

Magyarországon a felnőtt lakosság drogérintettségének vizsgálata az Országos Lakossági Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat (innen ADE) keretein belül zajlik. A 19-65 éves korosztályban az első, országos reprezentatív mintán végzett, és nemzetközileg összehasonlítható adatfelvétel 2001-ben készült, és ezt követően 2003-ban és 2007-ben történt további adatfelvétel. A kérdőív egyrészt az EMCDDA felnőtt populációs vizsgálatok vonatkozásában megfogalmazott módszertani, valamint a tiltott szerekre vonatkozó indikátor ajánlásaira épül (lásd fenti rész). Ez kiegészül a GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: An International Study) program alkoholra vonatkozó kérdéseivel, a WHO egészség vizsgálatának szempontrendszerével, és az IRGGA „Gender Culture, and Alcohol: A Multi-National Study” című programjának törzskérdéseivel, illetve a hazai sajátosságok, kutatási hagyományokkal (Elekes-Paksi, 2001; Elekes-Paksi, 2003; Paksi, 2003; Paksi, 2007).

A kutatás során személyes megkereséssel zajló, kevert - azaz a face to face kérdezési módszert önkitöltős elemekkel kombináló - kérdezési technikát alkalmaztak a kutatók:

1. A szocio-demográfiai, illetve egyéb társadalmi háttérváltozókra vonatkozó kérdések ("A" kérdőív) felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, "face to face" módszerrel történt.
2. A drog-, illetve alkoholfogyasztással kapcsolatos ("B" kérdőív), birtok felvétele pedig a kérdezőbiztos jelenlétében, önkitöltős módszerrel történt. Az önkitöltős kérdéseket tartalmazó adatfelvételi birtok válaszait a kérdezők sem ismerhették meg, azokat lezárt borítékban adták vissza a megkérdezett személyek a kérdés során mindvégig jelen lévő, így a kérdezési körülmények standardítását (pl. a kérdezett nem családtagjaival együtt tölti ki a kérdőívet) biztosító kérdezőbiztosnak.

A kombinált kérdezési technika alkalmazásán túl az alábbi eszközöket használták a kérdezettek bizalmának, válaszadási hajlandóságának, illetve a válaszok megbízhatóságának növelése céljából. A mintába került személyeket a kérdezés megkezdése előtt írásban kiértéskítették, illetve felkérték a kutatásban való közreműködésre. Mind a kiértéskítő levélben, mind a kérdőíven hangsúlyozták a kutatást végző intézet - a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Viselkedéskutató Központjának - nevét.

A kérdőív célja tehát elsősorban a felnőtt lakosság alkohol-és drogérzékenysége, valamint a legális és illegális szerek iránt tanúsított attitűd- vizsgálata, amelyből kinyerhetők a felnőtt lakosság kezelési szükségletére vonatkozó adatok is (a fogyasztás gyakorisága, fogyasztott szerek típusa, drogkarrier hossza, szerhasználatból fakadó problémák). A kutatás során személyes megkereséssel zajló, kevert - azaz a face to face kérdezési módszert önkitöltős elemekkel kombináló - kérdezési technikát alkalmaztak a kutatók:

1. A szocio-demográfiai, illetve egyéb társadalmi háttérváltozókra vonatkozó kérdések ("A" kérdőív) felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, "face to face" módszerrel történt.

2. A drog-, illetve alkoholfogyasztással kapcsolatos ("B" kérdőív), baltéria felvétele pedig a kérdezőbiztos jelenlétében, önkitöltős módszerrel történt. Az önkitöltős kérdéseket tartalmazó adatfelvételi baltéria válaszait a kérdezők sem ismerhették meg, azokat lezárt borítékban adták vissza a megkérdezett személyek a kérdezés során mindvégig jelen lévő, így a kérdezési körülmények standardítását (pl. a kérdezett nem családtagjaival együtt tölti ki a kérdőívet) biztosító kérdezőbiztosnak.

A kombinált kérdezési technika alkalmazásán túl az alábbi eszközöket használták a kérdezettek bizalmának, válaszadási hajlandóságának, illetve a válaszok megbízhatóságának növelése céljából. A mintába került személyeket a kérdezés megkezdése előtt írásban kiértéskítették, illetve felkérték a kutatásban való közreműködésre. Mind a kiértéskítő levélben, mind a kérdőíven hangsúlyozták a kutatást végző intézet - a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Viselkedéskutató Központjának - nevét.

A megkérdezettek kiválasztása többlépcsős rétegzett mintavétel segítségével történik. A kérdőív lekérdezése 60-70 perc. A kérdőívben összes 42 kérdés szerepel az alkoholra és az illegális szerekre vonatkozóan. Az illegális szerekre vonatkozó modul az alábbi kérdésekre, kérdéscsoportokra oszthatók fel:

1. illegális szereket fogyasztó ismerősök
2. valaha történt illegális szerfogyasztások száma, szerenként

3. elmúlt 12 hónapban történt illegális szerfogyasztások száma, szerenként
4. elmúlt 30 napban történt illegális szerfogyasztások száma, szerenként
5. először használt illegális szer, hozzájutás módja, első használat életkora
6. szerhasználókkal, a szerhasználattal kapcsolatos attitűd
7. szerhasználatból fakadó problémák
8. emberek tulajdonságaira és életfelfogására vonatkozó attitűdök
9. önbecsülésre vonatkozó kérdések

Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról

A Budapesti Corvinus Egyetem 2007-ben végzett kutatást avval a céllal végzett kutatást Magyarországon, hogy felmérje és feltérképezze a 18-64 év közötti felnőtt lakosság különböző jellegű addiktológiai problémáit, amely a legális és illegális szerfogyasztáson kívül kiterjedt olyan addikciók és addiktív viselkedések vizsgálatára is, mint amilyen a szerencsejáték, az Internet-függőség, evési zavarok, testedzési addikciók, kényszeres vásárlás és a munkamánia (Paksi és mtsai, 2009). A kérdőív kidolgozását a következő alapvető célváltozók figyelembe vételével végezték:

, IRGDE

- Drogfogyasztás: EMCDDA, WHO, ADE 2001, ADE 2003
- Kóros játékszenvedély: SOGS - South Oaks Gambling Screen (Lesieur, H.R.; Blume, S.B, 1987)
- Evési zavar: SCOFF (Morgan, J.F., Reid, F., Lacey, J.H., 1999)
- Problémás Internet használat: PIUQ - Problematic Internet Use Questionnaire (Young, 1998; Demetrovics és mtsai, 2004)
- Testedzés addikció: EAI - Exercise Addiction Inventory (Terry és mtsai, 2004)
- Kényszeres vásárlás: Measuring Compulsive Buying Behavior (Edwards, Elizabeth A., 1993)
- Munkafüggőség: WART - Work-Addiction Risk Test (Robinson, B.E., 1989)

HÁTTÉRVÁLTOZÓK: a célváltozók társadalmi mintázódásának feltárása, nyomon követése mellett kitér az addiktológiai problémák személyiségdimenziók mentén

mutatkozó dinamikájának és etológiájának vizsgálatára is (SCL-90, TCI, BIS-11).

A kérdőív célcsoportja a magyarországi felnőtt, 18 és 64 év közötti korosztály volt. Az adatfelvételt 2007 tavaszán végezték. A nettó minta 2710 fő volt. A mintavétel régió, településméret és életkor szerint rétegzett mintavétel volt. A kérdezés egyrészt egy személyes lekérdezésből (A kérdőív), másrészt egy önkitöltős kérdőívből állt (B kérdőív).

Az 'A' jelű, 24 oldalas, összesen 55 kérdést tartalmazó kérdőív, melyet személyesen kérdeztek le, a következő tematikai egységekből tevődik össze:

1. Demográfiai és szociodemográfiai adatok
2. Munka, munkahelyek, munkahelyi involváció
3. Családi körülmények, családi állapot, lakóhely
4. Társas kapcsolatok, szabadidő felhasználás
5. Dohányzás, Tolerancia-skála

A 'B' jelű, 16 oldalas, 57 kérdést tartalmazó önkitöltős kérdőív, amelyet a kérdezett a kérdező jelenlétében töltött ki. A kitöltést követően a kérdőív egy lezárt borítékba került. A kérdőíveket alapvetően az EMCDDA, a WHO, valamint a 2001-ben és a 2003-ban a felnőtt lakosság körében végzett drogérintettségi vizsgálatban (Elekes-Paksi, 2001; Elekes-Paksi, 2003; Paksi, 2003; Paksi, 2007) használt mérőeszközök alapján állították össze. A kérdőív struktúrája a következő:

Alkoholfogyasztás

Drogfogyasztás (beleértve az altatókat, nyugtatókat is)

Első kipróbálás életkora (minden szerre)

Szerfogyasztással, szerfogyasztókkal szembeni attitűdök

Szexuális magatartás

Önbecsülésre, étellel való elégedettségre vonatkozó kérdések

A drogfogyasztási modul alapvetően az ADE kérdőívben használt kérdéseket tartalmazta.

1. illegális szereket fogyasztó ismerősök
2. valaha történt illegális szerfogyasztások száma, szerenként

3. elmúlt 12 hónapban történt illegális szerfogyasztások száma, szerenként
4. elmúlt 30 napban történt illegális szerfogyasztások száma, szerenként
5. először használt illegális szer, első használat életkora
6. szerhasználókkal, a szerhasználattal kapcsolatos attitűdök

Lakossági Attitűdfelmérés

A Lakossági Attitűdfelmérés a dohányzásról, az alkohol- és kábítószer-fogyasztásról az Országos Epidemiológiai Központ által (OEK, 2005) 2005-ben végzett próbakutatás volt. A projekt célja egy olyan kérdőív kidolgozása volt, amely segítségével, a hazai lakossági egészségmagatartási (OLEF) kutatásokhoz hasonlóan, meghatározott időközönként populációs adatokat lehessen nyerni nem csak a felnőtt lakosság legális és illegális fogyasztási prevalencia értékeire, hanem a szerek ismeretére, azok vélt hatásaira, következményeire, valamint a szerfogyasztás és a szerfogyasztók iránt érzett attitűdökre vonatkozóan. A kérdőív illegális szerfogyasztásra vonatkozó része részben az Országos Lakossági Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat elemeire, valamint más, a próbakutatás szakmai irányelveire épült.

A felmérésben használt mérőeszköz két részből állt: egy 37 oldalas 87 kérdést tartalmazó, kérdező által felvett struktúrált kérdőívből, valamint egy 5 oldalas, 7 kérdést tartalmazó önkitöltős kérdőívből. Az előbbi lekérdezése 1,5 órát vett igénybe, míg az önkitöltős kérdőív 10 percet. A kérdezés személyese zajlott, melyet egy kérdezői beoktatás előzött meg egy kétnapos tréning keretében. A próbakutatást Pécs és környékén végezték, a megkérdezettek kiválasztása többlépcsős rétegzett mintavétel segítségével történt. A mintába 1000 18 év feletti célszemély került.

A kérdezők által kérdezett kérdőív alapvetően négy nagyobb modulból épül fel:

1. Demográfiai modul
2. Alkohol modul
3. Kábítószer modul
4. Dohányzás modul

A kábítószer modul struktúrája, kérdéscsoportjai a következőképpen oszthatók fel:

- Illegális szerekre vonatkozó ismeretek, azok forrása
- Illegális szerek vélt veszélyei, fogyasztásuk vélt következményei
- Prevenciával, ártalomcsökkentéssel kapcsolatos ismeretek
- Az illegális szerfogyasztásra adott egyéb más válaszokkal kapcsolatos vélemények és attitűdök
- A szerfogyasztókkal szembeni attitűdök

Az önkitöltős kérdőív az alábbi kérdéseket tartalmazta

- Valaha történt illegális szerfogyasztások száma, szerenként
- Elmúlt 12 hónapban történt illegális szerfogyasztások száma, szerenként
- Illegális szerekhez történő hozzáférés nehézségének megítélése
- Rokonok, ismerősök szerfogyasztása
- Bogart skála illegális szerhasználóra

MNSASU: kezelési szükséglet felmérése Minnesota államban

Számos, kifejezetten a lakosság kezelési szükségletének felmérésére irányuló populációs vizsgálat létezik a tengerentúlon. Ezek közül most egy kerül bemutatásra, amelyet 2004-2005-ben végeztek az Egyesült Államokban, Minnesota államban (McAlpine és mtsai, 2006).

A kutatás a Minnesotai Humán Szolgáltatói Osztály (Minnesota Department of Human Services) megrendelésére készült avval a céllal, hogy becslést adjon Minnesota állam felnőtt lakosságának alkohol és illegális szerfogyasztásának mintázatáról, jellemzőiről, függőségének mértékéről, és arról, hogy feltehetően hány fő rendelkezik kezelési szükséglettel. Szintén cél volt a komorbid szerhasználat, valamint a mentális diszfunkciók felmérése is. Ezen belül nem csak a teljes lakosság kezelési szükségletét vizsgálták, hanem bontásokat végeztek arra vonatkozólag, hogy megnézzék milyen különbségek azonosíthatóak be a különböző régiókon, etnikumokon, nemeken, korcsoportokon, valamint az USA-ban és az USA-n kívül születettek között. Kezelési szükséglet alatt azt értették, ha valaki egyértelműen diagnosztizálható problémával rendelkezett, és a kérdezést megelőző 12 hónapban kapott valamilyen ellátást erre vonatkozólag. A kielégítetlen szükségletűeknek azokat definiálták, akiknek jól diagnosztizálható szükségleteik voltak, és nem kaptak kezelést.

A felmérésben összesen 16 891, 18 évesnél idősebb, állandó Minnesota állambeli lakhellyel rendelkező felnőtt vett részt. Az adatok felvételét a Számítógép Támogatású Telefon Interjúk

módszer (CATI: Computer Assisted Telephone Interviewing) segítségével végezték, ami egyben biztosította a telefonnal rendelkező háztartások random módon történő kiválasztását. Egy háztartásból csak egy személy került lekérdezésre. A telefonos interjúk hossza 20 és 30 perc között mozgott.

A kutatásban használt kérdőív alapjául a 2002-ben, az Állami Kezelési Szükséglet Felmérési Program (STNAP) keretében kidolgozott kutatási protokoll szolgált, amelyben prioritásként szerepelt a különböző szerek fogyasztásának prevalencia mérése, a szerfüggőség, valamint a kezelési igény megállapítása. A kutatás megrendelőjének kérésére a kérdőívbe bekerült a mentális egészség és állapot felméréséhez szükséges további indikátorok (DSM-IV, PHQ-2, SMI), valamint a test tömeg index is (BMI) (WHO, 2000).

A legutóbbi felmérésben használt kérdőív 40 oldalas, összesen 138 kérdést tartalmaz. A kérdőív az alábbi nagyobb tematikus egységekre oszlik.

1. Demográfiai adatok
2. Dohányzás
3. Alkoholfogyasztás
4. Illegális szerfogyasztás
5. Nem gyógyászati céllal fogyasztott altatók, nyugtatók
6. Szerhasználati rendellenesség, függőség
7. Mentális Egészségi Állapot
8. Testsúly Index

A kérdőívhez opcionálisan hozzáadható modulok:

1. Kriminálitás
2. Szociális környezet (csak 18 éven felülieknek)
3. Kockázati és protektív tényezők (csak 12-17 év közöttieknek)

A fenti tematikus egységek az alábbi kérdéseket, kérdéscsoportokat tartalmazzák:

1. Demográfiai adatok

- kor
- nem

- etnikum, származás
- születési hely (USA vagy nem USA)
- lakhely: a Minnesota államon belüli régió
- iskolázottság
- foglalkozási helyzet
- háztartás jövedelme

2. Dohányzás

- legalább 100 cigarettát szívott életében
- minden nap dohányzik
- elmúlt 30 napi prevalencia
- fogyasztás módja

3. Alkoholfogyasztás

- életprevalencia
- elmúlt évre vonatkozó prevalencia
- elmúlt 30 napi prevalencia
- fogyasztás módja
- nagyivászat (együttőben 4, illetve 5-nél több ital elfogyasztása) az elmúlt évben
- nagyivászat az elmúlt hónapban
- súlyos fogyasztás (az elmúlt 30 nap folyamán legalább ötször fogyasztott együttőben 4, illetve 5 italnál többet) az elmúlt hónapban

4. Illegális szerfogyasztás

- életprevalencia
- elmúlt évre vonatkozó prevalencia
- fogyasztás módja
- szerfogyasztásból fakadó rendellenesség (szubjektív kockázati percepció)

5. Nem gyógyászati céllal fogyasztott altatók, nyugtatók

- életprevalencia

- elmúlt évre vonatkozó prevalencia
- fogyasztás módja
- szerfogyasztásból fakadó rendellenesség (szubjektív percepció)

6. Szerhasználati rendellenességek, függőség

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. kiadás (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000) drogra és alkoholra
- Alkohol vagy droghasználatból fakadó észlelt problémák

7. Speciális kezelési múlt

- az elmúlt év folyamán mikor, hol, milyen jellegűt kapott
- mely szer használatából kifolyólag
- mennyi ideig tartott
- milyen eredménnyel zárult

8. Mentális Egészségi Állapot

- Patient Health Questionnaire (PHQ-2) két változós depressziós skála (Kroenke és Spitznagel, 2002) drogra és alkoholra
- A 6 változóból álló Súlyos Mentális Betegség Skála: Serious Mental Illness, (SMI) (Kessler és Spitznagel, 2002) drogra és alkoholra

9. Testsúly Index Testsúly Index (BMI) (WHO, 2000)

Barnsley kérdőív

Az Egyesült Királyságban a helyi KEF-ek kiemelkedő szerepet játszanak a közösségi ellátásban: egyik fontos missziójuk és kötelességük, hogy a helyi közösségekben biztosítsák a különböző kezelési szolgáltatásokat az arra rászorulóknak részére. A Barnsley-ben található helyi KEF (Barnsley Drug and Alcohol Action Team) egy helyi szükséglet felmérési projekt keretében kidolgozott egy olyan kérdőívet, amely elsősorban azok szükségletfelmérésre irányul, akiket valamely családtag, barát vagy ismerős drog vagy alkohol problémája jelentős mértékben érint. A kérdőív célja tehát annak feltérképezése volt, hogy mindazok, akiket

valamilyen szinten érint egy családtag, barát vagy ismerős droghasználata, milyen mértékben ismerik a helyi szolgáltatásokat, illetve milyen az azokhoz való viszonyulásuk. Az alábbi rövid részben ez a mérőeszköz kerül bemutatásra, amelynek különlegességet az kölcsönöz, hogy közvetlen célcsoportja nem maga az esetlegesen kezelésre szoruló drogfüggő (Barnsley Beacon Carer Support Service, 2009).

A mérőeszköz egy négy oldalas önkitöltős kérdőív, amit a helyi gondozói szolgáltatói szervezet (Carer Support Service) postán küldött ki a helyi lakosoknak. A magas válaszadási és visszaküldési arány elérését egy tombolahúzáson való részvétellel próbálták elősegíteni. A rendezvényen azok vehettek részt, akik kitöltötték és visszaküldték a kérdőívet. A kérdőív 4 oldalon 14 kérdést tartalmaz, vegyesen két- és több válaszlehetőséget kínáló kérdéseket, valamint kiegészítendő kérdéseket. A kérdőív kitöltésének időtartamára vonatkozó információk nincsenek. A becsült kitöltési idő 10-15 perc. A kérdőív struktúrája a következő:

Háttér adatok

- Milyen problémával szenvedő ismerőse, családtagja a kérdezett
- Lakhely
- Kor
- Nem

Helyi szolgáltatások ismertsége, azok kihasználtsága

- A megkérdezett ismeri-e a helyi szolgáltatásokat
- Miért nem használja azokat
- Kihez fordul tanácsért, segítségért

Szolgáltatási igény

- Milyen jellegű szolgáltatásokról szeretne több információt
- Hogyan szeretne több információhoz jutni

Kezelésben való részvételi igény

- Az ismerős, családtag kezelésében való részvételi hajlandóság és annak módja
- Korábban volt-e ilyen jellegű igénye

Drug Abuse Screening Test (DAST – 20)

A Drogfogyasztási Probléma Kérdőív (Drug Abuse Screening Test, DAST – 20) egy könnyen és gyorsan kitölthető kérdőív, amely alapvetően avval a célzattal készült, hogy gyors de pontos információt lehessen nyerni a lakosság drogproblémájával kapcsolatban (screening), valamint hogy használatának segítségével a drogfogyasztáshoz kapcsolódó problémák könnyen és gyorsan diagnosztizálhatóak legyenek klinikai környezetben. Szintén cél volt egy megbízható, rövid mérőeszköz létrehozása a kezelés eredményességének vizsgálatához. A kérdőív tehát rövide és praktikussága miatt ugyanúgy használható kezelési szükséglet felmérésére is, jóllehet alkalmazására – az áttekintett szakirodalom alapján – eddig inkább klinikai környezetben került sor.

A 20 itemet tartalmazó egyoldalas kérdőív a DAST-10 kérdőív egy továbbfejlesztet változata (Skinner, 1982; Skinner, 2001). A kérdőív kitöltése 5 percet vesz igénybe. A kitöltést követően, az ASI-hoz hasonlóan, a kérdőívre adott válaszok alapján a klinikai személyzet egy súlyossági indexet állapít meg a megkérdezett drogproblémájára vonatkozóan. A kérdőív 20 kérdést tartalmaz felnőttek, és 20-at serdülők részére. Minden egyes állításra 'igen'-nel vagy 'nem'-mel lehet válaszolni. A kérdések az elmúlt 12 hónap droghasználatára (bármilyen drog) vonatkoznak az alábbi témakörökben:

1. Elmúlt 12 hónap droghasználat (altatók és nyugtatók kivételével, felírt gyógyszerek, több szerv fogyasztása egyidejűleg): volt-e vagy nem
2. Sívárgás, addikció (meg tudta-e állni, hogy ne fogyasszon, sívárgott-e utána, zavarja-e a droghasználat)
3. Szerhasználatból fakadó problémák (család, barátok, munkahely, iskola, illegális cselekedetek, agresszió)
4. Segítség, kezelés (tapasztalt egészségügyi probléma, kért-e segítséget, volt-e kezelésben)

V.1.2. Gyermek és serdülők szükségletfelmérésére irányuló vizsgálatok

Ebben az alfejezetben olyan mérőeszközök kerülnek rövid bemutatásra, amelyek az iskoláskorú gyermekek és középiskolás fiatalok drogérzékenységét, valamint egészségmagatartását hivatottak mérni. Ezekről a Magyarországon is rendszeresen alkalmazott mérőeszközökről is elmondható, hogy alapvetően nem szükségletfelmérési célzattal készültek, de pontos képet nyújtanak a gyermekek fogyasztási és a későbbi egészségi állapotukat meghatározó magatartás mintázatairól.

HBSC: az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása és drogfogyasztása

Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (a továbbiakban HBSC) elnevezésű kutatási program 1982-be jött létre avval a céllal, hogy közelebbről megismerhetővé váljon az iskoláskorú gyermekek egészségi állapota, a későbbi egészségi állapotukat meghatározó egészségmagatartása, valamint az ezeket meghatározó társadalmi kontextus. Magyarország 1985 óta vesz részt ezekben a kutatásokban. A legutolsó vizsgálat 2005 / 2006-ban történt 43 ország részvételével (Németh, 2007). A vizsgálat célcsoportja az 5., 7., 9., és 11. évfolyamokat látogató iskoláskorú gyermekek.

A kérdőív kidolgozása alapvetően a kutatásban részt vevő országok kutatói által történik, de minden négyévente történő adatfelvételkor bizonyos kérdéseket minden egyes országnak kötelező jelleggel le kell kérdeznie, és vannak azonos témákban kidolgozott, választható, bővített csomagok, amelyek segítségével egy-egy téma bővebben vizsgálható. Ezen kívül minden egyes országnak joga, hogy külön kérdéseket is beletegyen a kérdőívbe. A kérdőív kidolgozásakor a WHO vonatkozó ajánlásai rendre meghatározták a kérdőív célját, tartalmi elemeit (Davey-Smith és mtsai, 1990; Power és mtsai, 1998). A kérdőív lekérdezése osztályokban történik, szigorúan anonim módon. A tanulók csak szülői beleegyezéssel vehetnek részt a vizsgálatban. A kutatásban használt mintavételi módszer a többlépcsős, rétegzett mintavétel (megye, település, iskolatípus), majd a kutatásban részt vevő osztályok kiválasztása random módon történik (Aszmann, 2003). A kérdőív moduljainak magyarországi validitás vizsgálatáról bővebben lásd Gádoros (1996, Rózsa és mtsai, (1999), Andersen és mtsai (2008).

A kérdőív alapvetően a következő négy nagyobb tematikus egységre bontható:

1. Háttérinformációk
2. Egyéni és társadalmi források (resources)
3. Egészségmagatartás
4. Egészség és egészség indexek, mutatók

A tematikus egységek további kérdéskörökre bonthatóak, amelyek a következők

- Táplálkozás, diéta, testkép
- Fizikai aktivitás
- Fizikailag passzív szabadidő eltöltés
- Rizikómagatartás: dohány, alkohol, drog
- Szexuális magatartás
- Erőszak és balesetek
- Család: kapcsolatok, nevelési stílus
- Kortársak, szabadidő
- Egészség: egészség értékelése, élettel való elégedettség, panaszok, depresszióra hajlamos tünetek

- Iskolai környezet
- Szociális egyenlőtlenségek

A kérdőívben a 2002-es évtől az illegális szerek használati szokásokat feltérni hivatott blokk kérdései (a használat gyakoriságára, illetve fogyasztási prevalenciájára vonatkozó kérdések) a középiskolások drogérzékenységet vizsgáló ESPAD kérdéseivel azonosak, amely lehetővé teszi az összehasonlítást az ESPAD vizsgálatok vonatkozó adataival. Illegális szerekkel kapcsolatos kérdéseket csak a 9. és a 11.-es évfolyamoktól kérdezzük. A 2006-os középiskolások kérdőív 24 oldal volt és 101 kérdést tartalmazott. A legális és illegális szerekre vonatkozó modul 9 kérdést tartalmazott, ebből a következő 5 kérdés vonatkozott illegális szerekre:

- Valaha történt marihuana, hasis fogyasztások száma
- Elmúlt 12 hónapban történt marihuana, hasis fogyasztások száma
- Elmúlt 30 napban történt marihuana, hasis fogyasztások száma
- Valaha történt illegális szerfogyasztások száma, szerenként (kivéve marihuana, hasis)
- Első marihuana, hasis fogyasztás életkora
- Első más, illegális szerfogyasztás életkora
- Marihuanát, hasist fogyasztó barátok száma

ESPAD: a középiskolások gyermekek drogérzékenysége

A középiskolások gyermekek drogérzékenysége, drogfogyasztási szokásainak mérése az ESPAD kérdőív segítségével történik. Magyarország 1995-ben bekapcsolódott az European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (a továbbiakban ESPAD) kutatássorozathoz, és eddig valamennyi ESPAD kutatásban részt vett (1995, 1999, 2003, 2007). Mindezen túl az ESPAD vizsgálatok éveiben, valamint 1998-ban, 2000-ben, 2002-ben és 2005-ben Budapesten kiegészítő adatfelvételek készültek az ESPAD kérdőív és módszertani útmutató felhasználásával.

Az ESPAD kutatások (Elekes, 2007; Elekes, 2009) elsődleges célja, hogy megbízható, és nemzetközi szinten összehasonlítható adatokkal szolgáljon a 16 évesek legális és illegális szerfogyasztási szokásairól, mintázatairól. Hosszú távú célként az uniós tagországok szerfogyasztási trendjeinek monitorozását jelölték meg a kutató szakértők. Az ESPAD felmérésből származó adatai az EU drogpolitikájának, valamint a WHO Európára vonatkozó kartáinak értékelésére is használhatóak.

A kérdezés célcsoportja tehát a 16. éves középiskolások. A kérdezésbe nem kerülhetnek be olyan tanulók, akik valamilyen hátrány vagy fogyaték következtében önállóan nem tudják a kérdőívet kitölteni. Az iskolák kiválasztása többlépcsős, rétegzett mintavétel segítségével történik (Bjarnason, 2003). Az ESPAD ajánlása szerint a minta minimumlétszáma országos szinten 2400 fő kell hogy legyen. Az anonim kérdőív önkitöltős, az adatfelvétel az iskolában,

általában osztályfőnöki óra keretében, kutatási asszisztens vagy más, a kérdőívet ismerő felügyelő jelenlétében zajlik. A kérdőív kitöltése –amelyhez szülői beleegyezés szükséges - 45-60 percet vesz igénybe.

A kérdőív tartalmaz kötelező jellegű alapkérdéseket, amelyek más, opcionális kérdésekkel egészíthetők ki. A kötelező kérdések a tanulók demográfiai háttérére, drog, alkohol és kábítószer fogyasztására vonatkoznak. A 2007-es kérdőívben 22 oldalon 74 kérdés szerepelt. A kérdőív az alábbi struktúrát követte:

1. Demográfiai adatok, különböző tevékenységek
2. Dohányzással kapcsolatos kérdések (gyakoriság, mintázat, attitűd)
3. Alkoholal kapcsolatos kérdések (gyakoriság, mintázat, attitűd)
4. Illegális kapcsolatos kérdések (gyakoriság, mintázat, attitűd)
5. Család, családi státusz, családtagok attitűdje a szerfogyasztáshoz
6. Önkép, önbecsülés
7. Illegális, törvénytörő cselekvések
8. Kannabisz fogyasztás, kortársak kannabisz fogyasztása
9. Illegális szerekhez való hozzáférés
10. További kérdések az alkoholfogyasztásról
11. Házimunka, szabadidős tevékenységek
12. Lerészegedés, extenzív alkoholfogyasztás

Az illegális szerek fogyasztására vonatkozó kérdések a következőképpen csoportosíthatóak:

- Marihuána és hasis hozzáférhetősége
- Valaha történt marihuana, hasis fogyasztások száma
- Elmúlt 12 hónapban történt marihuana, hasis fogyasztások száma
- Elmúlt 30 napban történt marihuana, hasis fogyasztások száma
- Első marihuana, hasis fogyasztás életkora
- Maruhuána, hasis kipróbálásának potenciális lehetősége
- Illegális szerek (kivéve maruhuána, hasis) hozzáférhetősége

- Valaha történt illegális szerfogyasztások száma, beleértve nyugtatókat, altatókat, alkohol és nyugtató együttes használatát (kivéve maruhuána, hasis)
- Elmúlt 12 hónapban történt illegális szerfogyasztások száma, beleértve nyugtatókat, altatókat, alkohol és nyugtató együttes használatát (kivéve maruhuána, hasis)
- Elmúlt 30 napban történt illegális szerfogyasztások száma, beleértve nyugtatókat, altatókat, alkohol és nyugtató együttes használatát (kivéve maruhuána, hasis)
- Életkor az első legális és illegális szerfogyasztáskor
- Illegális szerek következményei az elmúlt 12 hónap során
- Kannabiszra költött pénz az elmúlt 30 napban
- Szerfogyasztó barátok száma
- Szerfogyasztó testvérek
- Legális és illegális szerek fogyasztásának kockázatai (percepció)

Minnesota Student Survey (MMS)

A Minnesota Tanulói Vizsgálat (a továbbiakban MMS, Minnesota Department of Health, 2007) alapvetően egy állami kezdeményezés a gyerekek és középiskolások egészségmagatartásának vizsgálatára vonatkozóan a 6., 9. és a 12. évfolyamosok körében. Az első nagymintás vizsgálatot 1989-ben tartották, azóta háromévenként történnek mérések Minnesota állam állami, illetőleg önkormányzati fenntartású iskoláiban, nevelőintézetekben és fiatalok börtöneiben. A kutatás másik célja az egészségmagatartás, beleértve a drogerintettség monitorozása, és hosszú távú trendek megfigyelésén túl az, hogy annak eredményeivel az egészségügyi és szociális ellátásban dolgozó szakértőket segítse a különböző iskolai és közösségi kezdeményezések, illetve prevenciók tervezésében és eredmény értékelésében. Mindebből kifolyólag a kérdőív szükséglet felmérési szerepet is betölt.

A felmérés a 6., 9. és a 12. évfolyamosokra terjed ki. A vizsgálatban történő részvétel anonim és önkéntes. A vizsgálatban részt venni kívánó tanulóknak szülői, nevelői engedélyt kell szerezniük a kérdőív kitöltése előtt. A kérdőív önkitöltős, annak kitöltése az iskolában történik. 2010-től a kérdőív kitöltése az interneten is megoldható lesz. A kérdezésben való önkéntes részvétel, valamint egyéb más külső tényezők miatt (hiányzások, iskolából való kimaradások, szülők bele nem egyezése) a kutatásban való részvételi arány változó. Összességében azonban az első kutatás kezdete óta (1989) jelentős mértékben nőtt a felmérésben részt vettek száma (a legutóbbi kérdezésben több mint 13 000 diák vett részt). A

kérdezéstől való távolmaradások okozta reprezentativitási problémát utólagos súlyozással korrigálják.

A 6. osztályosoknak szóló kérdőív összesen 79 kérdést, míg a 9. és 12. évfolyamosokat célzó kérdőív összesen 126 kérdést tartalmaz. A kérdőívek kitöltésének időtartamára vonatkozóan nem rendelkezünk adatokkal. A kérdőívek a következő modulokat tartalmazzák:

1. Alapvető háttér információk
2. Iskolai modul: Iskola, iskolai környezet, iskolai történések
3. Szociális tevékenységi modul: iskolai és iskolán kívüli tevékenységek, szabadidős tevékenységek
4. Egészségi modul: egészségi adatok, egészségi állapot, táplálkozás, mentális állapot, családon és iskolán belüli erőszak
5. Viselkedés modul: szerencsejátékok, magatartás, dohányzás, illegális szerhasználat, szexuális magatartás

A 6. évfolyamosoknak szóló egészség modulban a legális és illegális szerhasználatra vonatkozó kérdések kevesebbek és kevésbé részletesek. A felsőbb évfolyamosok kérdőívében az illegális szerfogyasztásra vonatkozó kérdések, kérdéskörök a következők (85-116. kérdések):

1. Elmúlt 12 hónapban történt marihuana, hasis fogyasztások száma (alkalmak)
2. Elmúlt 30 napban történt marihuana, hasis fogyasztások száma (napok)
3. Első marihuana, hasis fogyasztás életkora
4. Elmúlt 12 hónapban történt illegális szerfogyasztások száma, beleértve nyugtatókat, altatókat, alkohol és nyugtató együttes használatát (kivéve marihuána, hasis) (alkalmak)
5. Illegális szerhasználattal kapcsolatos viselkedések, attitűdök: droghasználatához kötődő percipált problémák és azok megbeszélése, barátok és a környezet drogérzettsége, problémás droghasználat

V.1.3. Gyermek, serdülő és felnőtt populációk szükségletfelmérésére egyaránt irányuló vizsgálatok

DUDIT-E

A DUDIT-E (Drug Use Disorders Identification Test - Extended) alapvetően a DUDIT korábbi változatának egy bővített változata. A kifejlesztők eredetileg egy olyan egyszerű mérőeszköznek szánták, amely – a szerhasználati fogyasztás mérése mellett – klinikai környezetben, a droghasználatból fakadó rendellenességek mérésére, drogproblémák azonosítására alkalmas. Mérőeszköz kifejlesztői szerint azonban a diagnosztikai funkció mellett mind az eredeti, mind a bővített változat alkalmas lehet nagymintás, lakossági közegészségügyi felmérésekben is, azaz ebből fakadóan használható kezelési szükséglet felmérésére.

Mindkét kérdőív egyaránt alkalmazható serdülő és felnőtt populációk, valamint speciális szerfogyasztói csoportok körében. A kérdőív önkitöltős, kitöltése 10-15 percet vesz igénybe.

A kétoldalas, könnyen használható kérdőív mindössze két demográfiai változót tartalmaz (kor és nem), de ezek a változók igény szerint további demográfiai adatokkal egészíthetők ki. A kérdőív négy nagyobb modulból áll:

1. Szerfogyasztási gyakoriság illegális szerekre
2. Az illegális szerhasználattal kapcsolatos pozitívumok
3. Az illegális szerhasználattal kapcsolatos negatívumok
4. A kezelésre való felkészültség, készenállás

1. Szerfogyasztási gyakoriság illegális szerekre

Az első, drogfogyasztási modulban az alábbi szerek fogyasztásának gyakoriságára kérdez rá a kérdőív:

- Kannabisz
- Amfetamin
- Kokain

- Opiátok
- Hallucinogének
- Thinners
- GHB
- Altatók, nyugtatók
- Fájdalomcsillapítók
- Dohányzás

A lehetséges válaszkategóriák a következők:

- Soha
- egy vagy több alkalommal
- havonta egyszer vagy még kevesebbszer
- havonta 2-4 alkalommal
- hetente 2-3 alkalommal
- hetente 4, vagy több alkalommal

2. A legális és illegális szerhasználattal kapcsolatos pozitívumok

Ez a szekció a szerek pozitív bioszociális hatását operacionalizálja 17 állítás formájában, mint amilyen „Jobban alszom tőle”, „Ellazulok”, „Jókedvű leszek”, „Erősnek érzem magam”, stb. A megkérdezettnek egyet kell érteniük az állításokkal, az ötfokú skála jelentései a következők:

- egyáltalán nem
- kicsit
- valamennyire
- nagyon
- teljesen

4. A legális és illegális szerhasználattal kapcsolatos negatívumok

Ez a szekció a szerek negatív bioszociális hatását, lehetséges következményét operacionalizálja 17 állítás formájában. A modul első része négy állításból áll, és az elmúlt egy évben tapasztalt, szerfogyasztásból fakadó problémákra kérdez rá (iskola / munka, orvosi, egészségi problémák, viselkedési problémák, rendőrségi problémák) egy 5 fokozatú skálán. A skála értékei a következők:

- soha
- kevesebbszer, mint egyszer egy hónapban
- minden hónapban
- minden héten
- naponta, szinte minden nap

A szekció további 13 állítása a negatív következményekre kérdez rá, mint amilyen „Félek”, „Öngyilkossági gondolataim lesznek”, „Kerülöm mások társaságát”, stb.

A megkérdezettnek egyet kell érteniük az állításokkal, az ötfokú skála jelentései a következők:

- egyáltalán nem
- kicsit
- valamennyire
- nagyon
- teljesen

4. A kezelésre való felkészültség, készenállás

Az utolsó modul 10 állítást tartalmaz a megkérdezett gyógyulási, kezelési motivációjára vonatkozólag. A válaszadónak tehát 10 állítást kell osztályoznia a szerint, hogy mennyire ért egyet azokkal. A háromfokú skála jelentései a következők:

- egyáltalán nem
- részben
- teljesen

TLFB (Timeline Followback Method)

A TLFB (Naplós Adatgyűjtési Módszer alkoholra, cigarettára, marihuánára és más drogokra, Sobell és mtsai, 1996) egy olyan egyszerű mérőeszköz, amely az egyén legális és illegális szerfogyasztásáról ad információt. A mérőeszköz tulajdonképpen nem más, mint egy kalendárium, amit a vizsgálatban részt vevőknek kell saját maguknak kitölteni a szerint, hogy egy adott szert egy bizonyos napon használtak-e vagy sem. A cél a szerfogyasztás gyakoriságának pontosabb mérése akár kezelés előtt, akár kezelést követő periódusban.

A kalendárium egy évre szól, de a kalendárium / napló a kutatási igény vagy koncepció szerint a vizsgálni kívánt időszakra szűkíthető. A mérőeszközt 14 évnél idősebb célcsoportok részére dolgozták ki. A kérdőív egyaránt használható általános populációban és klinikai környezetben. A kérdőív kitöltése 10-30 percet vesz igénybe attól függően, hogy mekkora a vizsgálni kívánt periódus, illetve a kitöltési módszer. Amennyiben az adatot kérdező veszi fel (retrospektív adatfelvétel), az esetben a kérdező hosszabb ideig is eltarthat. Amennyiben a kalendárium önkitöltős, de a kérdező retrospektív szolgálja az adatokat, a kitöltés szintén hosszabb ideig eltarthat. Amennyiben a kérdező napi szinten, otthon tölti ki a naptárt, a kitöltési idő meglehetősen lerövidülhet. A naptárt online módszer segítségével is ki lehet tölteni. A kitöltés egyszerű:

X-et kell tenni azon napok mellé, amikor az illető egy adott (mérni kívánt) szert fogyasztott

0-át kell tenni azon napok mellé, amikor az illető a mérni kívánt szert nem fogyasztotta

Dohányzás és marihuána fogyasztás esetén a megkérdezetteknek azt is meg kell becsülniük / mondaniuk, hogy az adott nap mennyit fogyasztottak a szerből.

V.1.4 Egyéb speciális (nehezen) elérhető droghasználói populációk szükségletfelmérésére irányuló vizsgálatok

A továbbiakban olyan mérőeszközök és mérési eljárások kerülnek bemutatásra, amelyek ún. speciális igényű, nehezen elérhető, sok esetben magas kockázati magatartásformát tanúsító vulnerábilis csoportok drogérzékenysége, a szerhasználatának és a kezelési rendszer iránt viseltetett attitűdjének és viszonyának, kockázati percepciójának, kockázati magatartás formájának használatosak. Mindezek segítségével megfelelő adalékot kaphatunk ezen csoportok kezelési- és szükségleti igényeiről. Az itt bemutatásra kerülő kutatások inkább cél- és projekt specifikusak, ebből adódóan a kifejlesztett mérőeszközök egyediek, sok esetben személyre szabottak. A vizsgálat tárgyát képezik azonban olyan felmérések is, amelyek ismétlődő jellegűek, vagy több országon átnyúló kutatások részét képezik, ebből kifolyólag az abban használt módszer és mérőeszköz standardizáltabb. Ebben részben rövid áttekintésre kerülnek olyan adatgyűjtők is, amelyek egy-egy célcsoport epidemiológiai profiljának vizsgálatára használatosak. Az ilyen jellegű mérőeszközök bemutatása azért fontos, mert egyes szerhasználói populációk, mint amilyen az intravénás használók, magas kockázatú

célcsoportoknak tekinthetőek: elsősorban a tű- és eszközmegosztásból, valamint a szexuális magatartásból fakadó súlyosabb közegészségügyi következmények és maradandó egészségkárosodások, valamint a halált okozó fertőző betegségek tekintetében (elsősorban a hepatitisz B, C, HIV). (Garfein et al, 1996; Stimson et al, 1998).

RAR: gyors helyzetfelmérés és válasz

Elsőként egy olyan kutatási módszer kerül bemutatásra (Rapid Assessment and Response - (gyors helyzetfelmérés és válasz, a továbbiakban RAR; WHO, 1998), amely alapvetően egy globálisabb módszertannak, vagy különböző módszerek komplex rendszerének nevezhető, és jól alkalmazható szükséglet felmérésben. Ennek a módszernek a bemutatása több okból került fejezet elejére, amelyek közül a legfontosabbak a következőképpen foglalhatók össze:

1. A RAR segítségével könnyebben megragadhatóak olyan társadalmi jelenségek, melyek viszonylag gyorsan változnak (droghasználat, illetve az ahhoz kapcsolódó közegészségügyi következmények).
2. A RAR olyan módszer, amely segítségével komplexebb módon, viszonylag rövid idő alatt gyűjthető információ bármilyen jelenségről mikor és makroszinten egyaránt.
3. A RAR jól alkalmazható olyan területeken, ahol döntéshozók, politikusok, szakmabeliek, programtervezők, szolgáltatók (egyszóval a stakeholderek) korlátozott információforrás mellett gyors döntésekre szorulnak bizonyos jelenségekkel kapcsolatosan.

A módszer további fontos jellemzője, hogy költség hatékony: elsősorban olcsóbb, könnyebben elérhető információforrásokat céloz meg. Alapvetően eredeti adatfelvételhez csak akkor folyamodik, ha az feltétlenül szükséges: a rendelkezésre álló, gyorsabban „összeszedhető” információ nem, limitáltan, vagy hiányosan áll rendelkezésre. További jellemzője, hogy több adatforrást vizsgál egyszerre: erre azért van szükség, mert egy adott probléma több aspektusú feltárását teszi lehetővé, másrészt ellensúlyozni tudja bizonyos adatforrások hiányosságát, handikeppjét. Még egy fontos jellemzője, hogy alapvetően konzultatív jellegű: a társadalom legkülönbözőbb csoportjaiból kikerülő szakemberekkel, kulcsszemélyekkel lép kapcsolatba, beleértve esetünkben az injekciós használókat is, bevonva ezzel olyan társadalmi csoportokat is, akik nélkül nehéz lenne egy széles társadalmi alapokon nyugvó intervenció lebonyolítása. A RAR fontos eleme, hogy végső célja egy válasz, akcióterv kidolgozása, vagy az azokra történő ajánlat tétel, illetve azok megvalósítása.

Amint arra utalást tettünk, a RAR adatgyűjtési és adatforrási arzenálja rendkívül széles:

- adatgyűjtő rendszerek, statisztikák vizsgálata
- speciális hozzáférési technikák kialakítása különleges célcsoportokhoz
- interjúk használata

- fókuszcsoportos vizsgálatok használata
- antropológiai jellegű megfigyelések és terepmunkák használata
- becslési eljárások alkalmazása

A RAR kézikönyv (15. Melléklet) által kiemelt témakörök a következők:

1. Az intravénás kábítószer-használat jelenségével és elterjedtségével összefüggő makroszociális hatások
2. Az intravénás kábítószer-használat területi jellemzői
3. Az intravénás kábítószer-használat egészségügyi következményeinek megjelenése
4. Az intravénás kábítószer-használattal kapcsolatos kockázati magatartások jellemzői
5. A jelenség kezelése kapcsán jelenleg alkalmazott, illetve rendelkezésre álló intervenciók lehetőségei és azok jellemzői
6. *Beavatkozás, stratégia (policy) tervezés.*

Mindezekből jól látható, hogy a RAR alapvetően fontos szükségletfeltáró, szükségletfelmérő funkcióval is rendelkezik, ebből kifolyólag szubsztanciális feladata van és lehet a droghasználattal, és ezen belül is az intravénás használattal kapcsolatos makroszintű szükségletfelmérésben.

Magyarországon Rácz és Ritter (2003) alkalmazta először a módszert a droghasználat kontextusában. A kutatás során öt magyarországi régió vizsgálata történt meg 2002-ben (Budapest, Miskolc, Szeged, Pécs, Veszprém). A cél a hazai injekciós szerhasználattal kapcsolatos jelenségek és helyzet gyors feltárása volt. A RAR kérdezői, kutatói, akik előzetes tréningen estek át, a különböző kezelési típusokat képviselő és jól ismerő szakemberek voltak. Elsődleges információ forrásként a hazai éves jelentéseket használták, illetve az ezek alapját képező tanulmányokat, dokumentumokat (kutatások, publikációk, epidemiológiai vizsgálatok). A már meglévő adatok kiegészítéseképpen kérdőíves adatfelvételre is sor került a helyi kulcsszemélyek és droghasználók (injekciós és nem-injekciós) körében. A kutatásban alkalmazott mintavétel a célzott mintavétel volt, aminek következtében ugyan a minta nem volt reprezentatív, de abban minden olyan személy képviseltette magát, aki az adott városban a jelenséggel kapcsolatba került. A kutatók a használói mintába igyekeztek bevenni különböző szociális és anyagi helyzetű, ellátottsági szintű, kezelési múlttal rendelkező, eltérő korú és nemű, injekciós és nem injekciós használót. A kutatás során félig strukturált interjúkat készítettek, városonként 15-20-at. Ugyanakkor minden városban sor került egy 3-6 órás fókusz-csoportra is, 8-20 fővel. A fókuszcsoportra helyi KEF-es tagokat, valamint a helyi drogpolitika kialakításában fontos szerepet játszó személyeket hívtak meg. A fókuszcsoportos megbeszélés során a beszélgetés alapját az interjú vizsgálat adatai, valamint a már meglévő adatok szolgáltatták. A csoportos beszélgetések célja inkább a válasz megfogalmazása és kidolgozása volt.

A NIDA kockázat felmérő kérdőíve IDU-k körében Magyarországon

Magyarországon 1999 / 2000 folyamán végeztek először koncepciózus, a hazai intravénás használói populációra kiterjedő kockázat felmérési és kockázat elemzési vizsgálatot. A vizsgálat nem csak szerhasználatból és a szerhasználati életmódból fakadó kockázatokat, hanem kezeléssel kapcsolatos szükségleteket is feltárt (Rácz és mtsai, 2003). A kutatás célja az volt, hogy az injekciós droghasználathoz kapcsolódó, a „droghasználathoz társuló fertőző betegségek” (DRID), elsősorban a HIV és a hepatitisz B és C lehetséges transzmissziós útjait vizsgálják meg kezelést kereső és nem kereső utcai intravénás használók között az injekciós használat, mind pedig a szexuális magatartásokkal összefüggésben. További cél volt annak feltárása, hogy az intravénás használók körében milyen injekciós és szexuális szokások jellemzőek, valamint hogyan jellemezhető a HIV/AIDS és hepatitisz fertőzésekhez kötődő veszély-percepciójuk.

A kutatás célcsoportjai tehát intravénás droghasználók voltak, akik közül 121 ún. utcai, segítséget (kezelést, ellátást) nem kereső budapesti személy volt, míg a mintában szereplő további 76 fő terápiás segítséget kereső szintén fővárosi injekciós használó volt. A vizsgálati mintába kerülés kritériuma – önbevallás alapján - az elmúlt 30 napban legalább egyszeri injekciós használat volt.

A 121 kezelést kereső csoport tagjaival eltérő kezelőintézményekben került sor az interjú felvételére, legjellemzőbben a kezelésre jelentkezést követő néhány napban. A 76 fős “utcai” csoport segítő kapcsolattal nem rendelkezett, illetve ilyet a múltban sem alakított ki. Az interjút egy több tagból álló interjúvoló munkacsoport készítette, akiket a kutatócsoport tagjai képeztek ki – ők végezték egyben a szupervíziót is. A szupervízióra hetenként került sor, de a kutatók az interjúvolókkal ezen kívül is, folyamatos kapcsolatban álltak. Az utcai csoport esetében a munkacsoport tagjainak kiválasztása a “privilegizált hozzáférés” elvén történt (Griffiths és mtsai, 1993): az interjúvolók rendelkeztek injekciós droghasználókhoz fűződő kapcsolatokkal (volt droghasználók, injekciós droghasználókkal dolgozó segítők). Ebben a csoportban a legtöbb interjút volt használók készítették, akik korábbi droghasználó társas hálójuk tagjaival interjúztak, illetve ezen a hálón keresztül jutottak el más injekciós csoportosulásokhoz.

A vizsgálati eszköz a National Institute on Drug Abuse (NIDA) által kidolgozott Risk behavior assessment questionnaire volt (kockázati viselkedés felmérő kérdőív, 16. Melléklet) (NIDA, 1991).

Ennek legfőbb tematikus egységei a következők:

1. Szociodemográfiai jellemzők
2. Droghasználati és szexuális kockázati magatartások (valaha, elmúlt 30 nap és 48 óra)
3. Kezelési múlt, kezelésbe jutási próbálkozások
4. Egészségi állapot (önbevallás alapján)
5. HIV/AIDS és hepatitisz fertőzés észlelt veszélye, preventív viselkedés
6. “Dependencia Súlyossága” skálát (Severity of Dependence Scale) is (Gossop és Shane, 1995) (heroinra és amfetaminra)

7. Jogi helyzet
8. Munkaügyi státusz

A 38 oldalas, 100 kérdésből és 421 itemből álló félig strukturált interjúk részletesebben a következő tényezők vizsgálatát tartalmazzák:

- Demográfiai adatok (neme, legmagasabb iskolai végzettsége, postai irányítószáma, hajléktalannak tartja-e magát)
- Kockázatesztelés (a két csoport különböző kérdéseket kapott)
- Szerhasználati jellemzők (szerfajták szerint lebontva: használta-e valaha, első használat életkora, drogfogyasztás mennyisége és módja az elmúlt 30 napban és az elmúlt 48 órában)
- Eszközhasználat (fertőtlenítés, kellékmegosztás)
- Kezelés (részt vett-e valaha - ha igen, mennyi ideig - különböző kezelési programokban)
- Szexuális viselkedés (partnerek száma, neme, köztük hány injekciós használó; szexuális aktusok száma és fajtája, ezek során használt-e óvszert)
- Szexuális viselkedés drogos/alkoholos befolyásoltság alatt
- Prostitúció: kapott/adott-e valaha drogot és/vagy pénzt szexuális szolgáltatásért cserébe
- HIV illetve hepatitisz fertőzés kockázata, részt vett-e vizsgálatokon
- HIV illetve hepatitisz prevenció (kapott-e információt/oltást, változtatott-e szerhasználati és szexuális szokásain)
- Összeütközés a törvénnyel
- Munka és jövedelemforrások

Mind a kezelést kereső, mind a kezelést nem kereső csoport tagjai kaptak kérdést arra vonatkozólag, hogy mennyire tartják kockázatosnak a drogfogyasztás különböző formáit, és a szexualitást az óvszerhasználat, valamint az alkoholos/drogos befolyásoltság függvényében. A kezelést nem kereső csoport tagjait emellett az őket érintő AIDS-veszély észlelt kockázatáról és a túhasználat társas szempontjairól is kérdezték. A kezelést kereső csoport tagjaitól megkérdezték, hogy HIV fertőzöttek-e, míg az "utcaiak" körében nyáltesztet végeztek (HIV és hepatitisz szűrés).

Roma fiatalok és kábítószeresek

Az alábbi kutatás egy, a roma szerhasználók kábítószer-fogyasztási szokásairól, a roma népesség drogérzékenységről igyekezett információt gyűjteni (Ritter, 2005). A vizsgálat aktualitását az adta, hogy a gyakorlatban dolgozó szakemberek a roma szerhasználók csak egy szűk metszetével kerülnek kapcsolatba, míg jelentős részük a jelenlegi egészségügyi hálózattal nem, vagy csak nagyon nehezen érhető el. Mindebből kifolyólag következtetni lehet a roma lakosság, illetve ezen belül is a szerhasználók kezelőrendszer iránt attitűdjére is. Amint látható tehát, a kutatás alapvetően nem szükséglet felmérési céllal készült, de hasonlóan más, nagymintás, populációs vizsgálatokhoz, a szükségletfelmérés számos elemét tartalmazta.

A kutatás kérdései, vizsgálati céljai a következők voltak:

- Mekkora a kábítószer-használat elterjedtsége a Budapesten élő, 12-30 év közötti roma populációra vonatkozóan?
- Melyek a jellemző szerhasználati minták?
- Melyek a jellemző kockázati magatartások és ezeknek mekkora az előfordulási gyakorisága?

A kutatás célcsoportja tehát a fővárosban élő, 12-30 év közötti roma populáció volt. Adatfelvétel csak azokkal készült, akik magukat romának vallották. A vizsgálat finanszírozására vezethető vissza, hogy csak fővárosi romák között készült adatfelvétel. A vizsgálat szempontjából azokat tekintették romának, akik önmagukat romának vallották. A vizsgálat célpopulációja tehát a Budapesten élő, önmagukat romaként definiáló, 12-30 év közötti roma lakosság volt. Azért a 12 és 30 év közötti populáció került a mintába kizárólagosan, mert korábbi vizsgálatok tapasztalatai alapján ez a korcsoport a legveszélyeztetettebb kábítószer-fogyasztás szempontjából.

Az adatfelvétel technikája a hólabda („snowball”) módszer volt. A mintavétel ún. mintavételi pontokból indult: öt a romák által legsűrűbben lakott budapesti kerületből (VI., VII., VIII., IX., XIII.) – azokon belül is 2-3 mintavételi pontból indult a kérdezési lánc. A kezdőpontok alapját a kérdezők saját ismeretségi köre szolgáltatta. Ha ez nem volt, akkor a kérdezés a véletlenszerű kiválasztás segítségével történt, utcán történő megszólítás alapján.

Ezek a megkérdezettek lettek tehát a kérdezési láncok kiinduló pontjai. Az előzetesen felkészített és kiképzett kérdezőbiztosok feltérképezték a kiindulópontként megjelölt megkérdezettek roma ismeretségi hálóját. Ezt követően megkérték a kérdezettet, hogy nevezzen meg több, 3 korcsoportba (12-16 éves, 17-22 éves és 23-30 évesek) tartozó romát a saját ismeretségi köréből. Ezt követően – véletlenszerű kiválasztás alapján - minden életkori csoportból a kérdezők egy-egy személyt kiválasztottak, akit felkerestek, és akiktől hasonló kiválasztási módszer alapján ismét újabb három személyhez jutottak el.

Összesen 16 kérdezési lánc indult: öt kerületben 2, illetve 3 pontból indult (1. szint) a kérdezés és három ágon folytatódott (2. szint). A folytatásnál a kerületi határok átléphetők voltak és átlépésre is kerültek. Minden adatvételi szinten három újabb ágon folytatódott tovább az adatgyűjtés, ami azt jelenti, hogy a kiindulópontként megkérdezett első embertől első lépésben három új megkérdezetthez jutottak el, a következő lépésben már kilenc (3. szint) és a 4. szinten már 27 embert kérdeztek. Az egyes szinteknél a megkérdezendők kiválasztása a kérdezők által összeállított kataszter alapján történt. Az 5 kerületből indított 18 lánc segítségével 645 12 és 30 év közötti roma fiatal megkérdezésére került sor. Ebből a nettó minta 598 személy volt – ennyi volt azok száma, akik megfeleltek a módszertani kritériumoknak. A vizsgálatba, illetve a mintába került személyek tekintettel a mintaválasztás módjára és a lefedett terület nagyságára – mivel sikerül végigkövetni a láncok többségét – jól jellemzik a Budapesten élő, a vizsgált korcsoportba tartozó, roma populáció egészét.

Kérdezőbiztosként olyan személyeket alkalmaztak, akik jól ismerték a célpopulációt, annak problémáit, valamint bejáratosak voltak roma családokba. A kérdezőbiztosok között szerepeltek egyetemen, főiskolán szociális munka, szociálpolitika, szociológia szakos roma és

nem roma hallgatók, illetve felsőfokú szakképzésben részt vevő roma fiatalok, illetve a helyi családsegítő központok és gyermekjóléti szolgálatok munkatársai, szociális munkásai. A kérdezők fele roma származású volt. A kérdezőbiztosok a vizsgálat megkezdése előtt felkészítő tréningen vettek részt.

A kérdőív lekérdezése, beleértve a benne lévő szenzitív adatok lekérdezését is, face-to-face technikával folyt. Egy kérdőív lekérdezése átlagosan 25 percet vett igénybe. Az adatgyűjtés 2004 szeptembere és decembere között folyt.

A kutatócsoport a strukturált kérdőív összeállításánál elsősorban a hazai szakemberek véleményét, tapasztalatait, gondolatait vette figyelembe. A kérdőív négy részből állt.

1. Szocio-demográfiai jellemzők
2. Egészségüggyel, az egészségügyi ellátással kapcsolatos vélemények, attitűdök, személyes tapasztalatokat
3. Kábítószer-érintettség
4. Kábítószer-használattal összefüggő kockázati magatartások előfordulása, ismeretek

A fent említett modulok az alábbi kéréseket, kérdésköröket tartalmazták:

1. Szocio-demográfiai jellemzők

Származás

Nem

Lakóhely

Életkor

Családi állapot

Iskolai végzettség

Lógás az iskolából

Lakáskörülmények

Foglalkoztatás

Jövedelmi helyzet

Sportolási szokások

Vallás

2. Egészségüggyel, az egészségügyi ellátással kapcsolatos vélemények, attitűdök, személyes tapasztalatokat

- Kórházi kezelésben történő részvétel: nem csak a kábítószer-használattal, és a fertőzésekkel összefüggő betegségek gyakorisága
- A kórházi kezelés időpontja
- Hogyan érezte magát a kórházban?
- Érte-e hátrányos megkülönböztetés a kórházban azért, mert roma?
- Megbízott-e az orvosában?
- Többi beteg viszonya a kérdezetthez
- Roma, nem roma orvos iránti attitűdök
- Betegség, elmúlt 12 hónap
- Orvosokhoz való viszony, felkeresési gyakoriság
- Gyógyszerszedés

3. Kábítószer-érintettség

- Használt szertípus
- Az első szerhasználat életkora, helye, körülményei
- Drogfogyasztásra vonatkozó életprevalencia
- Elmúlt évre vonatkozó fogyasztási prevalencia
- Elmúlt hónapra vonatkozó fogyasztási prevalencia
- Kábítószer probléma miatti kezelés, kezelési múlt, kezelési szükségletek
- Barátok szerhasználata
- Kockázati magatartásformák

4. Kábítószer-használattal összefüggő kockázati magatartások

- Fertőző betegségek, szexualitás
- HIV és Hepatitis C fertőzöttség
- Fertőző megbetegedések ismerete, félelmek
- Szexuális viselkedés

A kérdőívet a 17. Melléklet tartalmazza.

A kezelésbe jutás nehézségeinek vizsgálata intravénás használók körében, Magyarországon

Egy hazai kutatói csoport (Márványkövi és mtsai, 2006) 2006 folyamán, Magyarországon először, nehezen elérhető problémás droghasználók körében végzett kutatást – többek között - avval a céllal, hogy megvizsgálja a tűcserébe, valamint a magasabb küszöbű ellátásokba történő jutás akadályait és nehézségeit, valamint hogy feltárja a problémás, kezelésen kívül eső problémás használók akut (elmúlt egy évre vonatkozó) kezelési és ellátási szükségleteit. A kutatás megrendelője a Nemzeti Drog Fókuszpont volt, illetve a kutatás része volt egy nemzetközi együttműködésnek is (www.correlation-net.org), amely során Hollandiában, Bulgáriában és Szlovéniában hasonló jellegű kutatásokat végeztek.

A kutatás az alábbi modulokból állt:

A Kezelésen kívüli problémás (Intravénás) droghasználókra irányuló vizsgálat

Ebben a kutatási modulban kezelésen kívüli problémás, intravénás szerhasználókkal készült

kérdőíves vizsgálat. A kutatásban használt kérdőívek alapvetően a kutatás céljára készültek, de kidolgozásukkor figyelembe vettek más, problémás droghasználók kezelési igényét, illetve kezelésbe jutásának akadályait vizsgáló mérőeszközöket és ajánlásokat is (Appel és mtsai, 2004; Treloar és mtsai, 2004; Stein és Friedmann, 2002; 18. Melléklet). A kérdőívbe bekerült a nemzetközi kutatásokban használt, és Magyarországon szintén validált heroin-függőségi index is (Severity of Dependence Scale, Gossop és mtsai, 1995; Rácz és mtsai, 2003). A kutatás során 67, kezelésen kívüli budapesti problémás droghasználóval készítették kérdőíves vizsgálatot. A mintába kerülés kritériumai a következők voltak:

- A megkérdezett heti 3-4 alkalommal fogyaszt opiátszármazékot vagy amfetamint legalább 3 éve (önbevallás alapján).
- Soha nem volt semmilyen kezelési formában⁸
- Volt valamilyen kezelési formában, de régebben, mint egy éve
- Most került kezelésbe, de előtte soha nem volt
- Most került kezelésbe, és előtte régebben, mint egy éve volt

Nem számított kezeltnek olyan kliens, akik csak tűcserén vett részt és/vagy csak drop-in szolgáltatásokat vettek igénybe (meleg étel, fürdés, mosdás, stb.), vagy voltak már detoxikációs kezelésben, illetve bármilyen, nem droghasználatból fakadó orvosi kezelésen (pl.: háziorvos).

Az intravénás droghasználók olyan rejtőzködő célpopulációnak tekinthetők, ahol a hagyományos valószínűségi minta- és adatvételi eljárások nem, vagy csak korlátok között alkalmazhatók (Magnani et al, 2005). A kutatók a kutatás során kifejezetten a rejtőzködő célcsoportokra kifejlesztett mintavételi eljárást alkalmazták: a hólabda módszert (Heckathorn 1997 és 2002), illetve a kezelőhelyi/szolgáltatói alapú mintavételi technikát (Caiiffa et al, 2003; Fauziah et al, 2003)

A kutatásban használt kérdőív két részből állt: egy személyes, face-to-face kérdőívből és egy önkitöltős kérdőívből. A face-to-face kérdőívek lekérdezése 35-40 perc között mozgott, az önkitöltős kérdőívek kitöltése 10 percet vett igénybe. Az önkitöltős kérdőív kérdéseinek egy részét a NIDA által korábban kifejlesztett, egy hazai kutatásban már validált mérőeszközből vették (Rácz és mtsai, 2003). A kérdezések helyszíne a kezelésbe került klienseknél az adott kezelőhely, kezelésen kívüliek esetében a tűcserebuszok közvetlen környéke, drop-in centerek illetve tűcsere központok voltak.

A kutatás során olyan személyek (7 fő) végezték az adatok felvételét, akik nehezen elérhető célcsoportokkal készült korábbi kutatásokban szerzett kérdezőbiztosi tapasztalattal rendelkeztek.

A 14 oldalas face-to-face kérdőív tematikus részei a következők voltak:

A Háttéradatok

1 Szocio-demográfiai háttér

⁸Kezelés definíciót lásd a Fogalmi tisztázás című részben.

2 Családi státusz

3 Lakóhelyi státusz

4 Iskolai végzettség szerinti státusz

5 Foglalkozási státusz

B Kapcsolatok

1 Közeli droghasználó és nem droghasználó barátok

2 2005-ben kezelésben részt vett barátok

3 Családi kapcsolatokkal való elégedettség

C Egészségi státusz

1 Egészségi állapot szubjektív megítélése

2 HIV és hepatitis szűréseken való részvétel

3 HIV és hepatitis fertőzöttség észlelt veszélye

D Kezelésbe jutás nehézségei, kezelési igény

1 Valaha előforduló teljesült és kielégítetlen kezelési igény

2 Elmúlt 12 hónapban előfordult teljesült és kielégítetlen kezelési igény

3 Kezelésen, egészségügyi és szociális szolgáltatásokon való részvétel: jelenlegi (elmúlt 30 nap) és valaha

4 A kezelésbe jutás akadályai, nehézségei (nehézségének megítélése, feltételezett okai)

5 Szolgáltatások, kezelési formák fejlesztésében, tervezésében való involváció

E Heroin függőségi index

A 3 oldalas önkitöltős kérdőív az alábbi tematikus egységeket tartalmazta:

1 Kriminálitás

2 Alkohol- és drogfogyasztási prevalencia (valaha, elmúlt év, elmúlt 30 nap, nagyivási index)

3 Kockázati magatartásformák: tümegosztás és szexuális viselkedés (valaha, elmúlt év, elmúlt 30 nap)

B A kezelőrendszerben, valamint tucserékben dolgozó szakemberekre irányuló vizsgálat

Az intézményi szakemberek közül 20 személlyel történt adatfelvétel. A mintába került fővárosi intézmények gyakorlatilag teljesen lefedték a hazai kezelési intézménytípusokat: ambuláns kezelőhely, fekvőbeteg kórházi (addiktológiai) osztályok, rehabilitációs intézmények, metadon fenntartó kezelőhelyek, nappali ellátók. Nem szerepeltek a mintába került intézmények között az addiktológiai gondozók, ahol túlnyomórészt alkohol dependensek vesznek részt kezelésen. Jóllehet a tucsera központok és drop-in szolgáltatások nem minősülnek kezelésnek, alacsony küszöbű szolgáltatókkal is készültek interjúk. Interjút az ilyen jellegű intézményekben, szolgáltató helyeken dolgozó különböző egészségügyi

(orvos, pszichológus, pszichiáter) és szociális (szociális munkás, szociális gondozó) szakemberekkel készítettünk.

A kezelőintézmények szakemberei számára egy saját fejlesztésű kérdőívet használtak a kutatók. Az elsődleges cél a kezelői oldal által percipált, a kezelésbe jutást nehezítő tényezők azonosítása volt. A kérdések összeállításakor felhasználták az Appel és mtsai (2004) által használt mérőeszközt, figyelembe véve a hazai viszonyokat. A kérdőív felvétele a helyszínen, a kezelőhelyeken történt, face-to-face megkérdezéssel. A kérdőív a következő tematikus egységeket tartalmazta:

A Háttér adatok

- 1 Demográfiai háttér
- 2 Foglalkoztatási múlt

B Betegforgalom

- 1 Utalt kliensek
- 2 Utalás nélkül érkező kliensek

C Kezelésbe jutás nehézségei, kezelési igény

- 1 A kezelésbe jutás akadályai, nehézségei
- 2 Szolgáltatások, kezelési formák fejlesztésében, tervezésében való involváció

A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten

A kutatás elsődleges célja az volt, hogy feltárja és összehasonlítsa a kezelőrendszeren kívüli fővárosi roma és nem roma intravénás használók társadalmi kirekesztettségének mértékét (Márványkövi és mtsai, 2008). A vizsgálat – az alapvető szociodemográfiai, szerhasználati, és a szerhasználattal összefüggő kockázati ismérvek mellett – különös hangsúlyt fektetett arra, hogy feltárja a roma és nem roma intravénás droghasználók ismereteit a különböző kezelési formákra vonatkozóan, leírja a kezelőrendszerhez való viszonyukat, attitűdjüket, valamint azonosítsa a kezelésből történő kimaradásuk okait.

A kutatásban 70, önmagát romának valló, illetve 70, önmagát nem romának valló, kezelésen kívüli intravénás droghasználó megkérdezésére került sor. Az összehasonlíthatóság szempontja miatt a két csoport főbb szociodemográfiai és szerhasználati jellemzőkben hasonló volt. A 70 fős nem roma minta kialakítása az adatfelvétel során folyamatosan történt a vizsgált roma mintavétellel egyidejűleg, úgynevezett „tükör-minta” használatával. Ez a mintavételi módszer a főbb szociodemográfiai jellemzők alapján kialakult kvóták folyamatos regisztrálását követelte meg, és az adatfelvétel folyamatos irányítását (Iraurgi és mtsai, 2000).

A kutatás során két, a rejtőzködő célcsoportokra kifejlesztett mintavételi eljárás került alkalmazásra (Heckathorn 1997 és 2002). Annak kiküszöbölésére, hogy csak olyanok

kerüljenek a mintába, akik kizárólag a megkérdezett saját ismeretségi, szűrőköréhez tartoznak, kérdezés több, egymástól független „mag” (core) felől indult (Kék Pont: Contact Café; Kék Pont: utcai tűcsere; Drogprevenciós Alapítvány: helyi tűcsere).

A kérdezés során a 70 fős hólabdás roma mintához másik 70 fős nem roma kezelésen kívüli szerhasználói mintát illesztettek, úgynevezett tükörminta kialakításával. Az illesztés során a megfelelő szerhasználói karrier mellett két szempontot vettek figyelembe: a kérdezett nemét és életkorát. A két minta illesztése folyamatosan történt, ahol a kiindulópontot a roma minta alkotta, a kérdezőknek ehhez kellett folyamatosan igazítani a „nem roma” almintát. A hólabdás „roma” mintavétel során az volt a cél, hogy minél több pontról induljon a kérdezés, és minél hosszabb láncok legyenek. Az elsőként „megtalált” kérdezett (1. szint) esetében meg kellett kérni a kérdezett szerhasználót, hogy nevezzen meg három ismerőst, akik megfelelnek a mintába kerülés kritériumainak. A kérdezőnek véletlenszerű kiválasztással egyet kellett közülük egyet lekérdeznie (2. szint). A továbbiakban ennek a kérdezettnek kellett három személyt megneveznie, akik közül szintén egyet kellett lekérdezni, véletlenszerű kiválasztással (3. szint).

A mintába kerülési kritérium a következőképpen került meghatározásra:

1 Kor kritérium: 18 évesnél idősebb.

2. Szerfogyasztási kritérium: legalább 3 éve fogyasztja rendszeresen (napi szinten, vagy közel napi szinten: heti 3-4 nap) az alábbi szerek valamelyikét:

- opiátokat, de itt is inkább a heroint

- kokaint,

- vagy amfetamin származékokat.

3. Kezelési kritérium:

3.1 Soha nem volt semmilyen kezelési formában⁹

3.2. Volt valamilyen kezelési formában, de régebben, mint egy éve

3.3. Most került kezelésbe, de előtte soha nem volt

3.4. Most került kezelésbe, és előtte régebben, mint egy éve volt

Nem számított kezeltnek olyan kliens, akik csak tűcseren vett részt, és/vagy csak drop-in szolgáltatásokat vett igénybe (meleg étel, fürdés, mosdás, stb.), volt már detoxikációs kezelésben, illetve bármilyen, nem droghasználatból fakadó orvosi kezelésen (pl.: háziorvos).

A kutatásra kifejlesztett kérdőív tartalmának kialakításánál fontos szempont volt a nemzetközi és a hazai összehasonlíthatóság, valamint olyan nemzetközileg használt tesztek beépítése a kérdőívekbe, amelyek megfelelően validáltak, széleskörűen alkalmazottak, s szakmailag magas szinten elfogadottak. A kutatás során a nemzetközi mérőeszközök révén adaptálható

⁹Kezelés definíciót lásd a Fogalmi tisztázás című részben.

kérdéseken túl (használó szocio-demográfiai háttere, kezelési múltja, egészségügyi és szociális helyzete, drogfogyasztási szokásai, fertőzés veszélyek kapcsolatos kockázati percepciója, a kezelésbe jutás akadályai), az intravénás használók szolgáltatók felé viselt attitűdjeit operacionalizáló kérdések is szerepeltek. A kérdőív kifejlesztésekor figyelembe vett nemzetközi mérőeszközök a következők voltak:

1. Utcai injektálók kezelésbe jutásának akadályai New Yorkban (Appel és mtsai, 2004)
2. Kezelésbe jutás akadályai illegális szerhasználók körében Ausztráliában (Treloar és mtsai, 2004)
3. Egészségügyi és pszichoszociális kezelési igény injektáló szerhasználók körében kezelői mintán (Stein és Friedmann, 2002)
4. National Institute on Drug Abuse (NIDA) által kidolgozott, intravénás drogfogyasztási szokásokat vizsgáló kérdőív magyar, már validált változata (Rácz és mtsai, 2003)
5. Budapesti kezelésen kívüli problémás droghasználók körében végzett kutatás során alkalmazott saját fejlesztésű kérdőív (Márványkövi és mtsai, 2006)
6. Heroin-függőségi index (Severity of Dependence Scale, Gossop és mtsai, 1995; Rácz és mtsai, 2003).

A 4 oldalas, utcai körülmények között is praktikusán használható félig-strukturált interjúk kérdezését a kutatásba bevont alacsony küszöbű szolgáltatók utcai szociális munkásai végezték el. A kérdőív 49 kérdést tartalmazott, a személyes lekérdezés során az interjúk felvétele 45-60 perc között mozgott. A kutatási eredmények feldolgozása előtt a nemzetközi gyakorlatból átvett, illetve az általunk kifejlesztett kérdésblokkok validálási vizsgálatát is elvégeztük.

A face-to-face kérdőív tematikus részei a következők voltak:

A Háttér adatok

- 1 Szocio-demográfiai háttér
- 2 Családi státusz
- 3 Lakóhelyi státusz
- 4 Iskolai végzettség szerinti státusz
- 5 Foglalkozási státusz

B Jogi helyzet

- 1 Kriminalitás (volt-e börtönben, mennyi időt)

C Egészségi státusz

- 1 Egészségi állapot (saját bevallás szerinti)
- 2 HIV és hepatitisz szűréseken való részvétel (időpontja, eredménye)

D Kezelésbe jutás nehézségei, kezelési igény

- 1 A kezelésekkel kapcsolatos általános tájékozottság (kezelési típusok spontán ismertsége)
- 2 Kezelési múlt: eddigi részvétel egészségügyi és szociális kezeléseken (tűcserét beleértve): mikor, hány alkalommal, mennyi időt)
- 3 A kezelésbe jutás akadályai, nehézségei (nehézségének megítélése, feltételezett okai)
- 4 Ismerősök, családtagok kezelési múltja

E Szerhasználati jellemzők

- 2 Alkohol- és drogfogyasztási prevalencia (valaha, elmúlt év, elmúlt 30 nap, nagyívási index)
- 3 Kockázati magatartásformák: tümegosztás (valaha, elmúlt év, elmúlt 30 nap)
4. Heroin függőségi index

Közösségi alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében

Egy Budapesten végzett projekt során fővárosi intravénás szerhasználók körében végeztek fertőző megbetegedésekkel kapcsolatos tanácsadási programot (Rácz és mtsai, 2009a). A program deklarált célja nem elsősorban szükségletfelmérés volt, de a tanácsadási program során számos, a szükséglet felmérésben használt információgyűjtésére került sor. A program céljai az alábbiak voltak:

1. Általános célként fogalmazódott meg egy megkereső munkán és tanácsadáson alapuló módszer (program) kidolgozása és végrehajtása, ami jelenleg Magyarországon nem áll rendelkezésre. A program alapját a National Institute on Drug Abuse (NIDA) által utcai droghasználók számára kifejlesztett Közösségi Alapú Utcái Megkereső Modell Program (CBOM) (NIDA, 2000) szolgáltatta.

2. A tanácsadási program végrehajtásának rövid távú hatás elemzéséhez kapcsolódó cél volt

- a szerhasználathoz, életmódhoz kötődő kockázati magatartásformák azonosítása
- a HIV és Hepatitis C fertőzésekhez, valamint a kapcsolódó szolgáltatások és kezelésekhöz kötődő attitűdök feltárása
- a HIV és Hepatitis C fertőzésekhez, valamint a kapcsolódó szolgáltatások és kezelésekhöz kötődő tudás, ismeret feltárása

A program tehát elsősorban egy beavatkozás hatáselemzése volt. A program célcsoportját társadalmilag kirekesztett helyzetű célszemélyek alkották, akik alacsonyabb iskolai és munkahelyi státuszúak voltak, lakóhelyi szegregációnak voltak kitéve (Budapest egyes, jól meghatározott kerületei: VIII. Kerület bizonyos részei, IX. kerület, Dzsumbuj), valamint

- olyan intravénás szerhasználók voltak, aki a megkérdezést megelőző 30 napban legalább egy alkalommal használtak valamilyen szert intravénásan)

- akik még vagy soha nem voltak HIV, HCV szűrésen, vagy voltak, de nem vették kézhez az eredményüket (azaz nem tudták a szűrés eredményét, ebből kifolyólag nem volt feltételezhető egészségtudatos magatartás részükről)
- elmúltak 18

A programot 87 fő kezdte meg, 43 fő a kontroll, 44 fő a kísérleti csoportban. A program során a kísérleti csoportból 12, míg a kontroll csoportból 11 személy morzsolódott le, azaz nem vett részt mindhárom tanácsadáson. Velük értelemszerűen csak egyszer történt adatfelvétel, csak a program indulásakor, az első tanácsadást megelőzően.

A kutatás módszertani szempontból nem igényelt reprezentatív mintát, sokkal inkább lényeges szempontként jelent meg a kísérleti és a kontroll csoport párhuzamos alkalmazása, azaz a két csoport főbb dimenziókban (szociodemográfiai jellemzők) történő hasonlóságának biztosítása (részleteket lásd Rác és mtsai, 2009a). A programban részt vevő edukátorok, akik a tanácsadás mellett a kérdezést is bonyolították, véletlenszerűen választották ki, hogy kik kerüljenek a kísérleti, illetve a kontroll csoportba, majd ezt követően, egy korábban megadott kvóta alapján választottak párt a programban részt vevőnek. A kvóta rendszer azon kliensek adataira (kor és nem) épült, akik a program megkezdése előtti 4 hónap folyamán legalább 6 alkalommal megfordultak a Kálvária téren.

A kérdőíveket a programban szereplő 9 edukátor személyesen, face-to-face technikával kérdezte le. A kérdezők a „Kék Pont” Drogkonzultációs Központ Ambulancia Alapítvány, valamint a Drogprevenciós Alapítvány munkatársai voltak, akik 2x2 órás kérdezői beoktatáson vettek részt a program kezdetén. A kérdőív lekérdezésének hossza 45-60 perc között volt.

A kérdőív tartalmának kialakításánál fontos szempont volt a nemzetközi gyakorlat. Mivel Magyarországon hasonló jellegű programra, illetve annak hatáselemzésére még nem került sor, a kutatók a nemzetközi gyakorlatot igyekeztek követni és olyan kérdéseket adaptálni, amelyeket nemzetközi terepen, hasonló kontextusban (kockázat felmérés, szükséglet felmérés és elemzés rejtett intravénás populációk közt) már alkalmaztak (Julia Dickson Gomez és mtsai, 2006; Cambell és mtsai, 2002; Latkin és mtsai, 2004). Mindemellett a tananyag kidolgozásában a NIDA kézikönyv szolgáltatta az alapot.

A program értékelésre használt kérdőív tehát az alábbi források felhasználásával készült:

1 A 2007-ben roma és nem roma intravénás szerhasználók között végzett kutatásban használt kérdőív (Márványkövi és mtsai, 2008).

2 A nemzetközi kutatásokban is használt, és Magyarországon szintén validált heroin-függőségi index (Severity of Dependence Scale, Gossop és mtsai, 1995; Rác és mtsai, 2003).

3 Az Egészséghit Modell (Health Belief Model) (Becker, 1974; Hochbaum, 1958; Rosenstock és mtsai, 1994, valamint Rác és mtsai, 2004)

4 A mintegy 100 kérdést tartalmazó, NIDA által korábban kidolgozott kockázat-felmérő kérdőív (Coyle, 1993; Rhodes, 1993; Wiebel, 1993) magyar, már validált változata (Rác és mtsai, 2003; Máthé-Árvay, 2005).

5 A korábban említett NIDA kézikönyv.

A 27 oldalas kérdőív összesen 71 kérdésből és 12 szekcióból állt, amelyek a következők voltak:

1 Szociodemográfiai szekció

- nem
- kor
- származás
- családi állapot
- foglalkozási helyzet
- iskolai végzettség
- anyagi helyzet
- lakhatási helyzet

2 Jogi helyzet szekció

- korábbi, esetleges büntetés végrehajtási múltjával kapcsolatos kérdések

3 Kezelési múlt

- milyen, a szerhasználatból fakadó kezelési típusokban vett már részt az illető
- korábban kapott-e a szerhasználatához kötődő fertőző megbetegedésekkel kapcsolatban tanácsadást, felvilágosítást – ha igen, milyen típusút, milyen sikerrel

4 Egészségügyi helyzet szekció

- tartós betegségek – önbevallás alapján (mind szerhasználatból fakadó, mind nem abból)

5 Szerhasználat szekció

- szerhasználatához köthető kockázati magatartásformák, mint tű- és eszközmegosztás (életében valaha, elmúlt 30 napban)

6 Szexuális viselkedés szekció

- szerhasználatához köthető szexuális kockázati magatartásformák (életében valaha, elmúlt 30 napban)

7 HIV és HCV szűrés

- a különböző szűréseken való korábbi részvétel
- azok eredménye (önbevallás alapján)
- utolsó teszt ideje

8 Kockázati magatartásformák megelőzése

- a fertőzések, megbetegedések elkerülésére tett kísérletek, szándékok (elmúlt 30 nap)

9 Egészséghit Modell

- a modell 10 attitűdállítása a kockázatnak való kitettség, sebezhetőségre (susceptibility), a kockázat súlyosságára, a preventív viselkedés kivitelezésének nehézségére („akadályok”), illetve a preventív viselkedés előnyeire vonatkozóan.

10 Vér útján terjedő fertőzések

- a tanácsadások tananyagára épülő szekció, amely a HIV és HCV fertőzésekkel, valamint a szűrésekkel kapcsolatos attitűdöket, illetve tudást hivatott mérni

11 Szerhasználat

- jelenlegi és korábbi szerhasználat 10 illegális szerre, valamint alkoholra
- első használat életkora
- függőségi index amfetaminra és heroinra

12 Általános program értékelés

- magával a program jellegével, tartalmával kapcsolatos értékelő kérdések

Kezelésbe jutás nehézségei New York-i intravénás használók körében

Az intézett kutatás az alkohol és drogbeteg kezelésbe jutás akadályait vizsgálta az Egyesült Államokban, New Yorkban (Appel és mtsai, 2004). A kutatás hátterét az adta, hogy nem állt rendelkezésre megbízható kutatási adat magas kockázati viselkedésű utcai, intravénás csoportok kezelésbe jutásának akadályaiival, kezelési szükségletével kapcsolatosan. A kutatás célja tehát ezen akadályok azonosítása, felfedése, valamint megoldási javaslatok feltérképezése volt.

A komplex vizsgálat elsődleges célcsoportja kezelésen kívüli (de alacsony küszöbű szolgáltatásokat igénybe vevő) intravénás szerhasználók voltak, de a vizsgálat kiterjedt utcai szociális munkások, kezelőhelyen dolgozók, kormányzati dolgozók, helyi, New York-i szociális szolgáltatók és a New York-i rendőrség megkérdezésére is.

A vizsgálat négy modulból épült fel:

1 Az intravénás szerhasználók körében végzett vizsgálat

A vizsgálat ezen modulját tűcsere szervezetek (elsősorban utcai, megkereső munka) szolgáltatását igénybe vevő használók voltak. A mintába kerülés kritériuma maga az intravénás használat volt, amit a használón kívül az utcai munkásnak, illetve a kérdezőnek kellett igazolnia. További kritérium volt, hogy a megkérdezett nagykorú (elmúlt 18 éves), a megkérdezés előtt egy héttel legalább egy alkalommal injektált kokaint vagy amfetamint, illetve az elmúlt 30 nap során nem volt semmilyen kezelésben, még detoxikálóban sem.

A vizsgálat során 144 használó megkérdezésére került sor, az alábbi kvótákkal:

- Manhattan: 40 fő
- Bronx: 40 fő
- Brooklyn: 10 fő
- Queens: 10 fő
- Westchester County: 30 fő
- Ulster County: 14 fő

Az anonim, strukturált kérdőív, amely face-to-face technikával került lekérdezésre, 20-30 percig tartott. A kérdezők az utcai szociális munkások napi munkáját és útvonalát követve, a szociális munkással együtt választották ki az interjúalanyokat. Az interjúkat olyan különböző helyeken vették fel, mint az utca, a megkeres program központi irodái, vagy más, egyéb publikus helyek.

A kutatásban használt kérdőív az alábbi tematika szerint épül fel:

1. Demográfiai jellemzők
2. Életkörülmények
3. Munka és jövedelem
4. Jogi helyzet, kriminalitás
5. Egészségi és pszichiátriai státusz (önbevallás alapján)
6. Szerhasználat, fogyasztás módja
7. Kockázati magatartásformák
8. HIV fertőzöttségi percepció
9. Jelenlegi fertőzöttségi státusz
10. Preventív magatartás
11. Korábbi, két hétnél több ideig tartó kezelések száma (szerhasználatból fakadó)
12. Kezelésbe jutás főbb, vélt akadályai (spontán, valamint 21 attitűdállítást alapján)
13. Megoldási javaslatok

2 Utcai megkereső programok szociális munkásaival végzett vizsgálat

Összesen 55 fő került megkérdezésre, ebből 29 fő utcai munkás, hét igazgató, 11 szupervízor, négy jogi tanácsadó, és négy asszisztens volt. Az interjúk lekérdezési ideje 45-60 perc között mozgott, és anonimak voltak.

Az interjú szerkezete a következő volt:

1. Demográfiai adatok
2. Jelenlegi és korábbi, kezelési rendszerbeli, valamint a humán szolgáltatásban eltöltött munkahelyek
3. HIV fertőzöttségi státusz
4. A program filozófiája
5. Kezelésbe jutás akadályai, azok súlyossága (spontán, valamint 17 attitűdállítás alapján)
6. Megoldási javaslatok
7. A vélt akadályok változása az elmúlt 10 év folyamán

3 A kezelőszemélyzet körében végzett vizsgálat

Ebben a kutatási modulban 6 különböző típusú ellátásban dolgozókat interjúvoltak meg.

- Metadon fenntartó program
- Terápiás intézetek
- Járóbeteg ellátás
- Medikálisan ellenőrzött járóbeteg ellátás
- Nappali szerű ellátás
- Detoxikáló

A vizsgálat során igazgatókat, szupervízorokat, tanácsadókat, a metadont kiosztó személyzetet kérdezték meg. Minden kezelési típusból négy intézmény került kiválasztásra. 71 fő került megkérdezésre.

Az interjúk 45-60 percig tartottak, és az alábbi tematikus egységet követték:

1. Demográfiai adatok
2. Jelenlegi és korábbi, kezelési rendszerbeli, valamint a humán szolgáltatásban eltöltött munkahelyek
3. HIV fertőzöttségi státusz
4. A programba kerülés kritériumai
5. A kezelő által nem megoldható problémák
6. Továbbutalások (rendszeren belül, rendszerről kívül érkezők: hova, honnan, hogyan)
7. Program filozófia
8. Ártalomcsökkentési tevékenység, finanszírozás
9. Kezelésbe jutás akadályai 16 attitűdállítás alapján
10. Megoldási javaslatok
11. A vélt akadályok változása az elmúlt 10 év folyamán

A kezelőhelyeket az alapján választották ki, hogy a következő kezelési típusok reprezentálva legyenek a lekérdezésben:

- Olyan kezelőhelyek, ahova az utcai megkereső munkából utalni lehet klienseket
- Utcái szerhasználókat fogadó intézmények

A metadon fenntartó programokból, terápiás intézetekből, járóbeteg ellátókból, medikálisan ellenőrzött járóbeteg ellátókból, a nappali szerű ellátókból, illetve a detoxikálók mindegyikéből 2 intézmény kiválasztva az alapján, hogy rossz, vagy jó tapasztalatuk van az utcai megkereső programokkal kliensutalás terén.

4 A policy szereplők és a szervezetek igazgatói között végzett vizsgálat

Ebben a vizsgálati modulban az AIDS intézet, helyi, New York-i szociális szolgáltatók és a New York-i drog- és alkoholbetegeket ellenőrző, illetve ezen a területen működő civil szervezeteket finanszírozó OASAS munkatársai voltak. Minden intézményből olyan kulcsszemélyekkel készült interjú, akiknek rálátásuk volt a kezelési rendszerre, annak működtetésére, finanszírozási hátterére. Az interjúerek által felkeresett intézmények ugyanakkor szoros együttműködésben állnak.

Az interjú felvételének ideje körülbelül egy óra, és a következő tematikus egység szerint épül:

- Interjúalany pozíciója, beosztása
- Demográfiai adatai
- Korábbi, a területen eltöltött munkatapasztalat
- Kezelésbe jutás akadályai, azok súlyossága (spontán, valamint 10 attitűdállítás alapján)
- Az akadályok felszámolására irányuló tervek
- Megoldási javaslatok
- A vélt akadályok változása az elmúlt 10 év folyamán
- A kezelők vélekedése az ártalomcsökkentésről és az AIDS ellen folytatott küzdelmükről
- Az elmúlt 10 év tapasztalatai arra vonatkozólag, hogy az intravénás használók milyen mértékben keresték fel a kezelőket

DRID protokoll

Az EMCDDA 2006-ban határozta meg azon indikátorok összességét (EMCDDA, 2006), amelyek segítségével a tagállamokban monitorozni lehet az intravénás szerhasználathoz kötődő fertőző megbetegedések (hepatitis B és C, valamint HIV) epidemiológiai jelenségek mintázatát, trendjeit (kábítószer használathoz kötődő fertőző megbetegedések, a továbbiakban

DRID). Az indikátorok segítségével nyert információk segítségével évről évre lehetségessé válik, hogy azonosítsuk azokat a prioritásokat, amelyek nélkülözhetetlenek a fertőző megbetegedések megelőzéséhez, az egészségügyi kezelések és a hozzájuk kapcsolódó költségek előrejelzéséhez, valamint a preventív jellegű intervenciók evaluálásához. Ezen kívül az indikátorokból nyert információk segítségével lehetővé válik az injekciós használathoz kötődő incidenciák, prevalenciák és trendek becslése is, valamint – az adatgyűjtés standardizált volta miatt - a különböző országokból származó adatok összehasonlítása is.

A kulcs indikátorok alapvető célja tehát

- a fertőzöttség szintjének mérése
- trendek monitorozása
- beavatkozások, policy-k, vonatkozó intézkedések hatásának felmérése
- aggregált adatok gyűjtése az injekciós szerhasználattal járó kapcsolatos viselkedésformákkal kapcsolatosan

Jóllehet az adatgyűjtésre vonatkozó protokoll nem említi, az indikátorok gyűjtésén keresztül alapvető információkat lehet gyűjteni az intravénás szerhasználók szükséglet felmérésre vonatkozóan (pl. a fertőzöttségi, vagy a szerhasználati prevalencia értékek – lásd később az indikátorok bemutatás részt – és a kezelési adatok összehasonlításán keresztül jól azonosíthatóak hiányosságok, további kezelési szükségletek).

Az indikátorok gyűjtésének, kezelésének és feldolgozásának módszertanára vonatkozó ajánlásokat és tanácsokat a protokoll tartalmazza. A protokoll célja alapvetően az adatok minőségének, és összehasonlíthatóságának javítása.

Az indikátorok segítségével szerzett adatokat a nemzeti drog fókuszpontok gyűjtik be és továbbítják az EMCDDA felé. Az indikátorok gyűjtésére az EMCDDA egy munkacsoportja kifejlesztet egy standardizált adatgyűjtő eszközt, az ún. 9-es számú standard táblát (ST9), valamint az adatgyűjtéshez tartozó protokollt is. Annak érdekében, hogy az adatokból származó információk minél általánosíthatóbbak legyenek, az EMCDDA iránymutatása azt javasolja, hogy az indikátorok gyűjtése a drogbeteg kezelésből, illetve más, a kezeléshez kötődő más környezetből származzon, mint amilyen az alacsony küszöbű ellátás. Ezen kívül a kézikönyv ajánlást tesz olyan mintavételi technikákra, amelyek segítségével megbízhatóbb adatokat lehet gyűjteni a használók szerhasználati mintázatára és fertőzöttségére vonatkozólag. Mindezen ajánlások ellenére a kézikönyv felhívja a figyelmet arra, hogy a reprezentativitás nehézsége miatt az adatok interpretálásakor figyelembe kell venni az adatgyűjtés nehézségeit és korlátait.

A gyűjtendő adatokra vonatkozóan a protokoll egy kulcsindikátorokra, valamint további, opcionális indikátorokra vonatkozó ajánlást tartalmaz. A kötelezően ajánlott kulcsindikátorok a következők:

1 Az interjúval kapcsolatos adatok

- Az adatfelvétel dátuma

- Az adatfelvétel színhelye (mely kezelési, ellátási típusból származik)
- A kérdezett kódja

2 Megfelelési kritériumok

- Injektálásra vonatkozó élet prevalencia érték
- Elmúlt 12 hónap opiát, kokain / amfetamin használata (rendszeres)
- Elmúlt 12 hónap injektlási prevalencia értéke
- Elmúlt 4 hét injektlási prevalencia értéke

3 Szociodemográfia

- Kor
- Nem
- Születés helye (ország)

4 Kezelés, tucsere

- Korábbi kezelések
- Jelenlegi kezelés

5 Szerhasználati szokások

- Jelenlegi elsődlegesen használt szer

6 Injekciós szerhasználat és eszközmegosztás

- Első injekciós használat életkora
- Jelenlegi injekciós használat
- Tű- és eszközmegosztás gyakorisága
- Tűmegosztásban részt vett személyek száma
- Saját tű újrahasználásának száma

7 Új és steril tűk használata

- Új / steril tűk elérhetősége
- Az elmúlt 4 hét során beszerzett új / steril tűk száma
- Az elmúlt 4 hét során ingyenesen beszerzett új / steril tűk száma

8 Szexuális viselkedés

- Az elmúlt 4 hét alatti óvszerhasználat fizetett szexuális aktusok során

9 Börtön, kriminalitás

- Volt-e valaha börtönben

10 HIV és Hepatitis szűrés

- Legutóbbi HIV szűrés eredménye
- Legutóbbi HCV szűrés eredménye

11 Lakóhelyi státusz

- Jelenlegi hajléktalansági helyzet

12 Szűrések eredményei

- HBV

- HCV
- HIV

A protokoll megszab egy minimumfelvételt arra vonatkozólag is, hogy mekkora minta elemszámú kutatásból / adatforrásból származzanak az adatok. Ennek a számnak minimum száznak kell lennie, amennyiben ez nem lehetséges, 50 vagy annál több minta elemszám is elfogadható.

AZ EMCDDA által javasolt indikátorok gyűjtése – eltérő adatszolgáltatási minőséggel ugyan – de zajlik a tagállamokban. A magyarországi DRID indikátorok gyűjtését lásd az „OEK országos kampányszűrés és azok kérdőívei” részben.

OEK országos kampányszűrés – a DRID indikátorok Magyarországon

Magyarországon az ÁNTSZ 2005. augusztus 29-i, tisztifőorvosi utasítása alapján kötelező az intravénás szerhasználók HIV, HCV és HBV fertőzöttségével kapcsolatos országos adatgyűjtés. Az tisztifőorvosi utasítás szoros kapcsolatban áll az EMCDDA 2006-os, az intravénás szerhasználathoz kötődő fertőző megbetegedések (hepatitis B és C, valamint HIV), epidemiológiai jelenségek mintázatának, trendjeinek monitorozására tett módszertani ajánlásaival (EMCDDA, 2006), valamint célkitűzéseivel (lásd szintén EMCDDA, 2006, illetve a 'DRID Protokoll' c. részt). Jóllehet az intravénás kábítószer-használók HIV/HCV szűrővizsgálatát az ÁNTSZ regionális laboratóriumai vizsgálatkérő lappal beérkezett vérmintából térítésmentesen végzik el számos helyen, a rejtőzködő magatartást tanúsító intravénás használók ezeken a szűrőállomásokon minimális létszámban jelennek meg. Ebből kifolyólag az Országos Epidemiológiai Központ 2006-tól óta újjbegyből vett, szárított vérminta használatán alapuló, sentinel szűrővizsgálatokat szervez intravénás használók részére.

A szűrések a különböző tucsere központokat működtető civil szervezetek, valamint kezelőhelyek bevonásával történik. 2006-ban 10 szervezet és 300 fő, 2007-ben 15 szervezet és 567 fő, 2008-ban 18 szervezet és 600 fő, míg 2009 során 20 intézmény és 705 fő vett részt a mintagyűjtésben (Jelentés, 2008, 2009). A vizsgálatba olyan személyek kerülnek, akik a mintavételi periódusban megjelentek a fenti intézmények valamelyikében, intravénás kábítószer-használónak vallották magukat, vagy emlékeztek arra, hogy valaha intravénás szert használtak, függetlenül attól, hogy valaha vettek-e részt HIV, HBV vagy HCV szűrővizsgálaton.

Az anonim szűrés során történik az EMCDDA által ajánlott, DRID indikátorok gyűjtése is. Az adatgyűjtés face-to-face technikával zajlik, a jelen lévő szociális munkás a szűrést követően kérdezi meg a klienst. Az adatgyűjtésre használt mérőeszköz hazai kialakítása több éves munka eredménye. Az adatok gyűjtését két darab egyoldalas kérdőív segítségével végzik. Az adatok lekérdezése 5 perc. A kérdőívek struktúrája, tartalmi elemei a következők.

1. Kísérőirat HIV szűrővizsgálat céljára levett vérmintához (19. Melléklet)

2. Kísérőirat hepatitis B és hepatitis C szűrővizsgálat céljára levett vérmintához

A két kérdőív struktúrája és tartalmi elemei megegyeznek.

1. Szűréssel kapcsolatos alapadatok

- Az adatszolgáltatást kérő szerv neve, címe
- Az adatszolgáltató intézmény neve és címe
- Adatszolgáltatók köre
- A vérminta vételének dátuma
- A vérminta sorszáma
- Kliens generált kódja (TDI kód)

2. Szociodemográfia és szerhasználat

- Nem
- Kor
- Használat kezdete
- Utolsó injektlás
- Primer injektlált szer

3. Kockázati magatartásformák

- Tű- és eszközmegosztás
- Tűmegosztás

4. Szűrési múlt

HIV szűrés (valaha, legutóbbi, annak dátuma és eredménye)

HCV szűrés (valaha, legutóbbi, annak dátuma és eredménye)

5. HIV ½ ellenanyag vizsgálati eredményei

A kérdőívből származó adatok az EMCDDA 9-es standard táblájához szolgáltatnak adatokat (lásd 'Alacsony küszöbűek szolgáltatói profilja' c. részt)

Hepatitis C fertőzéssel kapcsolatos szükséglet felmérés Oregon államban

A most bemutatásra kerülő vizsgálat (Oregon Substance Abuse Treatment / Mental Health Provider, 2007), illetve vizsgálati eszköz a hepatitis C vírusra és azok kezelésére vonatkozó Oregon-beli kormányzati direktíva kontextusában született. A HB 2045 rendelet értelmében 2005 januárjára a Humán Szolgáltatások Osztályának egy, a hepatitis kezelését célzó programot kellett kidolgoznia, amely többek között tartalmazza a fertőzés megelőzésére és kezelésére irányuló cselekvési terveket. Mindebből kifolyólag egy helyzet- és szükséglet felmérésre volt szükség az érintett kliensi szervezetek, kezelők, kormányzati szervek, kutató intézetek és közegészségügyi szolgáltatók véleményére, meglátására és helyzetelemzésére az alábbiakkal kapcsolatosan:

1 A HCV szűrések körülményei

2 A drogbetegek mentális és fizikai problémáit kezelő intézmények tanácsadói, edukatori szerepe, valamint a továbbküldések rendszere

3 Helyi szintű együttműködések, utcai megkereső munka

4 A HCV-vel kapcsolatos legfontosabb preventív, kezelési és edukatori igények

5 A helyi közegészségügyi ellátás erőssége

6 Tanácsadás, edukáció és továbbküldések a Hepatitis A és B vonatkozásában

A vizsgálat célcsoportja a különböző megyei drogbeteg ellátó intézmények (terápiás intézmények, kórházak / addiktológiai jellegű intézmények) voltak. Az Oregon államban található 65 ilyen típusú intézményből 43 volt hajlandó a kutatásban történő részvételre. A kérdezés emailen (önkitöltős kérdőív), valamint telefonos módszerrel folyt. A kérdőívet a kérdések megválaszolására leginkább alkalmas személy töltötte ki. A kvalitatív kérdéseket tartalmazó kérdőív az alábbi kérdéseket tartalmazta:

- Hogyan folyik a helyi HCV szűrés
- Hol folyik
- Milyen kiegészítő szolgáltatások állnak rendelkezésre a szűrésre jelentkezők számára
- Hova utalják a pozitív klienseket
- Kliensbe vetett bizalom
- Milyen helyi együttműködés tapasztalható a HCV-vel kapcsolatos tanácsadói, megelőzési és probléma kezelési tevékenységekkel kapcsolatban
- Kik a fertőzés célcsoportjai a helyi közösségben
- Ezek közül melyikkel dolgozik közvetlenül
- Helyi utcai megkereső munka szerepe a problémakezelésben
- Milyen HCV-vel kapcsolatos információra lenne szüksége a helyi egészségügyi osztályoknak, közösségi alapú szervezeteknek, orvosi szolgáltatást nyújtóknak, támogatói csoportoknak
- Mi a helyi közösség legnagyobb, HCV prevencióra és edukációra vonatkozó igénye
- Melyek a helyi közösségi ellátók erősségei, amelyek elősegíthetik a HCV-vel kapcsolatos prevenciót, kezelést és edukációt
- Milyen jellegű tanácsadás, edukáció és továbbküldések folynak a Hepatitis A és B vonatkozásában

Injekciós használók ellátatlan szükségletének mérése Kanadában

Az alábbiakban egy olyan kutatás és az ahhoz kapcsolódó mérőeszköz bemutatására kerül sor, amelyet Kanadában, Newfoundland-ben és Labrador-ban végeztek Gustavson és mtsai (2008) injekciós használók kezelésbe, alapvető egészségügyi szolgáltatásba jutásának akadályainak feltérképezésére. A kutatás apropójaként az szolgált, hogy egy kormányzati rendelet által végrehajtott gazdasági és intézményi átszervezés következtében a Newfoundland-ben és Labrador-ban található egészségügyi szolgáltatók színvonala erősen visszaesett. Ennek következtében az intravénás használók esetében tovább nőttek a kielégítetlen igények az

elérhető egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában. Mindezen túl a HIV fertőzöttek aránya jelentős növekedésnek indult az adott régióban (AIDS Committee, 2007).

A projekt célja alapvetően tehát

- A St. John's-ban tapasztalható intravénás használat jellemzése
- A rendelkezésre álló szolgáltatások leírása
- A kezelésbe jutás akadályainak feltárása
- A kezelésen kívüli intravénás használók kezelési igényének feltárása
- Az eredményekre épülő stratégiai terv kidolgozása volt

A kutatási projekt alapvetően 3 modulból állt. Most ezek kerülnek rövid bemutatásra.

A Vizsgálat injekciós használók körében

A vizsgálati modul célja az volt, hogy jelenlegi és volt használók szerhasználati szokásait, tudását és attitűdjeit azonosítsa. Az interjú alanyokhoz a helyi tűcsere szervezeteken keresztül jutottak el: az interjúra alkalmas személyeket az ott dolgozó személyzet választotta ki. Azokat, akik beleegyeztek az adatfelvételbe, megkérték, hogy a kitöltött kérdőívet postán küldjék el a helyi közegészségügyi kutató intézetnek. Az adatfelvétel anonim volt. A 3 hónapos adatfelvételi időszak alatt a kiosztott 250 kérdőívből 29 érkezett vissza. A visszaérkezett kérdőíveket kvantitatív és kvalitatív módszerekkel dolgozták fel. A 9 oldalas kérdőív 49 kérdést tartalmazott, és az alábbi struktúrát követte:

1 Demográfiai adatok

- Életkor
- Nem
- Iskolai végzettség
- Származás
- Lakhatási státusz
- Családi státusz
- Foglalkozási státusz

2 Szerhasználat

- Droghasználatból fakadó probléma (szubjektív megítélés)
- Első használat életkora (alkohol, primér drog)
- Első intravénás használat
- Legutóbbi intravénás használat
- Intravénás használat gyakorisága, körülményei
- Helyi tűcsere ismertsége, használata (utilisation)
- Utolsó 6 hónap szerhasználata (összes szer)

3 Kockázati magatartásformák

- Tűmegosztás, tű beszerzésének körülményei
- Prostitúció, szexuális magatartás
- Börtön, börtönben történő használat

4 Szolgáltatások

- Utolsó 6 hónapban használt egészségügyi és szociális szolgáltatások
- Utolsó 6 hónap kezelésbe jutási kísérletei (sikeres, sikertelen)
- HIV, HBV, HCV ismeretek, beoltottság
- Javaslatok a jelenlegi szolgáltatások javítására

B Fókuszcsoporthoz, valamint interjú kulcsszavakkal

Az interjú alanyokhoz hirdetésekkel keresztül jutottak el.

B 1 Fókuszcsoporthoz

Összesen 9 fókuszcsoporthoz vizsgálat történt 34 fővel. A csoport tagjai nővérek, utcai munkások, egészségpolitikusok, szervezeti dolgozók, igazságszolgáltatásban dolgozók, korábbi és jelenlegi használók, azok családtagjai. A fókuszcsoporthoz 60-90 percig tartottak, és alapvetően célja a helyi szolgáltatások azonosítása, valamint a kezelésbe jutás akadályainak feltárása volt.

B 2 Interjúk

Összesen 22 fővel készült interjúk adatfelvétel. Az alanyok kezelésben dolgozók, használók és családtagjaik voltak. Az interjúk 30-120 percig tartottak. A félig strukturált interjúk tematikája a következő volt:

- Injekciós használókhoz való viszony
- Ártalomcsökkentési ismeretek, attitűdök
- Kezelésbe jutás percepiált akadályai

C A helyi programok és szolgáltatások áttekintése

Az áttekintés célja az összes, helyi szolgáltatás és szolgáltató beazonosítása volt. Az áttekintésre használt források alapjául telefonkönyvek, internet és könyvtári források szolgáltak. A beazonosított szolgáltatókat később telefonon is felhívták egyeztetés végett.

D Fórum

A kutatás eredményeit egy egynapos fórumon osztották meg a közösségi szereplőkkel, stake holderekkel és más érdeklődőkkel. A fórum célja a résztvevőktől származó visszajelzések begyűjtése volt.

Szükséglet felmérés Dél-Kelet Londoni droghasználók kezelésbe jutásával kapcsolatban

Fountain és mtsai (2000) kutatásában kvalitatív és kvantitatív eszközök együttes felhasználásával végeztek szükségletfelmérést Dél-Kelet Londonban. A kutatás célja az volt, hogy korábbi, jelenlegi, illetve potenciális kliensek körében, a célcsoport személyes percepciója alapján azonosítsa a dél-kelet londoni drogbeteg ellátó szolgáltatások iránti attitűdöket, aminek segítségével a helyi kezelési szükségletek jól beazonosíthatóak. A kutatás koncepciójának fontos része volt, hogy az adatfelvétel három különböző célcsoportot célt meg. A koncepció mögött az az elgondolás állt, hogy amennyiben csak a szolgáltatást igénybe vevők szempontjából vizsgáljuk az ellátási rendszert, akkor csak egy lehetséges aspektust

vizsgálunk. Ebből kifolyólag a szükséglet felmérés fontos eleme, hogy a potenciális, illetve az ellátási rendszerrel korábban kapcsolatban lévő ex-kliensek (akiknél azóta lehet, hogy újabb szükségletek keletkeztek) attitűdjét is megmérjük. A kutatás megrendelője a helyi egészségügyi bizottság volt, aki nem csak a helyben működő drogbeteg ellátás fenntartója, hanem azok működésének biztosítója is egyben.

A kutatás alapvetően három részből állt:

1. Jelenlegi szerhasználók között végzett kliens elégedettségi vizsgálat
2. Interjú vizsgálat jelenleg kezelésben nem lévő droghasználókkal
3. Fókuszcsoportos vizsgálat jelenleg kezelésben lévő, és kezelésen kívüli droghasználókkal

A kutatás célcsoportjai tehát kezelésben lévő kliensek, kezelésen kívüli kliensek, illetve korábban kezelésben lévő kliensek voltak. A kutatás a következő mérőeszközöket, illetve mérési eljárásokat alkalmazták:

A Kliens elégedettségi vizsgálat

10-15 perces önkitöltős kérdőív, amit egy adott hét alatt a helyi tűcserékben, drop-in központokban, bentfekvéses drogellátókban és rehabilitációs intézményekben megforduló / bentlévő használók között kérdeztek le.

B Kezelésen kívüliek vizsgálata

A kérdezés során 88, jelenleg kezelésen kívül álló droghasználót kerestek meg. A mintába kerülés kritériuma az volt, hogy az interjúalany a vizsgálat alatt nem álljon semmilyen ellátóval kapcsolatban, illetve minimum heti 3 alkalommal használjon heroint vagy opiátszármazékokat, vagy más stimulánsokat. A kérdezők a célcsoporthoz a kérdezettek személyes networkjén keresztül jutottak el. Maguk a kérdezők jelenlegi és korábbi használók, vagy olyan alanyok voltak, akik jól ismerték a helyi viszonyokat és kontextust. A kérdezés során a tanulmány koncepciójára és céljára kifejlesztett strukturált kérdőívet használtak. Az interjúkat 3 hét leforgása alatt bonyolították le. A kérdezés anonim volt, és minden egyes interjú fél óráig tartott.

A strukturált kérdőív hét modulból tevődött össze

1. Háttérinformációk
 - Demográfia
 - Szerhasználat
 - Eszközmegosztás
2. Tűcsere ellátással kapcsolatos tapasztalatok és attitűdök

3. Drop-in központokkal kapcsolatos tapasztalatok és attitűdök
4. Strukturált gondozókkal kapcsolatos tapasztalatok és attitűdök
5. Kórházi, bentfekvéses osztályokkal kapcsolatos tapasztalatok és attitűdök
6. Rehabilitációs intézményekkel kapcsolatos tapasztalatok és attitűdök
7. Körzeti orvosokkal kapcsolatos tapasztalatok és attitűdök

Minden modulban két külön kérdéscsoport volt: az egyik azoknak, akik az elmúlt egy év folyamán valamely fenti ellátók minimum egyikét látogatta, míg a másik azoknak, akik az elmúlt egy év folyamán ezeket a szolgáltatásokat nem használták. Akik nem voltak kezelésben, azoktól alapvetően a következő kérdéseket kérdezték:

- 1 Miért nem voltak kezelésben, miért nem használták a szolgáltatásokat?
- 2 Szerintük milyen a szolgáltató?
- 3 Szeretnének-e bármely drogproblémával az elkövetkezendő év folyamán valamelyik szolgáltatásba bekerülni?
- 4 Kihez fordulnának segítségért?

Jelenlegi és potenciális kliensek fókuszcsoportos vizsgálata

A fókuszcsoportos vizsgálatban három csoport került megkérdezésre:

- a. kezelésen kívüliek
- b. egy férfiaktól és egy nőtől álló, kezelés alatt álló csoport

A fókuszcsoport moderátora a drogszakmában járatos személy volt. A fókuszcsoportos megbeszélés az alábbi tematika szerint zajlott:

- Az ideális szolgáltatás
- Rejtett szükségletek
- Kezelési formák iránti attitűd (pozitívumok és negatívumok)
- Kezelésbe jutás vélt akadályai
- Kezelési típusokról szerzett információk forrásai

VI. A drogbeteg ellátásban működő alacsony küszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet meghatározási és adatgyűjtési eljárások

Az alábbiakban olyan adatgyűjtő rendszerek kerülnek bemutatásra, amelyek alacsonyküszöbű szervezetek (tűcserék) szolgáltatási profiljának leírására törekszenek. Az ilyen jellegű adatgyűjtések célja többszintű: egyrészt visszajelzést ad a szolgáltatóknak saját tevékenységéről, ezáltal segíti a szolgáltatások tervezését és fejlesztését, másrészt visszacsatolásként, elszámoltatásként is használható a fenntartók, működtetők felé. A szolgáltatói profilról történő adatgyűjtés szükségletfelmérés egy alapeleme, hiszen az adatokból jól látható a szolgáltató kapacitása, ellátási képessége.

Írországi tűcserék profiljára vonatkozó adatgyűjtés

A kutatás célja az volt, hogy az Írorszáiban működő tűcserékről profilt alkosthassanak a kutatók (Robinson és mtsai, 2008). A kutatásra 2007 novembere és 2008 februárja között került sor, ahol az országban található 31 programot keresték fel. A programok szolgáltatást felmérő kérdőíveket kaptak, melyek hat nagyobb egységből álltak:

- adminisztrációs adatok: milyen szerv a fenntartó (állami, nem állami), milyen jellegű szolgáltatásokat nyújtanak (egészségügyi, szociális), nyitva tartás, elhelyezkedés (városi, belvárosi, vidéki),
- célcsoport profilja: nemek aránya, életkor, kiszolgáltatnak-e 18 éven aluliakat, célcsoport (prostituáltak, helyi szerhasználók, etnikai kisebbségek, stb), leginkább használt kábítószer, használat módja, mit kérdeznek a klientsztől a program első használatakor (pl. használt kábítószer, szexuális aktivitás az elmúlt évben, vér útján terjedő betegségek és kezelés történet)
- az alkalmazottak és önkéntesek profilja: alkalmazottak végzettsége, alkalmazottak száma, konzultációs lehetőségek, képzések (pl. teendők túlادagolás esetén), a képzések dokumentáltak-e, információs anyagokat használnak-e (alkalmazottaknak kialakítva, Írorszáiban egységes), hepatitis A, B elleni oltást kapnak-e
- tevékenységek: milyen információkkal látják el a klienseket, kliensek tovább küldése más intézményekbe, tűcserén kívül milyen szolgáltatások vannak (pl.: drop-in, tisztálkodás, stb)
- menedzsment: adminisztrációk (mit kérdeznek a klientsztől (kérdézik-e a teljes nevét, születési évét, stb.), mennyi steril eszközt, óvszert adtak ki, mennyi injekciós tűt hoztak vissza, milyen adatbázist használnak
- új jelenségek a szerhasználattal kapcsolatban

A tűcsere programokat 3 csoportba osztották: ún. fixed-site programok, otthoni megkereső programok, nyilvános helyeken működő programok.

Brazil tűcsere programok profiljára vonatkozó adatgyűjtés

A kutatás során a brazil tűcsere programok működését vizsgálták meg. A tűcsere programok definícióját, meghatározását a brazil Egészségügyi Minisztériumtól vették át. 134 programot azonosítottak az ártalomcsökkentés területén működő szervezetek beszámolója alapján. A kiküldött kérdőívekből mindössze 45 jött vissza. A kutatási beszámolóban hangsúlyozzák a tűcsere programok szerepét a HIV terjedésének fékezésében.

A keresztmetszeti vizsgálat során a programok önkitöltős kérdőíveket kaptak 2004 októbertől és 2005 márciusa között. Azokat a programokat vizsgálták, melyek a kutatást megelőzően 6 hónappal már működtek. Elsőként azt derítették ki, hogy hány program létezik az országban. Második lépésben pedig kiküldték a kérdőíveket és elemezték a visszaküldötteket.

A kérdőívben a National STD/AIDS Program, UNDCP és Federal University of Minas Gerais által végzett brazil empirikus vizsgálat során használt kérdőívben található kérdések. A kérdőívet 3 tűcsere programmal próbálták ki, majd végezték el a szükséges változtatásokat.

A kutatás során a következőket kérdezték:

- lefedettség: program szolgáltatásaiban részesülők száma (állandó, alkalmi, elhagyó kliensek kategorizáció szerint) – intervallum skálák
- finanszírozás: források, fenntarthatóság – intervallum skálák
- készlet kontrol: injekciós tűk és egyéb steril eszközök (statisztikák a kiadásról és begyűjtésről)
- kapacitás: dolgozók felvétele, menedzsment autonómia, dolgozók összetétele
- helyi politikai körülmények

Tűcsere programok összehasonlítása és jellemzése az Amerika Egyesült Államokban

A kutatás során összehasonlították az Amerika Egyesült Államokban 1994-ben és 1996-ban létező tűcsere programok működését és fejlődését (Paone és mtsai, 1995 és 1999).

A tűcsere programok működését nagyban meghatározza, hogy milyen a jogi helyzete az adott államban. A kutatók hangsúlyozták, hogy a tűcsere programoknak nagy szerepe van a HIV terjedésének fékezésében, ugyanis az Egyesült Államokban a fertőzések 35%-a összefüggésbe hozható az intravénás szerhasználattal.

Az általuk ismert és nyilván tartott tűcsere programokat három kategóriába sorolták jogi státuszuk alapján. Az első kategóriába azok a programok kerültek (ún. legális programok), melyek esetén az adott államban nem volt vényköteles az injekciós tű, vagy az állam kivételt tett a program javára. A második kategória az „illegális, de tolerált” programok nevet kapta, melyek olyan államokban létesültek, ahol vényköteles volt az injekciós tű, de a helyi döntéshozóktól jóváhagyást kaptak. Illegális-underground kategóriába pedig olyan tűcsere

programokat tettek bele a kutatók, melyek államaiban vényköteles volt az injekciós tű, és hivatalos támogatást nem kaptak.

1996 novemberében 101 tűcsere program igazgatójának küldték el a kérdőíveket a Beth Israel Medical Center (New York) és a North American Syringe Exchange Network (NASEN) együttműködésében. Végül 87 program válaszolt. Olyan programokat kerestek fel, melyet a NASEN nyilvántartott. A kérdőív tartalmazott zárt és nyitott kérdéseket is egyaránt. A programok koordinátoraival telefonos interjú is készült a kérdőív alapján.

A következő témakörökre tért ki a kérdőív:

- klientúra (pl. életkor)
- személyzet
- tűcsere programok működése
- jogi helyzet
- nyújtott szolgáltatások (továbbküldés más intézményekbe, információk óvszerhasználatról, fogápolásról, ártalomcsökkentés, szexuális úton terjedő betegségek tesztelése, HIV tesztelés és tanácsadás, TBC tesztelés)
- programok mérete (az alapján, hogy mennyi injekciós tűt adnak ki éves szinten)
- mióta működnek a programok
- másodlagos tűcsere (olyan jelenség, amikor a végső felhasználó közvetítő útján jut a steril tűhöz, tehát nem ő keresi fel a programot, megnyilvánulhat ez barterben, vagy eladásban)
- injekciós tűk megsemmisítése
- nehézségek (forráshiány, erőforrás hiány)
- finanszírozás
- elhelyezkedés

Vizsgálták a program nagysága és a nyújtott szolgáltatások, kiadások, földrajzi elhelyezkedés közötti kapcsolatot. Továbbá megnézték, hogy 1994 és 1996 között mennyi új program létesült, mely államokban, és ezen tényezők eredményeképp hogy változott a kiadott fecskendők mennyisége.

A kutatás korlátai közé tartozott, hogy a NASEN által nyilvántartott tűcsere programokon is léteznek programok, továbbá a jogi helyzet nem tükrözte, hogy a szerhasználathoz kapcsolódó eszközök milyen jogi szabályozás alá esnek. Több államban büntetik az intravénás szerhasználathoz szükséges eszközök birtoklását, ami megnehezíti a steril injekciós tűkhöz való jutást (pl. a gyógyszertárakban). A programok jogi státuszával összefüggésbe hozható a kiadott fecskendők száma.

Tűcsere programok szolgáltató profiljának leírása az Európai Unión belül – egy uniós pilot study tapasztalatai

A Correlation network, az EMCDDA és Nemzeti Fókuszpontok szakértői a Correlation projekt keretein belül adatgyűjtési protokollt dolgoztak ki kábítószer használókat ellátó ártalomcsökkentő szolgáltatások számára. Ez a projekt azt a célt szolgálta, hogy nemzeti és európai szinten az ártalomcsökkentő szolgáltatásokról több és értékelhetőbb, könnyebben összehasonlítható információt lehessen begyűjteni. További célként jelenik meg az információszerzés a szolgáltatók elérhetőségéről.

Az erre a célra létrehozott kérdőív a következő nagyobb egységeket tartalmazza:

- adminisztratív információk: ebben a szekcióban a szolgáltatóval kapcsolatos adatokra kérdeznek rá (kontaktszemély, fenntartó, szolgáltatás jellege, nyitva tartási idő, stb.)
- célcsoport és adminisztrációs rendszer: ebben az egységben a célcsoport összetétele, jellegére, kliensek profiljára, továbbá az adminisztráció jellegére kérdez rá
- személyzet: munkára fordított idő a különböző szakmai tevékenységek során (fizetett és önkéntes dolgozók esetében), képzések, személyzet biztonsága merül fel ebben a részben
- szolgáltatások: ebben az egységben a következőket járják körbe: szolgáltatások jellege, nyújtott szolgáltatások és eszközök, szociális ellátások, intervenciók, orvosi ellátás, információnyújtás,
- menedzsment: a kérdések kitérnek az intravénás szerhasználatához kapcsolódó eszközök kiadásának/cseréjének módjára, a fertőzött eszközök megsemmisítésére, a szolgáltató házirendjére, finanszírozási adatokra, stb.
- korai jelzőrendszer: új jelenségek a szerhasználatban és a szerhasználók között, tagság jelzőrendszerben, stb.

A kérdőívhez kitöltési útmutatót is készítettek, mely a kérdések értelmezésében és a kérdőív kitöltésében segít. A próbakérdézésben 15 önkéntes szolgáltató vett részt Ausztriából, Bulgáriából, Katalóniából, Franciaországból, Magyarországról, Lengyelországból és Portugáliából, továbbá Iránban (Teheránban) is kitöltötték a kérdőívet.

A szakértőkből álló csoport 2005 szeptembere és 2007 májusa között négyszer találkozott. A szakértői csoport tagjai Katalóniából, Franciaországból, Magyarországból, Írországból, Szlovéniából, Norvégiából és Ukrajnából érkeztek.

Tűcsere programok szolgáltató profiljának leírása Magyarországon

A kutatás során olyan magyarországi alacsonyküszöbű intézmények feltérképezését kísérelték meg, melyek droghasználókkal foglalkoznak. Az első olyan kutatás volt Magyarországon, amely kísérletet tett arra, hogy leírja a magyarországi alacsony-küszöbű programok működési és finanszírozási struktúráját, szakmai irányelvét és klientúráját (Márványkövi és Rácz, 2005).

A kutatásban kvantitatív (kérdőíves) és kvalitatív (strukturált interjúk) módszerek felhasználására került sor. A kérdőív 70 kérdésből állt, a kérdések között voltak nyitott kérdések, kétválasztós és több választási lehetőséget nyújtó kérdések is. A felhasznált kérdéseket az EMCDDA (ártalomcsökkentésre, illetve ártalomcsökkentő szolgáltatásokra vonatkozó adatgyűjtési kérelem) és az ICSSZEM ajánlásait figyelembe véve készítették el. A kérdőív tematikus részei a következők voltak:

- működési költség
- források elérhetősége
- a szolgáltatások céljai
- célcsoportjai
- a segítő folyamat és az abban történő döntéshozás részletei
- ártalomcsökkentéssel kapcsolatos információ átadás és edukáció formái
- a kliensekkel kapcsolatos adatgyűjtés és annak formái
- a szervezetnél használt módszerek, szakmai megközelítések, továbbképzések
- a szolgáltatások értékelése, jövőkép

A kérdőívet a 20. Melléklet tartalmazza.

A célcsoportot a Droginfó című kiadvány (2003) alapján határozták meg. Olyan intézményeket kerestek fel, melyek ezen kiadvány szerint alacsonyküszöbű szervezetek. 62 ilyen intézményt kerestek fel, ebből 4 már nem működött, 14 szerint pedig a kérdések számukra nem relevánsak. Végül 29 szervezet juttatta vissza a kérdőíveket, amiket vagy az intézmény vezetője, vagy egy ott dolgozó töltött ki.

11 strukturált interjú készült, ebből 5 budapesti és 5 vidéki alacsonyküszöbű szervezettel, továbbá egy magyarországi jogvédő szervezettel. A kérdezetteket több éves szolgáltatói tapasztalatuk alapján választották ki. EMCDDA (nemzeti jelentésekre vonatkozó) ajánlásai alapján dolgozták ki a struktúrát:

A. Az illegális drogfogyasztás népegészségügyi vonatkozásai kapcsán:

1. A drogfogyasztás okozta halálesetek megelőzését célzó szolgáltatások adatai
2. A drogfogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések prevencióját és kezelését célzó szolgáltatások adatai

B. Az illegális drogfogyasztás társadalmi vonatkozásai és következményei kapcsán:

1. Az illegális droghasználók társadalmi reintegrációját elősegítő szolgáltatások adatai

Az interjú vázlatát a 21. Melléklet tartalmazza.

A kérdőívek kitöltése 1-2 órát vett igénybe.

A kutatásban minden olyan intézményt felkerestek, mely magát alacsonyküszöbűnek definiálta. Az intézmények nem egységes definíció alapján tekintették magukat alacsonyküszöbűnek, ennek köszönhetően olyan szervezetekhez is eljutott a kérdőív, melyek nem tudták a kérdéseket magukra vonatkoztatni. Továbbá olyan információs kiadványt használtak a kutatók, mely a 2003-as állapotot mutatta egy adott időpontban, ami a 2004-es kutatásra elavulttá vált, így bár megtudták, hogy 4 intézmény a kiszemelt intézményekből nem működik, de azt nem, hogy azóta nyíltak-e újak. A kérdőív visszakerülési arányt rontotta, hogy a kutatók postai úton várták vissza az adatokat, nem személyesen keresték fel az intézményeket.

VII. Módszertani ajánlás a kielégítetlen szükségletű droghasználói célcsoportok szükséglet felmérésére és profiljának meghatározására használt mérőeszközök, adatgyűjtők és kérdőívek magyarországi felhasználhatóságára

Ebben a részben újra áttekintésre kerülnek a Magyarországon és külföldön, a kielégítetlen szükségletű droghasználói célcsoportok szükséglet felmérésére használt mérőeszközök. Az áttekintés célja és funkciója azonban más, mint az ezt megelőző részekben. Az áttekintés célja az, hogy megvizsgáljuk a mérőeszközök és a korábban bemutatott mérési módszerek és eljárások felhasználhatóságát abban a vonatkozásban, mennyire, milyen mértékben, hogyan lennének alkalmazhatóak a kezelésen kívüli, nem kezelt szerhasználók kezelési szükséglet felmérésére és elemzésére Magyarországon.

A mérőeszközök felhasználhatóságának áttekintését strukturált formában tesszük meg, a SWOT analízis segítségével. A SWOT elemzés tulajdonképpen egy táblázatos formában megjelenített lenyomat, amely egy pillantás alatt átláthatóan jeleníti meg egy vizsgált terület aktuális állapotát. Ez az üzleti életből átvett módszer alapvetően a stratégiaalkotás kivitelezéséhez, egy szervezet elemzéséhez, értékeléséhez használatos. A módszer segítségével fel lehet tární azokat a tényezőket, amelyek egy program vagy projekt megvalósítását lehetővé és szükségessé teszik, illetve megakadályozhatják vagy elősegíthetik annak megvalósítását. A SWOT elemzés inkább egy már elvégzett helyzetelemzés összefoglalásának, sűrítésének, a helyzetet meghatározó és befolyásoló tényezők szisztematikus végiggondolását jelenti.

A fenti tényezők indokolják, hogy az itteni módszertani kontextusban, saját értékelési szempontjainkkal kiegészítve a SWOT analízis segítségével elemezzük a korábban bemutatott mérőeszközöket abból a szempontból, hogy azok mennyire alkalmazhatóak, illetve lennének alkalmazhatóak szükséglet felmérési célokra. Ebből kifolyólag a következő elemzési szempontok kerülnek felhasználásra.

- 1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?
- 2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?
- 3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?
- 4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?
- 5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?
- 6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?
- 7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?
- 8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Mindezen túl az alábbiakban igyekszünk az áttekintett forrásokat osztályozni, besorolni aszerint, hogy azok mennyire megbízhatóak, min alapszanak.

VII.1. A bemutatott eszközök jellemzése, értékelése

Kielégítetlen szükségletű droghasználói célcsoportok szükséglet-meghatározása

Az EMCDDA drogérintettségi kulcsindikátorai

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

Mint ismeretes, az EMCDDA által kidolgozásra került indikátorok jól alkalmazhatóak nagymintás, populációs felmérésekben, amelyek célja az adott célpopuláció drogérintettségének gyors és megbízható mérése. A standard változók alkalmazásával nem csak országok, hanem régiók, más különböző területi egységek közötti adatok és trendek összehasonlítása is lehetséges. Az indikátorokból kinyerhető prevalencia értékek és a kezelésben lévők számának összehasonlításán keresztül azonosíthatóvá válnak a relatív szükségletek. Az indikátorok gyűjtése csak önkitöltős módszerrel lehetséges, ami költség hatékony. Az indikátorokat már gyűjtötték Magyarországon.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Jóllehet az EMCDDA által javasolt indikátorok alkalmazása alapvető szerepet játszik az Európai Unión belüli a középiskolás- és felnőtt populációk drogérintettségének felmérésében, a szükségletelemzésnek csak egy aspektusát ragadják meg. Mindezen túl nem nyújtanak elegendő információt a kábítószer használat mintázatáról, a drogérintettség súlyosságáról, a szerhasználat körülményeiről.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A drogérintettségi indikátorok szükséglet felmérésben történő alkalmazásával gyors és megbízható képet kaphatunk az érintett célpopuláció alapvető szerhasználati gyakoriságáról. Jóllehet ezek az adatok önmagukban nem elegendők a szükségletek felmérésére, hiszen elsősorban nem diagnosztikai célokat szolgálnak, annak egy fontos elemét adják, hiszen a fogyasztási gyakoriságból következtetni lehet az adott populáció probléma –érintettségének mértékére. Szintén előnyük, hogy gyors helyzetelemzésben könnyen használhatóak, valamint a belőlük származó információk összehasonlíthatóak az országos tendenciával, trendekkel.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

Az indikátorok önmagukban történő felhasználása nem elegendő: hozzájuk további, a szükséglet felméréshez nélkülözhetetlen kulcs indikátorok alkalmazása szükséges, amelyek segítségével komplexebb elemzésre nyílik lehetőség. Lehetséges alkalmazásuk egy másik

fontos feltétele, hogy az indikátorok gyűjtése ismétlődő kell hogy legyen: az adott területi egységen csak így azonosíthatóak azok a trendek és folyamatok, amelyek a szükséglet felmérés és az azt követő beavatkozások visszacsatolásai is egyben.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Az indikátorok csak önmagukban történő felhasználásnak veszélye az, hogy nem nyújtanak összetett képet a célpopuláció kezelési szükségletéről.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Elsősorban nagymintás, reprezentatív kutatásokban.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kulcsindikátorok jól használhatók beavatkozások, drogpolicy-k, programok tervezésére és hatáselemzésére.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Az indikátorokat az unió tagországain belül számos drogérintettség felmérésben használják (felnőtt lakosság, középiskolás populációk). Magyarországon az indikátorokat a felnőtt populációs vizsgálatokban használják.

A felhasznált forrás (kézikönyv) az EMCDDA ajánlásainak gyűjteménye indikátorok, valamint azok gyűjtésére, feldolgozására, felhasználhatóságára vonatkozóan. Az ajánlás jelentős szakirodalmi és kutatási háttérrel készült.

ADE

Az ADE kérdőív többek között a fent bemutatott EMCDDA kulcs indikátorokat tartalmazza.

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A kérdőív segítségével az alapvető drogérintettségi adatok mérésén túl szükséglet felmérési céllal több információt lehet nyerni a használat körülményeivel kapcsolatban: első használat, annak körülményei, családtagok és a szűk környezetben élők érintettsége, a fogyasztás percipiált veszélye, mentális és szociális problémák, énkép. A standardizált változók használatával nem csak országok, hanem régiók, más különböző területi egységek közötti adatok és trendek összehasonlítása is lehetséges. Az indikátorok gyűjtése csak

önkitöltős módszerrel lehetséges, ami költség hatékony. Az indikátorokat az ADE kérdőívbe beépítve már gyűjtötték Magyarországon, tehát a mérőeszközt validálni nem kell.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A kérdőív számos olyan modult, kérdést tartalmaz, amelyek szükséglet felmérési szempontból irrelevánsak. Az indikátorok gyűjtése inkább csak önkitöltős módszerrel lehetséges, ami kevésbé költség hatékony. Más kérdezési technikák alkalmazása korlátozott.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Az alapvető drogérintettségi mutatókon túl a használat körülményeivel kapcsolatos fontos adatokhoz juthatunk. A kérdőívből származó információk összehasonlíthatóak az országos tendenciával, trendekkel. A kérdőívet több alkalommal is használták országos vizsgálatokban, így nem csak a kérdőív, hanem maga a kutatási design tesztelésére is sor került, az alkalmazáshoz szükséges kutató know-how készen áll– azaz a mérőeszköznek nem kell átesnie további validáláson.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A kérdőív egyes moduljai (szerhasználatra, szerhasználatból fakadó problémák, életfelfogására vonatkozó attitűdök és önbecsülésre vonatkozó kérdések) alkalmasak lehetnek lakossági szükséglet felmérésre.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A kérdőív önmagában, teljes hosszban és tartalommal történő használatával sok, a szükséglet felmérés szempontjából felesleges adathoz jutunk.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív alapvetően a felnőtt lakosság drogérintettségének mérésére lett kifejlesztve. Más célcsoportokon történő alkalmazása komoly módszertani előkészületeket igényelne.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdezési technika, valamint a kérdőív bizonyos moduljai relevánsak lehetnek iskolai felmérésekben is. A kérdőív használható lehet beavatkozások, drogpolicy-k, programok tervezésére és hatáselemzésére.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A kérdőívet több alkalommal is használták országos vizsgálatokban, így nem csak a kérdőív, hanem maga a kutatási design tesztelésére is sor került.

A felhasznált források egyaránt magában foglaltak kutatási beszámolókat, valamint nem publikált tanulmányokat, tudományos cikkeket, tudományos ismeretterjesztő könyveket.

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A komplex kérdőív számos olyan elemet tartalmaz, amelyek jól alkalmazhatóak szükséglet felmérési célokra. Ilyenek a drogfogyasztásra vonatkozó kérdések (mint ismert, az adott modul alapvetően az ADE kérdőívben használt kérdéseket tartalmazza), az önbecsülésre, étellel való elégedettségre vonatkozó kérdések, családi állapot, családi körülményekre vonatkozó kérdések, valamint a más addikciók mérésére szolgáló modulok (munkafüggőség, internet függőség, kóros játékszenvedély, stb.), amelyek segítségével komplexebb igények feltárására és kezelésére alkalmas információ gyűjthető. Mindezen túl az előbb felsorolt addikciók sokszor látens velejárói a drogproblémáknak. További pozitívum, hogy a drogfogyasztási modul gyakorlatilag megegyezik a felnőtt lakosság mérésére használt modulokkal, lehetővé téve ezzel az országos adatokkal. Felhasználása esetén a mérőeszközt validálni már nem kell.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A kérdőív számos olyan modult, kérdést tartalmaz, amelyek szükséglet felmérési szempontból irrelevánsak lehetnek (szexuális magatartás, testedzési addikció). Az önkitöltős és a személyes lekérdezés kevésbé költség hatékony, más kérdezési technikák alkalmazása korlátozott. A két kérdőív lekérdezése időigényes.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Látens igények és szükségletek azonosítására van lehetőség (más addikciók), komplexebb igény-térkép megfestésére van lehetőség. A szerhasználati modulból származó információk összehasonlíthatóak az országos tendenciával, trendekkel. Az addikciókat mérő modulok, skálák nemzetközi szinten történő összehasonlítására van lehetőség, jóllehet ez a hazai szükséglet felmérés szempontjából kevésbé fontos. A kérdőívet egy alkalommal használták országos vizsgálatban, így nem csak a kérdőív, hanem maga a kutatási design is tesztelésre került. Továbbá az alkalmazáshoz szükséges kutató know-how készen áll – azaz a mérőeszköznek nem kell átesnie további validáláson.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A kérdőív irreleváns moduljainak elhagyására lenne szükség, amiből kifolyólag a kérdőív lekérdezésének ideje is meglehetősen lerövidülne. Az addikciókkal kapcsolatos modulokat online kitölthetővé lehetne tenni, és bizonyos célcsoportok között alkalmazni, vegyes adatfelvételi technikát alkalmazva.

5 Mik a felhasználás kockázata, veszélyei?

A kérdőív önmagában, teljes hosszban és tartalommal történő használatával sok, a szükséglet felmérés szempontjából felesleges adathoz jutunk. A kérdezési technika megtartásával jelentősen növeljük a kutatási költségeket, főként, ha nagymintás vizsgálatokról van szó.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Lakosság, iskolai populációk, más szerhasználói populációk (pl. pszichoaktív szerek használói).

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív egyes moduljai (pl. Internet-függőség) alkalmasak lehetnek más szerhasználói populációk (pszichoaktív szerek) szükséglet felmérésére. A kérdőív használható lehet beavatkozások, drogpolicy-k, programok tervezésére és hatáselemzésére.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A kérdőívet egy alkalommal használták országos vizsgálatban. A kérdőívben használt addikciós skálák nemzetközileg validált mérőeszközök. A hazai felhasználás előtt a kérdőív egészét nem egyben validálták, de az egyes elemeit igen. Bizonyos modulok validálása még folyamatban van.

A közlés forrása tudományos cikk, illetve hazai szakértők megkérdezése.

Lakossági Attitűdfelmérés

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A szerhasználati modul segítségével alapvető drogérintettségi adatok mérésére van lehetőség. A részletes dohányzási és alkoholfogyasztási modul együttes alkalmazása összetett szükségletfeltárást tesz lehetővé. A szerhasználati modul kérdései az ADE kérdőív felhasználásával történtek, így az abból származó adatok összehasonlíthatóak az országos adatokkal.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A mérőeszköz rendkívül hosszú, lekérdezése idő- és költségigényes. A kérdőív számos olyan modult, kérdést tartalmaz, amelyek szükséglet felmérési szempontból kevésbé relevánsak, vagy ha relevánsak, túlságosan részletesek. A kérdőív még nincs validálva.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Az illegális szerhasználattal sokszor összefüggő, vagy az azt kísérő legális szerhasználattal kapcsolatosan nyerhető fontos, elsősorban a fogyasztás gyakoriságára, mintázatára és intenzitására vonatkozó információ.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A mérőeszköz alkalmazásához mindenféleképpen szükség lenne a szerhasználati modul egyes elemeinek elhagyására, további, elsősorban a szükséglet felmérést célzó kérdések hozzáadására, valamint – ha megtartásra kerül - az alkohol-és dohányzási modul rövidítésére, célzottabbá tételére.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A kérdőív önmagában történő használatán keresztül sok felesleges információhoz juthatunk. A kérdezési technika megtartásával jelentősen növeljük a kutatási költségeket, főként, ha nagymintás vizsgálatokról van szó.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Lakosság, bizonyos változtatásokat követően iskolai populációk részére.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív egyes moduljai (dohányzás, alkohol) alkalmasak lehetnek legális szerhasználói populációk szükséglet felmérésére, kezelési igényének elemzésére. A kérdőív használható lehet beavatkozások, drogpolicy-k, programok tervezésére és hatáselemzésére.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A kérdőívvel egyetlen próbakérdés történt, a mérőeszközben található skálák validálása nem történt meg, kivéve azokat, amelyek más, már validált kérdőívből lettek átvéve.

A közlés forrása egy nem publikált tanulmány, illetve hazai szakértők megkérdezése.

MNSASU: kezelési szükséglet felmérése Minnesota államban

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A mérőeszközt hazai viszonyokhoz képest meglehetősen nagymintás kutatásokban használják. Az adatfelvétel időközönként ismétlődik, így trendek és tendenciák megfigyelésére van lehetőség. A kutatói csoport a kérdőívet rendszeresen fejleszti. A kutatásban használt CATI (Számítógép Támogatású Telefon Interjú módszer) meglehetősen költség hatékony. A kérdőív a legális és illegális szerek fogyasztásának gyakoriságára, mintázatára vonatkozó adatok mellett a szükséglet felmérés szempontjából fontos problémás fogyasztás diagnosztizálásra alkalmas skálákat, valamint a kezeléssel kapcsolatos adatokat is tartalmaz. A kutatási design hasonló a Magyarországon korábban zajlott OLEF kutatáshoz (felnőtt lakosság egészségmagatartása).

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A telefonos lekérdezéssel nem mindenki érhető el, amely felveti a minta reprezentativitásának problémáját (ami jóllehet súlyozással eszközölhető). A kérdőív túl hosszú egy telefonos interjúhoz. A kérdőív Magyarországon még nincs validálva.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A mérőeszközzel nem csak a szerhasználattal kapcsolatos, hanem a szükséglet felmérés szempontjából is fontos adatokat lehet gyűjteni lakossági, nagymintás kutatások során. Jelen pillanatban hasonló célzattal készült mérőeszköz nem áll rendelkezésre Magyarországon.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A lekérdezi forma (telefonos interjú) önmagában nem elegendő adatfelvételi módszer tekintve a hazai lakosság telefonos ellátottságát. A kérdőívnek csak minimális moduljait kellene elhagyni (pl. Testtömeg Index). Más, a kezelési és ellátási szükségleteket beazonosító skálákkal bővíthető a kérdőív.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A túl hosszú telefonos lekérdezés esetlegesen torzíthatja az adatok minőségét.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Bármilyen nagymintás (országos, regionális, megyei, kistérségi, városi), a lakosság legális és illegális szerhasználatára vonatkozó szükséglet felmérési vizsgálatában. Az itt bemutatott mérőeszközben szerepelnek olyan indikátorok és mérőeszközök, amelyeket klinikai környezetben beteg diagnosztikai célokra is használhatnak kliensek állapotának felmérésére.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A legális szerek fogyasztására vonatkozó szükséglet felmérésben is használható a kérdőív. A kérdőív használható lehet beavatkozások, drogpolicy-k, programok tervezésére és hatáselemzésére.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A mérőeszköz validálására vonatkozólag nincs információ. A mérőeszköz kifejezetten populációs vizsgálatra lett kifejlesztve, más kontextusban történő használata nem ismert. A mérőeszközt több alkalommal használták, rendszeres fejlesztés alatt áll.

A közlés forrása tudományos közlemény (kutatási beszámoló).

Barnsley kérdőív

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A mérőeszköz érdekessége, hogy közvetlen célcsoportja nem maga az esetlegesen kezelésre szoruló drogfogyasztó, hanem annak hozzátartozója. A mérőeszköz használata egy másik aspektusból világítja meg a kezelési szükségletet: mint ismert, az egyénre vonatkozó probléma, szükséglet percipiálása más lehet attól függően, hogy ki az információ forrása.

A kérdőív kitöltése könnyű, sok időt nem vesz igénybe.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Abból fakadóan, hogy a kérdőív önkitöltős, és a lekérdezés nem személyes jellegű, a válaszadási arányok kedvezőtlenek lehetnek, ami a reprezentativitással kapcsolatos dilemmákat vet fel. A kérdőív Magyarországon még nincs validálva.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A kérdőív más mérőeszközökkel történő együttes használata cizelláltabbá teszi a szükséglet felmérést.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

Csak más szükséglet felmérési eszközökkel alkalmazandó (a fogyasztó szükségét felmérő kérdőívvel). Jóllehet a kérdőív szenzitív kérdéseket tartalmaz, a személyes lekérdezéssel jelentősen javíthatóak a válaszadási hajlandóságok és a minta elemszám. A kérdőív továbbra is megtarthatja önkitöltős jellegét.

5 Mik a felhasználás kockázata, veszélyei?

Amennyiben a kérdőív csak önmagában kerül felhasználásra.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Csak olyanok körében, akik családjában kezelésre szoruló egyén van / lehet. A kérdőív alkalmazható a legális szerfogyasztásra vonatkozóan is.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Esetlegesen klinikai környezetben annak azonosítására, hogy az ellátórendszerrel kapcsolatba lépők családtagja között van-e szintén kezelésre szoruló egyén. A kérdőív használható lehet beavatkozások, drogpolicy-k, programok tervezésére és hatáselemzésére.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Nincs információ erre vonatkozólag. A mérőeszköz kifejezetten az idézett vizsgálatra lett kifejlesztve, más kontextusban történő használata nem ismert.

A közlés forrása kutatási beszámoló.

Drug Abuse Screening Test (DAST – 20)

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

Könnyen és gyorsan kitölthető kérdőív, amely alapvetően avval a célzattal készült, hogy gyors de pontos információt szolgáltatson az egyén drogérintettségével és drogproblémájával kapcsolatban, klinikai környezetben. A kérdőív segítségével súlyosság megállapítása gyorsan elvégezhető. A kérdőív külföldön átesett validáláson.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Elsősorban klinikai állapotfelmérésre készült, így nem klinikai környezetben történő használata kérdéses lehet. Vannak ennél hasonló környezetben használt, komplexebb és szisztematikusabb mérőeszközök is használatban (ASI). A mérőeszköz Magyarországon nem validált.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A kérdőív számos eleme (szolgáltatások ismertsége, azok kihasználtsága, az ismerős, barát vagy családtag kezelésében való részvétel hajlandósága) használhatónak és adaptálhatónak tűnik főként helyi, (kis)közösségi, lakossági szükségletfelmérésre. A kérdőívet a későbbiek folyamán a kezelés eredményességének mérésére is használni lehet.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A kérdőívet ki kell próbálni nem klinikai környezetben történő alkalmazásra. A szerfogyasztás gyakoriságára és jellegére vonatkozó kérdéseket bővíteni, kiegészíteni kell. A kérdőív szenzitív jellege miatt a kérdezést önkitöltőssé kell tenni, közben a személyes lekérdezést meg lehet tartani. Meg lehet próbálni a kérdőív telefonon, vagy interneten történő alkalmazását.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Ha nem történik meg a kérdőív nem klinikai környezetben történő alkalmazásának kipróbálása egy pilot projekt keretében.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Legális szereket fogyasztók, intravénás használók körében.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kezelés eredményességének vizsgálatában, klinikai környezetben. Jóllehet a mérőeszköz segítségével nem lehet a droghasználatra vonatkozó részletes adatokat nyerni, kiegészítve a szerhasználat mintázatára, gyakoriságára vonatkozó kérdésekkel, alkalmazhatónak tűnik szükséglet felmérési célokra is.

Példák a mérőeszköz különböző kontextusokban történő felhasználására:

1. Fiatalkorúak börtöne, serdülők droghasználata (Matsumoto és mtsai, 2006)

2. Alkohol és drogbetegség, klinikai környezet (Alexander és Leung, 2006)

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A kérdőív módszertanilag validált mérőeszköz (Skinner, 1982; Skinner, 2001).

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk.

HBSC: az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása és drogfogyasztása

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A kérdőív részletes, cizellált adatokkal szolgál az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására vonatkozólag, amelyből következtetni lehet a látens szükségletekre. Olyan háttértényezők feltárására is kísérletet tesz, amelyek a későbbiek folyamán nagyban befolyásolhatják az egyén illegális szerhasználatát. A kérdőívben a 2002-es évtől az illegális szerek használati szokásokat feltérni hivatott blokk kérdései (a használat gyakoriságára, illetve fogyasztási prevalenciájára vonatkozó kérdések) a középiskolások drogérzékenységet vizsgáló ESPAD kérdéseivel azonosak, amely lehetővé teszi az összehasonlítást az ESPAD vizsgálatok vonatkozó adataival. A kérdőív időközönként történő alkalmazása trendek, tendenciák megfigyelését teszi lehetővé. Mivel a mérőeszközt számos más országban is használják, lehetővé válik a nemzetközi adatokkal történő összehasonlítás is. A kérdőív hazai validálása megtörtént. A vizsgálat lebonyolításához szükséges módszertani és logisztikai know-how rendelkezésre áll.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Kevés és nem megfelelően részletes adattal szolgál a gyermekek szerfogyasztására vonatkozólag: a kérdések túlnyomórészt a fogyasztás gyakoriságára vonatkoznak.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A kérdőív esetleges alkalmazása részletes adatokkal szolgálna az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására vonatkozólag, amelyből azonosítani lehetne esetleges, nem csak a szerhasználathoz köthető szükségleteket is.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A mérőeszköz számos modulja irreleváns lehet a szerfogyasztás szükséglet felmérésére vonatkozólag, így azokat el kellene hagyni a kérdőívből, vagy csak egy párat hagyni meg (egészség értékelése, étellel való elégedettség, panaszok, depresszióra hajlamos tünetek, szociális környezet). A szerfogyasztásra vonatkozó modult részletesebbé, cizelláltabbá kell tenni.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A kérdőív önmagában történő, szükséglet felmérésben megvalósított esetleges alkalmazása irreleváns és felesleges adatgyűjtést eredményezhet.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A mérőeszköz kifejezetten iskolai populációs vizsgálatra lett kifejlesztve, más célcsoportban történő használata nem ajánlott.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív használata fontos adatokkal szolgálhatna a javító-nevelő intézetekben élő iskoláskorú gyermekek szükségletére vonatkozólag. A kérdőív, vagy annak bizonyos moduljai használhatók lehetnek beavatkozások, drogpolicy-k, programok tervezésére és hatáselemzésére, iskolai prevenciós programok evaluálására.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A mérőeszközt külföldön, Magyarországon rendszeresen használják, rendszeres fejlesztés alatt áll. Külföldi validálást lásd Booth és mtsai (2001). Magyarországon a következő részeket validálták:

- Jómódúsági modul
- Pszichológiai skálák
- Balesetre vonatkozó kérdések

A közlés forrása kutatási jelentés, tudományos ismeretterjesztő cikk és szakemberek megkérdezése.

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

Az ESPAD kérdőív a középiskolás gyermekek drogérzékenysége, drog fogyasztási szokásának mérésének legelterjedtebb változata. A szerfogyasztásra vonatkozó modulok részletes információval szolgálnak a szerfogyasztásra vonatkozólag. A kérdőív időközönként történő alkalmazása trendek, tendenciák megfigyelését teszi lehetővé. A vizsgálat lebonyolításához szükséges módszertani és logisztikai know-how rendelkezésre áll. Mivel a mérőeszközt számos más országban is használják, lehetővé válik a nemzetközi adatokkal történő összehasonlítás is. Szintén adott a más régiókkal, térségekkel történő összehasonlítás lehetősége is.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Csak középiskolás populációban, kifejezetten önkitaltós technikával alkalmazható. Önmagában, jelenlegi formájában szükségletfelmérésre nem ajánlott.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A reprezentatív gyakorisági fiatalok és a kezelésben (ambulancia, prevenció, elterelés) lévő középiskolások számának összehasonlításával megbecsülhető a relatív szükséglet. Régióbeli, térségi alkalmazása lehetővé tesz összehasonlításokat az ország egyes részein belül.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A kérdőív egyes moduljai (szerhasználási gyakoriság, önkép, önbecsülés, illegális, törvénysértő cselekvések, kockázat percepció) alkalmasak lehetnek a középiskolai populáció szükséglet felmérésre. A kérdőívet ki kellene egészíteni a kezelőrendszerre vonatkozó ismereteket, attitűdöket operacionalizáló kérdésekkel.

5 Mik a felhasználás kockázata, veszélyei?

A kérdőív önmagában történő, szükséglet felmérésben megvalósított esetleges alkalmazása irreleváns és felesleges adatgyűjtést eredményezhet. Ebből kifolyólag bizonyos modulok elhagyására, vagy lerövidítésére lenne szükség.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A mérőeszköz kifejezetten iskolai populációs vizsgálatra lett kifejlesztve, más célcsoportban történő használata nem ajánlott. A kérdőív alkalmazható bizonyos szerhasználó populációkban, szcénákban (pl. pszichedelikus szerek használói)

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Az ESPASD felmérésből származó adatok az adott régió, megye, térség, város vagy bármely más területi egység drogpolitikájának, illetve bármilyen intervenciójának értékelésére is használhatóak. A kérdőív, vagy annak bizonyos moduljai használhatók lehetnek iskolai prevenciós programok evaluálására.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A mérőeszközt külföldön, Magyarországon rendszeresen használják, a kérdőív rendszeres fejlesztés alatt áll. Hazai környezetben történő validálása megtörtént.

A közlés forrása kutatási jelentés, tudományos ismeretterjesztő cikk, kutatásokat ismertető könyv és szakemberek megkérdezése.

Minnesota Student Survey (MMS)

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A mérőeszközt hazai viszonyokhoz képest meglehetősen nagymintás kutatásokban használják iskoláskorúak egészségmagatartásának, drogérzékenysége vizsgálatára. A kérdőív a legális és illegális szerek fogyasztásának gyakoriságára, mintázatára vonatkozó adatok mellett a szükséglet felmérés szempontjából fontos, a problémás fogyasztás, a fogyasztás szociális és egészségügyi következményeinek azonosítására alkalmas kérdéseket is tartalmaz. A kutatási design részben hasonlóságokat mutat a HBSC kutatásában alkalmazotthoz.

Az adatfelvétel időközönként ismételhető, így trendek és tendenciák megfigyelésére lehetőség nyílik. A kérdőív rendszeres fejlesztés alatt áll.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Mivel az adatgyűjtésben való részvétel önkéntes, illetve a kérdezésből való kimaradást számos tényező befolyásolhatja, felvetődik a reprezentativitás problémája, amelyet utólag súlyozással lehet korrigálni. A kérdőív bizonyos moduljai és kérdései a HBSC és részben az ESPASD kérdőív körül-belüli duplikációja. A kérdőívet hazai használat előtt validálni kell.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A kérdőív esetleges alkalmazása részletes adatokkal szolgálna az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására vonatkozólag, amelyből azonosítani lehetne esetleges, nem csak a szerhasználathoz köthető szükségleteket is.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A kérdőív egyes moduljai (szerhasználati gyakoriság, egészség-magatartás, problémás viselkedés, mentális állapot, a droghasználathoz kötődő percipiált problémák és azok megbeszélése, családon és iskolán belüli erőszak) alkalmasak lehetnek gyermekek és iskolai populációk szükséglet felmérésre. A kérdőívet ki kellene egészíteni a kezelőrendszerre vonatkozó ismereteket, attitűdöket operacionalizáló kérdésekkel. A kérdőív interneten történő kitöltésének lehetősége új dimenziókat nyújthat a szükséglet felméréssel kapcsolatos kutatásokban.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A kérdőív önmagában történő, szükséglet felmérésben megvalósított esetleges alkalmazása irreleváns és felesleges adatgyűjtést eredményezhet.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A mérőeszköz kifejezetten iskoláskorúak egészségmagatartási vizsgálatára lett kifejlesztve, más célcsoportban történő használata nem ismert, nem ajánlott.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Az adatgyűjtésből származó információk az adott régió, megye, térség, város vagy bármely más területi egység drogpolitikájának, illetve bármilyen intervenciójának tervezésére és értékelésére is használhatóak. A kérdőív az egészségügyi és szociális ellátásban dolgozó szakértőket segítheti a különböző iskolai és közösségi kezdeményezések, illetve prevenciók programok tervezésében és eredmény értékelésében.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A mérőeszközt az Egyesült Államokban rendszeresen használják, a kérdőív rendszeres fejlesztés alatt áll. Validálásáról nincs információ. A mérőeszköz Magyarországon még nem került felhasználásra.

A közlés forrása kutatási beszámoló és szakemberek megkérdezése.

DUDIT-E

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A kérdőív bizonyos szekciói teljes mértékben relevánsnak tűnnek (szerek negatív bioszociális hatása, lehetséges negatív következménye, kezelésre való felkészültség, készenállás) szükségletfelmérésre mind potenciális kliensek, mind ellátatlan személyek szükséglet felmérésére, korra való tekintet nélkül. A kérdőív emellett diagnosztikai funkciót is betölthet.

A kérdőív egyaránt alkalmazható serdülő és felnőtt populációk, valamint speciális szerfogyasztói csoportok körében. A kérdőív gyorsan kitölthető.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A szerfogyasztási gyakoriságra vonatkozó kérdések nem kompatibilisek és összehasonlíthatóak a Magyarországon használt mérőeszközök (HBSC, ADE, ESPAD) kérdéseivel. A szerek pozitív bioszociális hatását operacionalizáló állítássorozat nem feltétlenül releváns szükséglet felmérési szempontból. A kérdőívet hazai használata előtt validálni kell.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Esetleges adoptálása lehetővé tesz egy olyan szükséglet felmérési eszköz használatát, amely rövid és egyszerűen használható gyakorlatilag bármilyen környezetben. Az online alkalmazás segítségével nehezebben elérhető populációk elérhetővé válhatnak. A kérdőív kiegészíthető alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdésekkel is.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A szerek pozitív bioszociális hatását operacionalizáló állítássorozat nem feltétlenül releváns szükséglet felmérési szempontból, így a modul kihagyása indokolt lehet. A demográfai rész bővítésre szorul. A kérdőív kiegészítésre szorul a kezelőrendszer ismeretére, a kérdezett ahhoz való viszonyára vonatkozóan. Továbbá azt is le kell tesztelni, hogy a kérdőív hogyan használható szükségletfelmérésben face-to-face lekérdezési technikával / önkitöltős formában, a kérdező jelenlétében, de nem klinikai környezetben.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Változtatás, kiegészítés nélkül nem szolgáltat elegendő információt a kezelési szükségletről.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív egyaránt alkalmazható serdülő és felnőtt populációk, valamint speciális szerfogyasztói csoportok körében. Legújabbán kísérlet végeztek a DUDIT-E online történő alkalmazására drogra és alkoholra, fiatal populációk körében (Sinadinovic és mtsai, 2010).

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív klinikai környezetben egyaránt használható állapot felmérésre és a kezelés eredményességének vizsgálatára.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Az eredeti és a bővített kérdőív validálása többek között a lakosság körében is megtörtént.

A bővített verzió validitás vizsgálatát Berman és mtsai végezték (Berman és mtsai, 2007). Hazai validálása még nem történt meg.

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk.

TLFB (Timeline Followback Method)

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A mérőeszköz használata egyszerű és abszolút nem időigényes. Kitűnően alkalmas gyakorlatilag bármely célcsoport önkitöltős adatszolgáltatására. Otthoni naplóvezetés formájában rendkívül költség hatékony. A mérőeszköz már 14 éves kortól használható. A kérdőív egyaránt használható általános populációban és klinikai környezetben. A mérőeszköz alkalmas a szerfogyasztás gyakoriságának pontosabb mérésére akár kezelés előtt, akár kezelést követő periódusban (evaluálás).

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Rendkívül kevés adattal szolgál a szükségletfelmérésre vonatkozóan, az ahhoz szükséges indikátorok közül csak egyet jelenít meg.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A naptár a kezelésen kívüliek szükségletfelmérésére lehet alkalmas akár otthoni, naplóvezetési módszerrel, akár kérdező által történő lekérdezéssel. Megfelelő körülmények és kérdezettek esetében a naplós jellegű kitöltés megbízható adatokkal szolgálhat a fogyasztás gyakoriságára vonatkozóan. Hazai viszonylatban az ilyen jellegű, szerhasználatra vonatkozó adatgyűjtés nem ismert.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A mérőeszköz önmagában egyáltalán nem alkalmas szükséglet felmérésre. Ajánlott más mérőeszközökkel történő kiegészítése.

5 Mik a felhasználás kockázata, veszélyei?

A mérőeszköz önmagában történő felhasználása nem nyújt elegendő információt szükséglet felmérésre.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A napló alapvetően minden célcsoport droghasználatának mérésére alkalmas, kivéve bizonyos nehezen elérhető szerhasználói populációkat (injekciós használat).

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Példák más kontextusban történő alkalmazásra:

1. a mérőeszközt klinikai környezetben, járóbeteg alkohol ellátásban Roy és mtsai (2008)
2. fekvőbeteg drog ellátásban (Dennis és mtsai, 2004)

A mérőeszköz alkalmas a szerfogyasztás gyakoriságának pontosabb mérésére akár kezelés előtt, akár kezelést követő periódusban (evaluálás).

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A módszer pszichometriai vizsgálatának alkalmazását lásd Fals-Stewart és mtsai (2000). Hazai validálása még nem történt meg.

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk és konferencia előadás.

RAR: gyors helyzetfelmérés és válasz

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A RAR különböző módszerek komplex rendszere, amely jól alkalmazható szükséglet felmérésben.

4. A RAR segítségével könnyebben megragadhatóak olyan társadalmi jelenségek, melyek viszonylag gyorsan változnak (droghasználat, illetve az ahhoz kapcsolódó közegészségügyi következmények).
5. A RAR segítségével komplexebb módon, viszonylag rövid idő alatt gyűjthető információ bármilyen jelenségről mikro- és makroszinten egyaránt.
6. A RAR jól alkalmazható olyan területeken, ahol döntéshozók, politikusok, szakmabeliek, programtervezők, szolgáltatók (egyszóval a stakeholderek) korlátozott információforrás mellett gyors döntésekre szorulnak bizonyos jelenségekkel kapcsolatosan.

A módszer további előnye, hogy költség hatékony: elsősorban olcsóbb, könnyebben elérhető információforrásokat céloz meg.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Elsősorban könnyebben elérhető információforrásokra támaszkodik, kifinomultabb adatgyűjtésre és adatelemzésre kevésbé alkalmas.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A módszer alkalmazásával gyors adatgyűjtést, elemzést és a problémára (jelen esetben a kielégítetlen szükségletekre) adott választ nyerhetünk. E különösen igaz lehet a hazai kontextusban, ahol számos esetben korlátozottan állnak rendelkezésre adatok, vagy azok nehezen gyűjthetők be.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

Ki kell / lehet egészíteni kifinomultabb adatgyűjtési módszerekkel.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Amennyiben csak a RAR módszerével történik adatgyűjtés, bizonyos jelenségekről, problémákról nem fog megbízható adat rendelkezésre állni.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Általános módszer lévén gyakorlatilag minden célcsoportra használható.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A RAR droghasználatra és az ahhoz kapcsolódó jelenségekre történő alkalmazására számos példa létezik, e helyütt csak pár fontosabb kerül megemlítésre:

1 Általános módszertani leírás és összefoglaló (Rhodes és mtsai, 1999)

2 Helyzetfeltárás általános droghelyzetről (Tyrlik és mtsai, 1996)

3 Injekciós használat (Dorabjee és Samson, 2000)

4 Injekciós használat és az ahhoz kapcsolódó fertőző megbetegedések (De Jong és mtsai, 1999)

5 Intravénás használat és az ahhoz kötődő szexuális magatartásformák kockázatai (Rhodes és mtsai, 2002)

6 Pszichoaktív szerhasználat és különösen vulnerábilis fiatalok (Howard és mtsai, 1998)

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Nem releváns. Magyarországon Rácz és Ritter (2003) alkalmazta először a módszert a droghasználat kontextusában. Azóta történt, hasonló célú felhasználásáról nincs információnk.

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk, kézikönyv (WHO).

A NIDA kockázat felmérő kérdőíve

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A kérdőív jól alkalmazható rejtőzködő, intravénás populációk szerhasználati szokásainak, mintázatának, kockázati magatartásának becslésére, a kezelési múltjuk, valamint a szűréshez való viszonyuk és fertőzöttségi állapotuk mérésére, ami a szükséglet felmérés egy fontos aspektusát képezi. A kérdezésbe volt használók, esetleg peer-ek is bevonhatóak. A kérdezés kiegészíthető ujjbegyből származó vérvétellel is. A kérdőívet már validálták Magyarországon.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A kérdőív önmagában nem elegendő az intravénás használók kezelési szükségletének felmérésére, jóllehet arról sok információt nyújt. A kérdőív túl hosszúnak bizonyulhat bizonyos szerhasználók számára, ami adathiányt, nem megbízható adatokat eredményezhet.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A mérőeszköz hazai kipróbálása már megtörtént, azaz a mérőeszköz nem ismeretlen a hazai kutatók és a kérdezésben részt vett kérdezők között. A lekérdezésre vonatkozó know-how és logisztikai tudás rendelkezésre áll, a tudás átadható.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

Bizonyos részek, modulok lerövidítésével (például felesleges, irreleváns lehet a különböző szexuális beállítottságok megkülönböztetése), illetve más indikátorokkal (pl. kezelésbe jutás nehézségei, percipiált egészségi és szociális problémák) kiegészítve a mérőeszköz alkalmazható lenne kezelésen kívüli intravénás használók szükséglet felmérésére.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Önmagában, változtatás nélküli felhasználása inkább adathiányt, mintsem veszélyt hordoz magában. Továbbá a kérdőív hosszánál fogva megnehezítheti a megbízható adatfelvételt.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Más célcsoportokban történő használata nem ismert, nem ajánlott.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív szükséglet meghatározási célokra alkalmazható lenne a tűcsere ellátásba, esetleg a kezelésbe kerülő intravénás használók körében. A kérdőív egyes moduljai felhasználásra kerültek a 'Közösségi alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében' elnevezésű programban (Rácz és mtsai, 2009a), ami alapvetően egy intervenció volt. Az idézett kutatásban a kérdőív egyes moduljai a beavatkozás eredményességének vizsgálatát szolgálták.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A kérdőív eredeti validálását lásd Needle és mtsai (1995). Hazai validálása a fent említett kutatás során történt (Rácz és mtsai, 2003). A kérdőív az intravénás használók kockázat felmérését és közösségi alapú utcai megkereső modelljét tartalmazó mérőeszköz első magyarországi adaptációja volt.

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk, kézikönyv (NIDA).

Roma fiatalok és kábítószeresek kérdőív

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A vizsgálatban használt komplex elérési technikával sok olyan alanyt lehet elérni, akik hagyományos mintavételi technikával nem lennének elérhetőek. A kérdőív bizonyos moduljai jól funkcionálnak szükséglet felmérési céloknak (egészségüggyel, az egészségügyi ellátással kapcsolatos vélemények, attitűdök, személyes tapasztalatok, kábítószer-érintettség, kábítószer-használattal összefüggő kockázati magatartások). A kutatási beszámoló alapján (Ritter, 2005) a kérdőív jól funkcionált a roma szerhasználók körében.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A szerfogyasztási gyakoriságra vonatkozó kérdések nem kompatibilisek és összehasonlíthatóak a Magyarországon hasonló (Márványkövi és mtsai, 2008), vagy normál populációban használt mérőeszközök (HBSC, ADE, ESPAD) kérdéseivel, változóinak értékeivel. Önmagában nem használható szükséglet felmérésre.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A kezelői rendszerhez való viszonyulásra vonatkozó adatok lehetnek a hozzáadott értékek. Az elérési módszert jól és hatékonyan lehetne alkalmazni nehezen elérhető, rejtőzködő célcsoportok esetében. Ritter (2005) kutatása során a kutatási design tesztelésére is sor került, az alkalmazáshoz szükséges kutató know-how készen áll – azaz a mérőeszköznek nem kell átesnie további kipróbáláson feltéve, ha hasonló kontextusban kerül felhasználásra.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A kérdőív csak változtatásokkal lehet alkalmas szükséglet felmérésre: ehhez elsősorban egyes modulok finomítására, kiegészítésére, és más mérőeszközökkel történő standardizálásra van szükség.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A mérőeszköz önmagában történő felhasználása nem nyújt elegendő információt szükséglet felmérésre.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Kisebb változtatásokkal a mérőeszköz alkalmazható lehetne normál populációs vizsgálatokra, valamint rejtőzködő célcsoportokra irányuló szükséglet-mérésekre is (intravénás használók). Utóbbi esetében indokolt a Magyarországon már használt igény-vagy kockázat felmérő mérőeszközökkel történő kompatibilitás megteremtése.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív kifejezetten a fent bemutatott kutatásra lett kifejlesztve, más kontextusban történő használata nem indokolt, arra vonatkozó információ nem áll rendelkezésre. Egyes elemei felhasználhatók kliens elégedettség mérésére, vagy intervenciók hatáselemzésére.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Nincs erre vonatkozó információ. A kérdőív egy alkalommal került felhasználásra.

A közlés forrása kutatási beszámoló.

A kezelésbe jutás nehézségeinek vizsgálata intravénás használók körében, Magyarországon

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A mérőeszköz - a kutatás tapasztalatok alapján - jól használható a tücserébe, valamint a magasabb küszöbű ellátásokba történő jutás akadályainak és nehézségeinek, valamint a problémás, kezelésen kívül eső problémás használók akut (elmúlt egy évre vonatkozó) kezelési és ellátási szükségleteinek feltárására. További előny, hogy a két mérőeszköz közül a másik a kezelésben, tücserében dolgozók probléma percepciójára irányul. A kérdőív egyes elemeinek kidolgozásakor a nemzetközi kutatási tapasztalatok és mérőeszközök is figyelembe lettek véve. A mérőeszköz mindössze 4 oldalas, utcai körülmények között is praktikusán használható. A kérdőív használható közegészségügyi beavatkozások, policy-k, helyi és regionális tervezésére és evaluálására. A kérdőív Magyarországon már kipróbálásra került.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A mérőeszköz önmagában nem teljes mértékben alkalmas szükséglet felmérésre, annak egyes komponenseit nem méri (mások érintettsége, mentális szükségletek és problémák, addikciók). A kérdőív egyes használók esetében túl hosszúnak bizonyult.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Releváns információ nyerhető kezelésen kívüli intravénás használók szükségletével kapcsolatban. A kérdőív minimális továbbfejlesztése is elegendő szükséglet felmérésre. A kérdőívet két alkalommal is használták fővárosi vizsgálatokban, így nem csak a kérdőív, hanem maga a kutatási design tesztelésére is sor került, az alkalmazáshoz szükséges kutató know-how készen áll– azaz a mérőeszköznek nem kell átesnie további kipróbáláson feltéve, ha nem esik át további változtatáson.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

Ajánlott a kérdőív más mérőeszközökkel, kérdésmodulokkal (szűk környezetben élők érintettsége, a fogyasztás percipiált veszélye, mentális és szociális problémák, énkép), valamint egy esetleges vérvétellel történő kiegészítése.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Az önmagában történő felhasználásnak nincsenek különösebb veszélyei. Ugyanakkor változtatás nélküli felhasználása a szükségletek feltárásának fontos komponenseit nélkülözné.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Mind a mérőeszköz, mind a kérdőívek elsősorban nehezen elérhető, kezelésen kívüli célcsoportok között alkalmazhatóak. Bizonyos változtatásokkal a kérdőív általános populációk igényfelmérésre is használható, de ez nem ajánlott. A kérdőív egyes moduljai később felhasználásra kerültek egy másik hazai vizsgálatban, amely célja a kezelésbe jutás akadályainak vizsgálata volt roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten (lásd alább) (Márványkövi és mtsai, 2008).

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív használható közegészségügyi beavatkozások, policy-k, helyi és regionális ártalomcsökkentési programok, tervezésére és evaluálására.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A kérdőívek a fent idézett kutatásra lettek kifejlesztve. A kutatási eredmények feldolgozása előtt a kutatók elvégezték a nemzetközi gyakorlatból átvett, illetve a kutatócsoport által kifejlesztett kérdésblokkok validálási vizsgálatát (Márványkövi és mtsai, 2006).

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk, kutatási beszámoló.

A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

Magyarországon az első olyan jellegű próbálkozás volt, amely azt tűzte ki céljául, hogy feltárja és összehasonlítsa a kezelőrendszeren kívüli fővárosi roma és nem roma intravénás használók társadalmi kirekesztettségének mértékét (Márványkövi és mtsai, 2008). Ennek részeként bizonyos szükséglet feltárási elemeket is magában foglalt (ismeretek a különböző kezelési formákra vonatkozóan, a kezelőrendszerhez való viszony, attitűdök, a kezelésből történő kimaradások okai). A kérdőív moduljai nemzetközi és a hazai tapasztalatokra épültek (összehasonlíthatóság, megbízhatóság). A kérdőív Magyarországon már kipróbálásra került.

A kutatás során alkalmazott tükörminta használata hatékonynak bizonyult.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A mérőeszköz önmagában nem teljes mértékben alkalmas szükséglet felmérésre, annak egyes komponenseit nem méri (mások érintettsége, mentális szükségletek, addikció)

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Releváns információ nyerhető kezelésen kívüli roma és nem roma intravénás használók szükségletével, attitűdjeivel kapcsolatban. A kérdőív minimális továbbfejlesztése is elegendő lehet szükséglet felmérésre. A kérdőív egyes elemeit később is felhasználták fővárosi vizsgálatokban. Nem csak a kérdőív, hanem maga a kutatási design, mintavételi módszer tesztelésére is sor került, az alkalmazáshoz szükséges kutató know-how tehát rendelkezésre áll – azaz a mérőeszköznek nem kell további kipróbáláson átesnie, feltéve, ha nem kerül megváltoztatásra.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

Ajánlott a kérdőív más mérőeszközökkel, kérdésmodulokkal (pl. szűk környezetben élők érintettsége, a fogyasztás percipált veszélye, mentális és szociális problémák, énkép), valamint egy esetleges vérvétellel történő kiegészítése úgy, hogy az jelentősen nem hosszabbítja meg a kérdőív felvételének idejét.

5 Mik a felhasználás kockázata, veszélyei?

Az önmagában történő felhasználásnak nincsenek különösebb veszélyei. Ugyanakkor változtatás nélküli felhasználása a szükségletek feltárásnak fontos komponenseit nélkülöznél.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Mind a mérőeszköz, mind a kérdőívek elsősorban nehezen elérhető, kezelésen kívüli célcsoportok között alkalmazhatóak. Bizonyos változtatásokkal a kérdőív általános populációk igényfelmérésre is használható, de ez nem ajánlott.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív kisebb átalakításokkal, kiegészítésekkel, használható lehet közegészségügyi beavatkozások, policy-k, helyi és regionális ártalomcsökkentési programok, tervezésére és evaluálására.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A kérdőív kifejezetten a kutatásra lett kifejlesztve, teljes validitási vizsgálata nem történt meg. A kérdőív egyes moduljai később felhasználásra kerültek egy másik hazai vizsgálatban, amely célja a HIV és Hepatitis C fertőzésekhez, valamint a kapcsolódó szolgáltatások és kezelésekhez kötődő attitűdök feltárása volt intravénás szerhasználók körében (lásd alább) (Rácz és mtsai, 2009a).

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk, kutatási beszámoló.

Közösségi alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata

budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

Jóllehet a program elsődleges célja (egy megkereső munkán és tanácsadáson alapuló módszer (program) kidolgozása és végrehajtása) egy beavatkozás hatáselemzése volt, a tanácsadási program során számos, a szükséglet felmérésben használt információgyűjtésére is sor került. Szintén pozitívum, hogy a kutatás során alkalmazott kontroll-és kísérleti csoportos mintavételi és adatfelvételi modell jól működött, és először került alkalmazásra Magyarországon ebben a környezetben. A mérőeszköz tartalmazta a 2007-ben roma és nem roma intravénás szerhasználók között végzett kutatásban használt kérdőív számos modulját is, ami az adatok összehasonlíthatóságát tette lehetővé a korábbi kutatással. A kérdőív szintén tartalmazta a mintegy 100 kérdést tartalmazó, NIDA által korábban kidolgozott kockázat-felmérő kérdőív egyes moduljait is (Coyle, 1993; Rhodes, 1993; Wiebel, 1993), lehetővé téve ezzel a korábbi vizsgálati adatokkal történő összehasonlítást.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A mérőeszköz önmagában nem teljes mértékben alkalmas szükséglet felmérésre, annak egyes komponenseit nem méri (mások érintettsége, mentális szükségletek, addikció). Bizonyos elemei az adott cél szempontjából feleslegesek. A kérdőív lekérdezésének időtartama egyes használók számára túl hosszú.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Releváns információ nyerhető intravénás használók szükségletével, a kezelőrendszerrel, valamint a fertőzésekkel kapcsolatos tudásra és attitűdökre vonatkozóan. A kérdőív továbbfejlesztése (egyes részek elhagyása, mások beépítése) is elegendő lehet szükséglet felmérésre. Az idézett vizsgálat során nem csak a kérdőív, hanem maga a kutatási design,

mintavételi módszer tesztelésére is sor került, az alkalmazáshoz szükséges kutató know-how tehát rendelkezésre áll– azaz a mérőeszköznek nem kell további kipróbáláson átesnie, feltéve, ha nem kerül megváltoztatásra.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

Egyrészt ajánlott bizonyos irreleváns modulok kihagyása a kérdőívből (Jogi státusz, Egészség-hit Modell), másrészt ajánlott a kérdőív más mérőeszközökkel, kérdésmodulokkal (pl. szűk környezetben élők érintettsége, a fogyasztás percipiált veszélye, mentális és szociális problémák, énkép), valamint egy esetleges vérvétellel történő kiegészítése úgy, hogy az jelentősen nem hosszabbítja meg a kérdőív felvételének idejét.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A kérdőív önmagában, teljes hosszban és tartalommal történő használatával a szükséglet felmérés szempontjából felesleges adathoz juthatunk. Ugyanakkor változtatás nélküli felhasználása a szükségletek feltárásnak fontos komponenseit nélkülöznél.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Mind a mérőeszköz, mind a kérdőívek elsősorban nehezen elérhető, kezelésen kívüli célcsoportok között alkalmazhatóak. Bizonyos változtatásokkal a kérdőív esetleg szexmunkások, vagy más, a vér útján terjedő fertőzéseknek különösen kitett célcsoportok igényfelmérésre is használható.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A mérőeszköz eredetileg a program / beavatkozás hatásának mérésére lett kialakítva, ebből kifolyólag alkalmas intravénás használók HIV és más fertőző megbetegedések megelőzését szolgáló programok hatáselemzésre is.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A kérdőív kifejezetten a kutatásra lett kifejlesztve, azóta történt felhasználásáról nincs információ. Teljes validitási vizsgálata még nem történt meg. Egyes elemeinek (NIDA kockázati kérdőív, Egészség-hit Modell) validitási vizsgálata ugyanakkor már korábban megtörtént (NIDA, 1991, Rác és mtsai, 2003).

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk, kutatási beszámoló.

Kezelésbe jutás nehézségei New York-i intravénás használók körében

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A komplex vizsgálat hozzáadott értékét elsősorban az adta, hogy a vizsgálat több célcsoportra is kiterjedt: kezelésen kívüli (de alacsony küszöbű szolgáltatásokat igénybe vevő) intravénás szerhasználókra, utcai szociális munkásokra, kezelőhelyen dolgozóakra, kormányzati

dolgozókra, helyi, New York-i szociális szolgáltatókra és a New York-i rendőrségre is. Mindebből kifolyólag a vizsgálat négy nagyobb modulból épült fel, hogy képes legyen megjeleníteni a probléma észlelés és javaslatok különböző forrásait, aspektusait.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A használói mérőeszköz önmagában nem teljes mértékben alkalmas szükséglet felmérésre, annak egyes komponenseit nem méri (mások érintettsége, mentális szükségletek és problémák, addikciók). A szakemberek részére kifejlesztett kérdőívek is kiegészítésre szorulnak, ami részben már megtörtént (Márványkövi és mtsai, 2006). Hazai használat előtt a kérdőívet validálni kell.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A mérőeszközök felhasználásával releváns információ nyerhető kezelésen kívüli intravénás használók szükségletével kapcsolatban. A kérdőív minimális továbbfejlesztése is elegendő szükséglet felmérésre. A kérdőívet a hazai kontextushoz kell alakítani, ami már részben megtörtént (Márványkövi és mtsai, 2006). Ebből kifolyólag a kérdőív és részben a kutatási design is tesztelésére sor került, az alkalmazáshoz szükséges kutató know-how rendelkezésre áll.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

Ajánlott a használói kérdőív más mérőeszközökkel, kérdésmodulokkal (szűk környezetben élők érintettsége, a fogyasztás percipiált veszélye, mentális és szociális problémák, énkép), valamint egy esetleges vérvétellel történő kiegészítése. Szintén ajánlott a szakértői kérdőívek kiegészítése, hazai használatra történő adoptálása.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A mérőeszközök önmagában történő felhasználásának nincsenek különösebb veszélye. Ugyanakkor változtatás nélküli felhasználásuk a szükségletek feltárás egyes komponenseit nélkülöznék.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A mérőeszközök, az elérési módszerek elsősorban nehezen elérhető, kezelésen kívüli célcsoportok között alkalmazhatóak. Bizonyos változtatásokkal a kérdőív általános populációk igényfelmérésre is használható, de ez nem ajánlott. Bizonyos változtatásokkal a kérdőív esetleg szexmunkások, vagy más, a vér útján terjedő fertőzéseknek különösen kitett célcsoportok igényfelmérésre is használható. A kérdőív egyes moduljai később felhasználásra kerültek egy hazai vizsgálatban, amely célja a kezelésbe jutás akadályainak vizsgálata volt roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten (lásd alább) (Márványkövi és mtsai, 2008).

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív kisebb átalakításokkal, kiegészítésekkel, használható lehet közegészségügyi beavatkozások, policy-k, helyi és regionális ártalomcsökkentési programok, tervezésére és evaluálására.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A kérdőív kifejezetten a kutatásra lett kifejlesztve, azóta történt újabb felhasználásáról, valamint a mérőeszközök validitási vizsgálatáról nincs információ.

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk.

DRID protokoll

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A kézikönyv világosan, jól összeszedetten, jól érthető strukturált módon prezentálja a kulcsindikátorok leírását, alkalmazhatóságának lehetőségeit, gyűjtésének és feldolgozásának módszertani hátterét, a belőlük származó adatok feldolgozási és értelmezési lehetőségét.

Az indikátorok meghatározásának és alkalmazásának elsődleges pozitívuma, hogy lehetségessé válik azon prioritások azonosítása, amelyek nélkülözhetetlenek a fertőző megbetegedések megelőzéséhez, az egészségügyi kezelések és a hozzájuk kapcsolódó költségek előrejelzéséhez, valamint a preventív jellegű intervenciók megtervezéséhez és evaluálásához. Mindezen túl az injekciós használathoz kötődő incidenciák, prevalenciák és trendek becslése is lehetővé válik, valamint – az adatgyűjtés standardizált volta miatt – megvalósul a más országokkal történő összehasonlítás is. Az indikátorokból nyert információk fontos komponensei lehetnek a szükségletelemzésnek. Egyes indikátorokat már gyűjtenek Magyarországon.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A kézikönyv által ajánlott 'kemény' adatok ugyan fontos komponensei a szükséglet felmérésnek, kiváltképpen a makroszintű szükségletek meghatározásában, ugyanakkor mellettük más változók gyűjtése is ajánlott. Bizonyos indikátoroknak részletesebbnek kell lenniük (pl. szerhasználat). Önmagukban tehát nem elegendők szükséglet meghatározási célokra.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Az indikátorok egy részének átvétele már megtörtént, lásd következő rész (OEK kampányszűrés). Összességében az indikátorok teljes átvételével éves szinten lehetővé válna a hazai trendek megfigyelése, a változó szükségletek nyomon követése, az esetleges beavatkozások hatásának elemzése.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A jelenlegi kulcsindikátorok – kizárólag szükséglet felmérési célzattal – az alábbi indikátorokkal lehetne kiegészíthető:

- szerhasználatból fakadó problémák, veszélyek percepciója
- mentális és szociális problémák
- kezelőrendszerhez fűződő viszony

A kulcsindikátorok gyűjtését ki lehetne terjeszteni a kezelésbe kerültekre, valamint az utcai megkereső munkára is.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Az indikátorok felhasználásának önmagában nincsen különösebb veszélye. Ugyanakkor kiegészítés nélkül a szükségletek feltárás fontos, de nem az összes elegendő komponenseit ragadja meg.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Az indikátorok, az indikátorok gyűjtéséhez szükséges elérési módszerek elsősorban nehezen elérhető, intravénás használók között alkalmazhatók, de a kézikönyv nem zárja ki a más droghasználói célcsoportok közti használhatóságot. Az indikátorok alkalmasak lehetnek szexmunkások, vagy más, a vér útján terjedő fertőzéseknek különösen kitett célcsoportok szükséglet felmérésre is.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Az indikátorok, illetve az abból származó információk kitűnően alkalmazhatóak alacsony küszöbű szolgáltatások működésének monitorozására, kezelés hatáselemzésére, elterelés, prevenció, bármely más beavatkozás megtervezésére, hatáselemzésére, helyi drogpolicy-k működésének értékelésére, tervezésére.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Az indikátorok validálására vonatkozó ajánlásokat a kézikönyv tartalmazza (EMCDDA, 2006). A mérőeszköz egyes indikátorait már gyűjtik Magyarországon.

A felhasznált forrás (kézikönyv) az EMCDDA ajánlásainak gyűjteménye indikátorok, valamint azok gyűjtésére, feldolgozására, felhasználhatóságára vonatkozóan. Az ajánlás jelentős szakirodalmi és kutatási háttérrel készült.

OEK országos kampányszűrés

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

Magyarországon – immáron 4. éve – egyes DRID kulcsindikátorok felvétele az OEK által évente szervezett kampányszűrések alkalmával történik, a különböző tucsere központokat működtető civil szervezetek, valamint kezelőhelyek bevonásával. Jóllehet az így elért intravénás használók száma még mindig ezer alatt van, ami a becsült adatokhoz képest alacsony, a módszer segítségével egyre több injektlóról van alapinformáció. A DRID

indikátorokat gyűjtő kérdőív tartalmazza azt a pár fontos változót, amelyek a szükséglet felmérés minimumszintjéhez elegendőek. A kérdőív további előnye, hogy gyorsan, gyakorlatilag bármilyen helyen és környezetben kitölthető. Abból kifolyólag, hogy az adatgyűjtés szűréshez van kötve, a szűrések eredményét össze lehet kötni a kérdőív változóival.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Nem gyűjt elegendő információt / indikátort egy komplexebb szükséglet felmérésre vonatkozóan. Az EMCDDA által minimumként megjelölt kulcsindikátorok közül többek között hiányoznak a következők:

- Új / steril tűk elérhetősége
- Az elmúlt 4 hét során beszerezett új / steril tűk száma
- Az elmúlt 4 hét során ingyenesen beszerezett új / steril tűk száma
- Óvszerhasználat
- Korábbi kezelések
- Jelenlegi kezelés

A kérdőívhez nincs kézikönyv.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A jelenleg gyűjtött DRID kulcsindikátorok gyűjtésével fontos adatokhoz juthatunk az intravénás használók egyes kezelési és ellátási szükségletére vonatkozóan. Abból kifolyólag, hogy évről évre nő a szűréssel összekötött kérdésben résztvevők száma, egyre több használóról, egyre megbízhatóbb adat áll rendelkezésre nem csak a használók fertőzöttségére, profiljára és szerhasználati szokásaira vonatkozólag, hanem szükségletük típusára, természetére vonatkozólag is. A kérdőív és a lekérdezés módja évente tesztelésre kerül, az alkalmazáshoz szükséges kutató know-how rendelkezésre áll.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A kérdőív - többek között - a 2-es pontban felsorolt indikátorok kérdőívbe történő beépítésével lehetne alkalmazható még alaposabb szükséglet felmérési célokra. A kérdőív kérdését ki kellene terjeszteni más közegekre is (kezelők, utcai munka).

5 Mik a felhasználás kockázata, veszélyei?

Az indikátorok felhasználásának önmagában nincsen különösebb veszélye. Jelentősebb kiegészítés nélkül a szükségletek kifinomultabb feltárása szempontjából fontos komponens maradhat feltáratlanul.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A standard adatgyűjtő kifejezetten az intravénás használók fertőzöttségi prevalencia értékének, valamint a DRID kulcsindikátorok hazai gyűjtésére lett kifejlesztve. Más célcsoportok között történő használata nem ismert.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Az indikátorok – megfelelő kiegészítéssel -, illetve az abból származó információk kitűnően alkalmazhatóak alacsony küszöbű szolgáltatások működésének monitorozására, kezelés hatáselemzésére, elterelés, prevenció, bármely más beavatkozás megtervezésére, hatáselemzésére, helyi drogpolicy-k működésének értékelésére, tervezésére.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Erre vonatkozó információ nem áll rendelkezésre. A kérdőívet az első, 2006-s kipróbálása óta folyamatosan fejlesztik a Fókuszpont munkatársai.

A közlés forrása szakemberek személyes megkérdezése, kutatási beszámoló.

Hepatitis C fertőzéssel kapcsolatos szükséglet felmérés Oregon államban

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A mérőeszköz alapvetően a drogbeteg ellátást végző, különböző jellegű intézmények probléma meglátását és észlelését méri a HCV fertőzés, szűrés, kezelés, és az ahhoz kapcsolódó jelenségekkel kapcsolatosan. A kvalitatív kérdőív kevés kérdésből áll, és alapvető információt gyűjt a HCV betegek kezelési szükségletére vonatkozóan, az ellátói oldal szemszögéből. A kérdőív emailen, postai úton is lekérdezhető, ebből kifolyólag rendkívül költség hatékony.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A válaszadói hajlandóság nem volt megfelelő, a minta elemszámot azon intézmények esetében, amelyek emailen nem válaszoltak, személyes lekérdezéssel kellett volna felkeresni.

A kérdőív nem tartalmaz kérdést a kezelésbe kerülés vélt akadályaitól kapcsolatosan. A kérdőívet hazai használat előtt validálni kell.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A kérdőív, vagy a kérdőív kérdéseire épülő mérőeszköz hiánypótló jellegű volna a HCV fertőzés és annak kezelési szükségletének mérésére vonatkozóan abból adódóan, hogy erre vonatkozóan, szakértőktől és más kulcsszereplőktől származó adat nem áll rendelkezésre.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A kérdőívet további, a hazai viszonyok szempontjából releváns kérdésekkel kell kiegészíteni. A kérdezés során ügyelni kell arra, hogy az alacsonyabb válaszadási hajlandóságú intézményeket személyesen is fel kell keresni, és az ottani célszemélyt személyesen, face-to-face technikával lekérdezni.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Alacsony válaszadásai arány abban az esetben, ha csak önkitöltős, internetes formában történik az adatgyűjtés. Törekedni kell arra, hogy a hazai ellátórendszer minden szegmense reprezentálva legyen a mintában.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív kifejezetten a kutatásra lett kifejlesztve, más célra történő felhasználásáról nincs információ. A kérdőív – kisebb átalakításokkal – jó lehet a kezelésbe jutás akadályainak szakértői vizsgálatához.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív alkalmas lehet bármilyen beavatkozás (prevenciós programok, tanácsadási kampányok, ártalomcsökkentési projektek), valamint helyi, regionális és országos projektek értékeléséhez.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Nincs erre vonatkozó információ. A kérdőív kifejezetten a kutatásra lett kifejlesztve, azóta történt újabb felhasználásáról nincs információ.

A közlés forrása kutatási beszámoló.

Injekciós használók ellátatlan szükségletének mérése Kanadában

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A használóknak készült kérdőív számos eleme releváns az injekciós használók szükséglet elemzésére (fogyasztás, kockázati magatartásformák, szolgáltatások használata, a hozzájuk való viszonyulás). A kérdőív rövid (9 oldal), ami alkalmassá teszi arra, hogy bármilyen környezetben lekérdezhető legyen. A kérdőív struktúrája világos, érthető, a modulok jól átláthatóak, a kérdések könnyen követhetőek. A vizsgálati modul komplex, hiszen a használók megkérdezésén kívül kiterjed nővérek, utcai munkások, egészségpolitikusok, szervezeti dolgozók, igazságszolgáltatásban dolgozók, korábbi és jelenlegi használók, azok családtagjainak megkérdezésére, valamint a helyi szolgáltatások áttekintésére is.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A használóknak készült kérdőív kevésbé alkalmas hazai vagy európai, hasonló célt szolgáló adatgyűjtésből származó adatok összehasonlítására (változók, azok értékei). A kérdőív nélkülöz számos olyan elemet, ami a szükségletfelmérés fontos komponense (szerhasználatból fakadó problémák, mentális állapot, illetve az azokat operacionalizáló pszichometriai skálák, kezelésbe jutás észlelt akadályai). A válaszadás önkéntes volt, a kérdőívek visszajuttatását a kérdezetekre bízták. A kérdőívet a hazai felhasználás előtt validálni kell.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Az intravénás szerhasználat szükséglet felmérésére használható egyszerű, könnyen használható mérőeszközt.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A kérdőív illetve a kutatási design kiegészítésre szorul számos tekintetben:

- további kérdések hozzáadására van szükség
- bizonyos változók értékeinek megváltoztatására van szükség
- mintavételi design megváltoztatására van szükség
- a lekérdezés módjának megváltoztatására van szükség
- a kérdőív validitási vizsgálatára lenne szükség

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A kérdőív jelentősebb kiegészítése nélkül a szükségletek kifinomultabb feltárása szempontjából fontos komponensek maradhatnak feltáratlanul. A kutatásban alkalmazott mintavételi és adatbegyűjtési módszer megtartásával alacsony maradhat a minta elemszám és kevésbé lesznek általánosíthatóak az adatok.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív elsősorban a kutatás céljára lett kifejlesztve. A mérőeszköz alkalmas lehet szexmunkások, vagy más, a vér útján terjedő fertőzéseknek különösen kitett rejtett célcsoportok szükséglet felmérésre is.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív és a kutatásban használt kvalitatív módszerek és mérőeszközök alkalmasak lehetnek bármilyen beavatkozás (prevenciós programok, tanácsadási kampányok, ártalomcsökkentési projektek), valamint helyi, regionális és országos projektek értékeléséhez, cselekvési tervek kialakításához.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A mérőeszköz validálási vizsgálata nem történt meg. A vizsgálat előtt a kutatók próbakérdéseket tartottak, és elsősorban a kérdőív hosszát, nyelvezetét, érthetőségét ellenőrizték.

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk, kutatási beszámoló, szakemberek megkérdezése.

Szükséglet felmérés Dél-Kelet Londoni droghasználók kezelésbe jutásával kapcsolatban

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A használóknak készült kérdőív számos eleme releváns az injekciós használók szükséglet elemzésére:

- a szolgáltatókkal, kezelőkkel, személyzettel kapcsolatos tapasztalatok és attitűdök
- percipiált drogproblémák
- kezelésbe jutás percipiált akadályai

A kérdőív könnyen és viszonylag gyorsan lekérdezhető.

A vizsgálati modul részét képezte egy fókuszcsoporthoz vizsgálat is, amely a használók megkérdezésén kívül kiterjedt korábbi használók bevonására is. A fókuszcsoporthoz vizsgálat a szükségletek azonosításának más aspektusaira fókuszált. A kérdésben részt vettek volt használók is, ami növelte a kérdezők iránti bizalmat, növelve ezzel az adatok validitását.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A használóknak készült kérdőív kevésbé alkalmas hazai vagy európai, hasonló célt szolgáló adatgyűjtésből származó adatok összehasonlítására. A kérdőív nélkülöz számos olyan elemet, ami a szükségletfelmérés fontos komponense (szerhasználatból fakadó problémák, mentális állapot, illetve az azokat operacionalizáló pszichometriai skálák). A kérdőív nem validált.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Egy rövid, a szolgáltatókkal, kezelőkkel, személyzettel kapcsolatos tapasztalatokat és attitűdöket, valamint a kezelésbe jutás nehézségeit mérő kérdőívet.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A kérdőív illetve a kutatási design kiegészítésre szorul néhány tekintetben:

- további kérdések, modulok hozzáadására van szükség

- bizonyos modulok elhagyására van szükség (a kérdőív részletesen foglalkozik a kezelőrendszer összes szegmensével)

- a kérdőív validitási vizsgálatára lenne szükség

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A kérdőív bizonyos kiegészítése nélkül a szükségletek kifinomultabb feltárása szempontjából fontos komponensek maradhatnak feltáratlanul. A kérdőív változatlan formában inkább a különböző kezelési típusokkal kapcsolatos attitűdökre és kezelési tapasztalatokra fog koncentrálni.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív elsősorban a kutatás céljára lett kifejlesztve. A mérőeszköz alkalmas lehet más droghasználói célcsoportok szükséglet felmérésre is (bizonyos változtatásokkal).

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

A kérdőív kisebb átalakításokkal, kiegészítésekkel, használható lehet közegészségügyi beavatkozások, policy-k, helyi és regionális ártalomcsökkentési programok, tervezésére és evaluálására. Az attitűdöket mérő modulok alkalmasak lehetnek kliens elégedettségi vizsgálatokhoz, további rejtett igények feltárásához.

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Nincs erre vonatkozó információ. A mérőeszköz kifejezetten projekt specifikus, speciális populációs vizsgálatra lett kifejlesztve, más kontextusban történő használata nem ismert.

A közlés forrása tudományos ismeretterjesztő cikk.

A drogbeteg ellátásban működő alacsony küszöbű szervezetek szolgáltatói profiljára vonatkozó szükséglet meghatározási és adatgyűjtési eljárások jellemzése

Írországi tűcserék profiljára vonatkozó adatgyűjtés

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A bemutatott kérdések jól alkalmazhatóak az alacsonyküszöbű szolgáltatók feltérképezésére. Rákérdeznek a programban dolgozók által tapasztalt szerhasználattal kapcsolatos újabb jelenségekre.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Más kutatásokban fontos szerepet kapott másodlagos tücsere létéről, nagyságáról, jellegéről nem készült kérdés, így kevésbé alkalmazható szükségletfelmérésre. A kérdések során csak a fenntartóra kérdeztek rá, arra nem, hogy milyen forrásokkal rendelkezik a program. Továbbá nem kérdez rá az utcai (szociális) munkára, az eldobált fecskendők begyűjtésének módjára.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Nem esik szó a lekérdezések menetéről, viszont 34 programból 31-et kérdeztek le, amely arány jónak mondható. Az erre irányuló módszertanuk átvétele megfontolandó.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A hazai viszonyokra történő átformálásával alkalmazható lenne Magyarországon is a kérdéssor. Átformálást igényel a programok kategorizációja, és kiegészítésekre szorul a kérdéssor.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Megfelelően átalakítva nincsenek veszélyei, a kérdések hazai programokban is értelmezhetőek.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Alacsonyküszöbű tücsere programok lekérdezésére alkalmas, mintavételi módszer alkalmazása nem javallott.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

-

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Erről nincs információ.

A közlés forrása kutatási jelentés.

Brazil tücsere programok profiljára vonatkozó adatgyűjtés

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A mérőeszközben rákérdeznek a helyi politikai körülményekre. A szerhasználókat a következő szempontok szerint kategorizálják: állandó, alkalmi, elhagyó, mely hazai kontextusban is releváns lenne.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Nem kérdez rá a másodlagos tícserére, és nem került részletezésre, hogy milyen kiadványokat alkalmaznak a programok. 134 általuk ismert programból 34 vett részt a kutatásban, ami gyengének mondható. Megfontolandó az elektronikus, vagy postai úton visszaküldendő kérdőívek módszere. Továbbá nem kérdezett rá a programok utcai munkájára.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Érdeemes átvenni a helyi körülményekre rákérdező kérdéseket.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A hazai viszonyokra történő átformálásával alkalmazható lenne Magyarországon is a kérdéssor. A helyi politikai körülmények részben a helyi önkormányzattal és a lakossággal való kapcsolatra lehet kitérni.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Megfelelően átalakítva nincsenek veszélyei, a kérdések hazai programokban is értelmezhetőek.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Alacsonyküszöbű tícseré programok lekérdezésére alkalmas, mintavételi módszer alkalmazása nem javallott.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

-

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Erről nincs információ, próbakérdezést végeztek.

A közlés forrása kutatási jelentés.

Tícseré programok összehasonlítása és jellemzése az Amerika Egyesült Államokban

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

Olyan mérőeszközt alakítottak ki a kutatók, melyet több éven át alkalmaztak az Egyesült Államokban, így figyelemmel tudják kísérni a különféle trendek alakulását. Az alapadatok mellett rákérdeznak a másodlagos tícserére, mely fontos szükségletfelmérő módszer lehet. Feltérképezik, hogy a programoknak milyen nehézségekkel kell szembenézniük, mely a programok szükségleteiről ad fontos információkat.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

Érdemes több szervezet nyilvántartása alapján kiválasztani a programokat, nem biztos, hogy egy szervezetnek tagja az összes program.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A kérdések alkalmazhatóak magyarországi kutatások során is. Új szempontrendszereket ad a kérdések kialakításában. A visszaküldési arány magas, annak ellenére, hogy postán küldték ki a kérdőíveket. Így az erre vonatkozó módszertant érdemes átvenni.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A programok kategorizációját kell átformálni hazai viszonyokra, és a hazai közigazgatási területekre alkalmazandók a kérdések. (Nem államonként, hanem pl. régióként kell vizsgálni az eredményeket). Mivel Magyarország közigazgatása teljesen eltér az Egyesült Államokétól, nincs szükség a jogi státuszok feltérképezésére. A másodlagos tücsere jelensége azonban Magyarországon is nagy szerepet játszik, innen észlelhető, hogy vannak olyanok, akik a stigmatizáció miatt inkább nem keresik fel a programokat, ugyanakkor valós szükséglettel rendelkeznek. Ennek a témakörnek feltétlenül felhasználásra kell kerülnie egy magyarországi kutatás során.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Megfelelően átalakítva nincsenek veszélyei, a kérdések hazai programokban is értelmezhetőek.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Alacsonyküszöbű tücsere programok lekérdezésére alkalmas, mintavételi módszer alkalmazása nem javallott.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

-

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Nincs információ. Ezt a kutatást rendszeres időközönként megismétlik az országban.

A közlés forrása kutatási jelentés és tudományos ismeretterjesztő cikk.

Tücsere programok szolgáltató profiljának leírása az Európai Unión belül – egy uniós pilot study tapasztalatai

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

Az európai országokból érkező szakértők a pilot study keretein belül olyan protokollt dolgoztak ki, mely nemzetközi szinten jól alkalmazható. Az országok ártalomcsökkentéssel foglalkozó programjai megbízhatóan összehasonlíthatók és országos szinten pedig szükségletfelmérésre is kisebb módosításokkal alkalmazható.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A kidolgozott protokoll és kérdőív több európai ország ártalomcsökkentő programjának működését figyelembe véve készült, így országos szinten fontos információk veszhetnek el. Bár a kérdőívhez tartozik útmutató, néhol nehéz lehet értelmezni a kérdéseket.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

A kidolgozott kérdőív jó alapja lehet egy magyarországi adatgyűjtési protokoll kidolgozásának. Alkalmazásával kiválóan rajzolódhatnak ki a magyarországi hiányosságok.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A magyarországi programok jellemzőit figyelembe véve kisebb módosításokkal alkalmazható lenne a kérdőív.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

Megfelelően átalakítva nincsenek veszélyei, a kérdések hazai programokban is értelmezhetőek.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Alacsonyküszöbű tűcsere programok lekérdezésére alkalmas, mintavételi módszer alkalmazása nem javallott.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

-

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

Igen

A közlés forrása kutatási jelentés.

Tűcsere programok szolgáltató profiljának leírása Magyarországon

1 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz erőssége, pozitívuma?

A mérőeszköz hazai viszonyok alapján került kidolgozásra olyan szakemberek bevonásával, akik jártasak a magyarországi alacsonyküszöbű programok működésében. A kutatás során részletesen kérdeztek rá a programok működéseire, így pontos kép alkotható a programokról.

2 Mi a bemutatott módszertan, mérőeszköz gyengesége, negatívuma?

A kutatásban minden olyan intézményt felkerestek, mely magát alacsonyküszöbűnek definiálta. Az intézmények nem egységes definíció alapján tekintették magukat alacsonyküszöbűnek, ennek köszönhetően olyan szervezetekhez is eljutott a kérdőív, melyek nem tudták a kérdéseket magukra vonatkoztatni. Továbbá olyan információs kiadványt használtak a kutatók, mely a 2003-as állapotot mutatta egy adott időpontban, ami a 2004-es kutatásra elavulttá vált, így bár megtudták, hogy 4 intézmény a kiszemelt intézményekből nem működik, de azt nem, hogy azóta nyíltak-e újak. A kérdőív visszakerülési arányt rontotta, hogy a kutatók postai úton várták vissza az adatokat, nem személyesen keresték fel az intézményeket.

3 Mik a bemutatott módszertan, mérőeszköz lehetőségei: azok adaptálásával, felhasználásával mit nyerünk jelen helyzetben?

Nincs szükség adaptálásra, a visszaküldési arányon kell javítani, több forrásból szükséges összegyűjteni a működő programokat.

4 Milyen feltételekkel, módosításokkal lenne alkalmazható az eszköz?

A visszaküldési arányon kell javítani, több forrásból szükséges összegyűjteni a működő programokat, és egységes definíciók használata szükséges.

5 Mik a felhasználás kockázatai, veszélyei?

A kérdőív hosszú, kitöltése sok időt vehet igénybe. Olyan adatokra is rákérdez, melyet nem feltétlen tud a kérdőívet kitöltő ember egyedül megválaszolni, így körülményessé válhat a kitöltés, vagy nem tükrözi a valóságot.

6 Mely célcsoportok között lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

Alacsonyküszöbű tűcsere programok lekérdezésére alkalmas, mintavételi módszer alkalmazása nem javallott.

7 Milyen más kontextusban lehet hasznos a módszertan és a mérőeszköz alkalmazása?

-

8 Átesett-e már validáláson a mérőeszköz?

A kérdőív próbakérdezésen esett át. Validálása nem történt meg.

VII.2. A fejezet során bemutatott eszközök elérhetősége:

1 Az EMCDDA drogérintettségi kulcsindikátorok

<http://www.emcdda.europa.eu/?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=1390>

Az Európai Unión belüli középiskolás- és felnőtt, nagypopulációs drogérintettség felmérések egyik legmeghatározóbb és legjelentősebb kézikönyve, módszertani útmutatója. A dokumentum tartalmazza azokat az alapindikátorokat, amelyek segítségével megbízhatóan mérhető a lakosság drogérintettsége.

2 Országos Lakossági Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat (ADE)

A kérdőívet a felnőtt lakosság drogérintettségének vizsgálatában használják. A mérőeszköz az EMCDDA felnőtt populációs vizsgálatok vonatkozásában megfogalmazott módszertani, valamint a tiltott szerekre vonatkozó indikátor ajánlásaira épül. Ez kiegészül a GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: An International Study) program alkoholra vonatkozó kérdéseivel, a WHO egészség vizsgálatának szempontrendszerével, és az IRGGA „Gender Culture, and Alcohol: A Multi-National Study” című programjának törzskérdéseivel, illetve a hazai sajátosságokkal, szakmai elvekkel, kutatási hagyományokkal.

3 Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról

A kérdőív célja hogy felmérje és feltérképezze a 18-64 év közti hazai felnőtt lakosság különböző jellegű addiktológiai problémáit, amely a legális és illegális szerfogyasztáson kívül kiterjedt olyan addikciók és addiktív viselkedések vizsgálatára is, mint amilyen a szerencsejáték, az Internet-függőség, evési zavarok, testedzési addikciók, kényszeres vásárlás és a munkamániák.

4 Lakossági Attitűdfelmérés

A kérdőív a felnőtt lakosság legális és illegális fogyasztási prevalencia értékeire, a szerek ismeretére, azok vélt hatásaira, következményeire, valamint a szerfogyasztás és a szerfogyasztók iránt érzett attitűdökre vonatkozó kérdéseket tartalmaz.

5 MNSASU: kezelési szükséglet felmérése Minnesota államban

www.dhs.state.mn.us/main/groups/healthcare/.../pub/dhs_id_055443.pdf

A kérdőív célja a Minnesota állambeli felnőtt lakosság alkohol és illegális szerfogyasztási mintázatának, jellemzőinek, függőségi mértékének becslése, valamint a komorbid szerhasználat és a mentális diszfunkciók felmérése is.

6 Barnsley kérdőív

A kérdőív célja annak feltérképezése, hogy milyen mértékben ismerik a helyi szolgáltatásokat, milyen az azokhoz való viszonyulásuk azoknak a családtagoknak vagy hozzátartozóknak, akiket valamilyen szinten érint egy családtag, barát vagy ismerős droghasználata.

7 Drug Abuse Screening Test (DAST – 20)

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_4092_EN_DAST%202008.pdf

A kérdőív a droghasználatra, a szerhasználatból fakadó problémákra, sóvárgásra, addikcióra, valamint a kezelési tapasztalatra vonatkozó kérdéseket tartalmaz.

8 HBSC: az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása és drogfogyasztása

A kérdőív az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására, többek között a legális és illegális szerfogyasztásukra vonatkozó kérdéseket tartalmaz.

9 ESPAD: a középiskolás gyermekek drogérintettsége

http://www.espad.org/documents/Espad/Documents/ESPAD_Questionnaire_2007.pdf

A kérdőív a középiskolás gyermekek legális és illegális drogérintettségét, drogfogyasztási szokásait méri. A kérdőív emellett a tanulók demográfiai háttéréről, családi státuszáról, önképéről, szerfogyasztásra vonatkozó attitűdjeiről, illegális, törvénytörő cselekvésekről, házimunkáról, szabadidős tevékenységekről gyűjt információt.

10 Minnesota Student Survey (MMS)

http://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=id_007196

A kérdőív gyerekek és középiskolások egészségmagatartására, legális és illegális szerfogyasztására, az illegális szerhasználattal kapcsolatos viselkedések, attitűdök mérésére alkalmas mérőeszköz.

11 DUDIT-E

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_62196_EN_DUDIT-E%20English%20version.pdf

A kérdőív a szerhasználati fogyasztás mérése mellett a droghasználatból fakadó rendellenességek mérésére, drogproblémák azonosítására alkalmas.

12 TLFB (Timeline Followback Method)

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_4151_EN_tlfbdr.pdf

A TLFB (Naplós Adatgyűjtési Módszer alkoholra, cigarettára, marihuánára és más drogokra) egy olyan egyszerű mérőeszköz, amely az egyén legális és illegális szerfogyasztásáról ad információt. A mérőeszköz egy kalendárium, amit a vizsgálatban részt vevőknek kell saját maguknak kitölteni a szerint, hogy egy adott szert egy bizonyos napon használtak-e vagy sem.

12 RAR: gyors helyzetfelmérés és válasz

<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Index.html>

A kézikönyv a Gyors Helyzetfelmérés és Válasz elnevezésű módszer és eljárás alkalmazására vonatkozólag mutat részletes útmutatást.

13 NIDA kockázat felmérő kérdőív

A kérdőív nem csak szerhasználatból és a szerhasználati életmódból fakadó kockázatokat, hanem kezeléssel kapcsolatos szükségleteket is feltár.

14 Roma fiatalok és kábítószer

A kérdőív a roma szerhasználók kábítószer-fogyasztási szokásairól, a roma népesség drogérzékenységről, egészségügyről, az egészségügyi ellátással kapcsolatos véleményéről, attitűdjéről, kábítószer-használattal összefüggő kockázati magatartásairól gyűjt információt.

15 A kezelésbe jutás nehézségeinek vizsgálata intravénás használók körében, Magyarországon

A kérdőív a nehezen elérhető problémás droghasználók szerhasználói mintázatát, kockázati magatartásformáit, valamint a tűcserébe és a magasabb küszöbű ellátásokba történő jutás akadályait és nehézségeit, valamint a akut (elmúlt egy évre vonatkozó) kezelési és ellátási szükségleteit tárja fel.

16 A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten

A kérdőív feltárja a kezelőrendszeren kívüli fővárosi roma és nem roma intravénás használók társadalmi kirekesztettségének mértékét, alapvető szociodemográfiai, szerhasználati, a szerhasználattal összefüggő kockázati ismertségét, az intravénás droghasználók ismeretét a különböző kezelési formákra vonatkozóan, továbbá leírja a kezelőrendszerhez való viszonyukat, attitűdjüket, a kezelésből történő kimaradásuk okait.

17 Közösségi alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében

A kérdőív az intravénás használók szerhasználatához, életmódhoz kötődő kockázati magatartásformáit, a HIV és Hepatitis C fertőzésekhez, valamint a kapcsolódó szolgáltatásokhoz és kezelésekhöz kötődő attitűdjeit, a HIV és Hepatitis C fertőzésekhez, valamint a kapcsolódó szolgáltatások és kezelésekhöz kötődő tudását, ismeretét tárja fel.

18 Kezelésbe jutás nehézségei New York-i intravénás használók körében

A kutatásban használt mérőeszközök alapvetően a kezelésen kívüli intravénás szerhasználók kezelésbe jutásának nehézségeit, a kezelésbe jutás akadályait, a használók szerhasználati szokásait, kockázati magatartását, fertőzöttségi státuszát méri.

19 DRID protokoll

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_65542_EN EMCDDA DRAFT DRID Protocol 2006.pdf

A kézikönyv az intravénás szerhasználathoz kötődő fertőző megbetegedések (hepatitis B és C, valamint HIV) monitorozására alkalmas indikátorok gyűjtésének módszertani útmutatója.

20 A DRID indikátorok magyarországi alkalmazása

A kérdőív az intravénás használók alapvető demográfiai háttéréről, kockázati magatartásformáiról, injektlási szokásairól és szűrési múltjáról gyűjt alapvető információt.

21 Hepatitis C fertőzéssel kapcsolatos szükséglet felmérés Oregon államban

<http://www.oregon.gov/DHS/ph/acd/svhpg/docs/needs0307.pdf>

22 Injekciós használók ellátatlan szükségletének mérése Kanadában

Az injekciós szerhasználók számára kifejlesztett kérdőív az alapvető demográfiai adatokkal, szerhasználattal, kockázati magatartásformákkal, a szolgáltatásokkal és azok kihasználtságával kapcsolatosan gyűjt információt. A szakértői interjú az injekciós használókhoz való viszonyról, az ártalomcsökkentési ismeretekről, attitűdökről, valamint a kezelésbe jutás percipiált akadályairól gyűjt információt.

23 Szükséglet felmérés Dél-Kelet Londoni droghasználók kezelésbe jutásával kapcsolatban

A kutatás kérdőívei a drogbeteg ellátó szolgáltatások iránti attitűdöket vizsgálja kezelésben lévő kliensek, kezelésen kívüli kliensek, illetve korábban kezelésben lévő kliensek körében.

24 Írországi tőcserek profiljára vonatkozó adatgyűjtés

http://www.drugsandalcohol.ie/12145/1/Drugnet_28.pdf

Írországi tőcsere programok szolgáltatói profiljának leírása.

25 Brazil tőcsere programok profiljára vonatkozó adatgyűjtés

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n4/06.pdf>

Brazil tőcsere programok szolgáltatói profiljának leírása.

26 Tőcsere programok összehasonlítása és jellemzése az Amerika Egyesült Államokban

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00039285.htm>

<http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/89/1/43.pdf>
<http://www.thebody.com/content/whatis/art17125.html>

Egyesült Államokbeli tűcsere programok szolgáltatói profiljának leírása.

27 Tűcsere programok szolgáltató profiljának leírása az Európai Unión belül – egy uniós pilot study tapasztalatai

<http://www.correlation-net.org/images/stories/pdfs/products/datacollection.pdf>

Az európai unión belüli tagállamok szolgáltató profiljának egységes leírására tett kísérlet. A dokumentum az adatgyűjtő lap mellett tartalmazza az adatfelvételhez szükséges protokollt is.

28 Tűcsere programok szolgáltató profiljának leírása Magyarországon

http://www.addiktologia.hu/article_pdf/45.pdf

A magyarországi alacsony-küszöbű programok működési és finanszírozási struktúrájának, szakmai és működési irányelvének, klientúrájának leírására irányuló kérdőív.

Irodalom

AIDS Committee of Newfoundland and Labrador the Health Research Unit of Memorial University. Injection Drug Use in Newfoundland and Labrador. St. John's, NL 2007.

Alexander D; Leung P (2006): The Marijuana *Screening* Inventory (MSI-X): concurrent, convergent and discriminant validity with multiple measures. The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse, 2006; Vol. 32 (3), pp. 351-78.

American Psychiatric Association. (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition Text Revisions DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association.

Andersen, A., Kroschlner, R., Currie, C., Dallago, L., Due, P., Richter, M., Örkényi, Á., Holstein, B. E. (2008). High agreement on Family affluence between children and parent; reports: international study of 11-year-old children. European Journal of Epidemiology and Community Health. 62: 1092-94.

Appel, P.W., Ellison, A.A., Jansky, H.K., Oldak, R. (2004): Barriers to Enrollment in Drug Abuse Treatment and Suggestions for Reducing Them: Opinions of Drug Injecting Street Outreach Clients and Other System Stakeholders. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30, 1, 129–153.

Aszmann, A. (Ed): (2003) Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat, "Nemzeti Jelentés" 2002. (Health behaviour of school-aged children, a WHO cross-national study, Hungarian national report 2002), OGYEI, Budapest, p. 164

Barnsley Beacon Carer Support Service: Understanding the needs of coping with a loved one's drug or alcohol misuse, 2009.

Becker, M.H. (1974) : The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs, 2, 324-508.

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., Schlyter, F. (2005): Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. European Addiction Research, 11(1), 22-31.

Berman, A. H., Palmstierna, T., Källmén, H., & Bergman, H. (2007). The self-report Drug Use Disorders Identification Test-Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational Index. Journal of Substance Abuse Treatment, 32, 357-369.

Booth, M., A Okely, T Chey, and A Bauman: The reliability and validity of the physical activity questions in the WHO health behaviour in schoolchildren (HBSC) survey: a population study. Br J Sports Med. 2001 August; 35(4): 263–267.

Bjarnason, T (2003): Sampling issues in school surveys of adolescent substance use. Handbook for Implementing School Surveys on Drug Abuse. United Nations Office on Drugs and Crime

Caiaffa, WT, Mingoti SA, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Silva RC, Lopes AC, Doneda D. (2003): Estimation of the number of injecting drug users attending an outreach syringe-exchange program and infection with human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C virus: the AUDE–Brasil project. J Urban Health 2003; 80:106–114.

CAMPBELL K. AITKEN, MICHAEL KERGER & NICK CROFTS (2002): Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: a means of improving the health of injecting drug users, Drug and Alcohol Review (2002) 21, 33.37

Coyle, S.L. (1993): The NIDA HIV Counseling and Education Intervention Model: Intervention Manual. NIH Publication No. 93-3580. U.S. Department of Health and Human Services: GPO, 1993.

De Jong W, Tsagarelli T, Schouten E. Rapid assessment of injection drug use and HIV in the Republic of Georgia. Journal of Drug Issues, 1999;29:843–860.

Demetrovics Zs., Szeredi B., Nyikos E. (2004): A Problémás Internethasználat Kérdőív bemutatása. Psychiat Hung, 19(2), 141-160.

Dennis ML, Funk R, Godley SH, Godley MD, Waldron H (2004): Cross-validation of the alcohol and cannabis use measures in the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) and Timeline Followback (TLFB; Form 90) among adolescents in substance abuse treatment. Addiction (Abingdon, England) [Addiction], ISSN: 0965-2140, 2004 Nov; Vol. 99 Suppl 2, pp. 120-8;

Dorabjee J, Samson L. (2000): A multi-centre rapid assessment of injecting drug use in India. Int J Drug Policy. 2000;11(1–2):99–112.

Droginfó (2003): Kály-Kullai K (szerk): Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest.

Edwards, Elisabeth, A. (1993). Development of a New Scale for Measuring Compulsive Buying Behaviour Financial Counseling and Planning, 4, 67-85.

Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele a metadon kezelésről. Országos Addiktológiai Intézet, 2008.

[Elekes, Zs. \(2009\): Egy változó kor változó ifjúsága – A fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon - ESPAD 2007. NDI - L'Harmattan.](#)

[Elekes Zs. \(2007\): Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Addiktológia 2007 \(3\) 189-211.](#)

Elekes Zs., Paksi B.: A felnőtt népesség droghasználata és alkoholfogyasztása Magyarországon. Kutatási Beszámoló ADE 2001, Budapest 2001.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (2003): A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási Beszámoló, NKFP kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Treatment demand indicator

Standard protocol 2.0. 2000.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction / Greek REITOX Focal Point UMHRI: Protocol for the implementation of the EMCDDA key Indicator

Drug Related Infectious Diseases (DRID), 2006.

Fals-Stewart, William; O'Farrell, Timothy J.; Freitas, Timothy T.; McFarlin, Susan K.; Rutigliano, Peter (2000): The Timeline Followback reports of psychoactive substance use by drug-abusing patients: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 68(1), Feb 2000, 134-144.

Fauziah M.N., Anita S, Sha'ri B.N., Rosli B.I. (2003): HIV-associated risk behaviour among drug users at drug rehabilitation centres. *Medical Journal of Malaysia* 2003; 58:268–272.

Fountain, J., Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Gossop, M. (2000): Measuring Met and Unmet Need of Drug Misusers: Integration of Quantitative and Qualitative Data. *European Addiction Research*, 2000;6:97–103.

Gádoros, J. (1996). Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica*, 2, 147-165.

Garfein, R.S., Vlahov D., Galai N., Doherty M.C., Nelson K.E.: (1996): Viral infections in short-term injection drug users: The prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human t-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health*, 1996; 86:655-61.

Hedrich, D., Ervik, R., Long, J., Majo, R.X., Márványkövi, F., Rácz, J., Toufik, A. (2008): Data Collection Protocol for Specialist Harm Reduction Agencies. Colophon, 2008.

GOMEZ, J.D., MARGARET WEEKS, MARIA MARTINEZ, AND MARK CONVEY (2006): Times and Places: Process Evaluation of a Peer-Led HIV Prevention Intervention, *Substance Use & Misuse*, 41:669–690

Gossop, M., Darke, S., Griffith, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., Strang, J. (1995): The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 1995. 90, 607-614.

Griffiths, P. - Gossop, M. - Powis, B. - STRANG, J. (1993): Reaching hidden populations of drugs users by privileged access interviewers: methodological and practical issues, *Addiction*, 88, 1617-1626.

[Gustafson D.L.](#), [Goodyear, L.](#), [Keough, F.](#) (2008): When the dragon's awake: a needs assessment of people injecting drugs in a small urban centre. [International Journal on Drug Policy](#). 2008 Jun;19(3):189-94. Epub 2008 May 12.

Heckathorn D. (1997): Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997; 44:174–199.

Heckathorn D. (2002): Respondent driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Social Problems* 2002; 49:11–34.

Hochbaum, G.M. (1958): Public participation in medical screening programs: a sociopsychological study (PHS publication no. 572). Government Printing Office, Washington.

Hooper J., Longworth P. (2002) Health needs assessment workbook. London: Health. Development Agency. www.hda.nhs.uk/publications

Howard J, Rhodes T, Fitch C, Stimson GV (1998): Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Especially Vulnerable Young People (EVYP-RAR). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998.

Iraurgi, I. Jiménez-Lermab, J.M., Landabasoc, M.A., Arrazolab, X., Gutiérrez-Fraile, M. (2000): Gipsies and Drug Addictions. *European Addiction Research*. 2000, 6:34-41.

Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand SL,

Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM. (2003): Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2),184-189.

Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. (2003): The Patient Health Questionnaire-2: validity of

a two-item depression screener. *Medical Care*. 41(11),1284-92

[Lesieur HR](#), [Blume SB](#). (1987): The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. [Am J Psychiatry](#). 1987 Sep;144(9):1184-8.

Latkin, CA., Wei Hua, and Melissa A. Davey (2004): FACTORS ASSOCIATED WITH PEER HIV PREVENTION OUTREACH IN DRUG-USING COMMUNITIES, *AIDS Education and Prevention*, 16(6), 499–508, 2004

Magnani, R., Sabin, K., Saidela, T., Heckathorn, D (2005): Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. AIDS 2005, 19 (suppl 2):S67–S72.

Márványkövi F, Rác J (2005): Alacsony-küszöbű, droghasználókat ellátó szolgáltatások jellemzői Magyarországon, 2004-ben. Addiktológia, 4, 431-459

Márványkövi, F., Melles, K., Rác, J. (2006): A kezelésbe és tícserébe jutás akadályai problémás droghasználók körében, Budapesten. Addiktológia, 2006., V. évfolyam, 4.sz.

Márványkövi, F., Melles, K., Légmán, A., Rác, J. (2008): Droghasználók társadalmi kirekesztettségének vizsgálata: A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten. Addiktológia, 2008 / 3-4.

Massard, E. da Fonseca, José Mendes Ribeiro, Neilane Bertoni, Francisco I. Bastos.

Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. Cad. Saúde Pública vol.22 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2006.

Máthé-Árva N. B. (2005): Az intravénás drogfogyasztás kockázatai. Szakdolgozat. ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Budapest.

[Matsumoto T](#); [Okada T](#); [Chiba Y](#); [Ando K](#); [Yoshikawa K](#); [Wada K](#) (2006): Association between substance *abuse* problems and antisocial tendencies in male juvenile delinquents: A study using the Psychopathy Checklist, Youth Version. Japanese Journal Of Alcohol Studies & Drug Dependence [Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi] 2006 Feb; Vol. 41 (1), pp. 59-71.

McAlpine, D., Beebe, T., McCoy, K., Davern, M. (2006): [Minnesota Department of Human Services. Estimating the Need for Treatment for Substance Abuse Among Adults in Minnesota: 2004/2005 Minnesota Treatment Needs Assessment Survey Final Report, St. Paul, Minnesota 2006.](#)

Minnesota Department of Health (2007): Minnesota Student Survey.

Morgan, J.F., Reid, F., Lacey, J.H. (1999): The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. British Medical Journal. 1999;319:1467-1468.

National Institute on Drug Abuse (NIDA): Risk behavior assessment questionnaire. Final version. National AIDS Research Project. NIDA Community Research Branch. 1991.

National Institute on Drug Abuse, 1991. Risk Behavior Assessment Questionnaire. October edition. Rockville, MD: NIDA Community Research Branch

National Institute on Drug Abuse (NIDA): The NIDA Community-Based Outreach Model. September, 2000.

Needle, Richard; Fisher, Dennis G.; Weatherby, Norman; Chitwood, Dale; Brown, Barry; Cesari, Helen; Booth, Robert; Williams, Mark L.; Watters, John; Andersen, Marcia;

Braunstein, Mildred: Reliability of self-reported HIV risk behaviors of drug users. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol 9(4), Dec 1995, 242-250.

Németh, Á. (Ed) (2007): Serdülőkori fiatalok egészsége és életmódja. [Young people's health and lifestyle, in Hungarian with English summary]. Országos Gyermkegészségügyi Intézet [National Institute of Child Health], Budapest. p.223.

Nemzeti Drog Fókuszpont: 2008-as Jelentés az EMCDDA számára. Nemzeti Drog Fókuszpont, 2008.

Nemzeti Drog Fókuszpont: 2009-es Jelentés az EMCDDA számára. Nemzeti Drog Fókuszpont, 2009.

Oregon Substance Abuse Treatment / Mental Health Provider: Hepatitis C Needs Assessment Final Report February, 2007

Országos Epidemiológiai Központ: LAKOSSÁGI ATTITÚDFELMÉRÉS a dohányzásról, az alkohol- és kábítószer-fogyasztásról. OEK, 2005. május.

Paone, D., J Clark, Q Shi, D Purchase, and D C Des Jarlais. Syringe exchange in the United States, 1996: a national profile. *Am J Public Health*. 1999 January; 89(1): 43–46.

Paone, D., DC Des Jarlais, J Clark, Q Shi, A Orris, M Krim, M Reinfeld, SR Friedman, P Lurie. Syringe exchange in the United States, 1994-1995. *MMWR*, September 22, 1995 / 44(37);684-5, 691

Paksi B. (2003): Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. Szakmai forrás sorozat. 4. L'Harmattan. Budapest.

Paksi B.: A magyar társadalom drogérintettsége. In: Demetrovics Zs. (szerk): *Az addiktológia alapjai I*. Eötvös Kiadó, Budapest, 2007. (256-294).

Paksi B., Arnold P. (2007): A magyarországi felnőtt népesség drogérintettsége – új fejlemények. *Addiktológia 2007 Supplementum 1*. p. 49. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusa, Siófok. (2007.11. 22-24.).

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.

Power C, Matthews S, Manor O. (1998): Inequalities in self-rated health: explanations from different stages in life. *Lancet*. 1998;351:1009–14.

Rácz J., Ritter, I. (2003): Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 2003, 3-4:305-345.

Rácz J., Máthé-Árvay N., Fehér B. (2003): Kezelésre jelentkező és “utcai” injekciós droghasználók kockázati magatartásainak és kockázateszlelésének jellemzői. Előzetes eredmények. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 3-4:370-388.

Rácz J, Gyarmathy V.A., A. Neaigus, Ujhelyi E. (2004): Syringe sharing and perception of HIV and hepatitis risk among injecting drug users in Budapest. *Kézirat*.

Rácz J., Márványkövi F., Melles, K. (2009a): Közösség-alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 8,3: 219-253.

Rácz, J., Melles, K., Márványkövi, F., Vadász, V. (2009b): A magyarországi metadonfenntartó programok monitorozása és értékelése szakértői vélemények és kezelésbe bevont kliensekkel felvett kérdőívek alapján. *Kézirat*.

Rhodes, F. (1993): *The Behavioral Counseling Model for Injection Drug Users: Intervention Manual*. NIH Publication No. 93-3579. National Institute on Drug Abuse: GPO, 1993.

Rhodes T, Fitch C, Stimson GV (2002): *The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.

Rhodes T, Stimson GV, Fitch C, Ball A, Renton A (1999): Rapid assessment, injecting drug use, and public health. *Lancet*, 1999;354:65–68.

Ritter, I. (2005): Roma fiatalok és kábítószeresek. Kutatási beszámoló. Egészséges Ifjúságért Alapítvány – Országos Kriminológiai Intézet, Budapest.

Robinson, B.E. (1989): *Work Addiction*. Dearfield Beach. FL: Health Communications.

Robinson, J., Gibney, Sarah and Keane, Martin and Long, Dr Jean (2008): Profile of needle exchange services in Ireland. *Drugnet Ireland*, Issue 28, Winter 2008 . pp. 16-17.

Rosenstock I., Strecher, V., Becker, M. (1994): The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In R.J. DiClemente, and J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. 5-24. Plenum Press, New York.

Roy M, Dum M, Sobell LC, Sobell MB, Simco ER, Manor H, Palmerio R (2008): Comparison of the quick drinking screen and the alcohol timeline followback with outpatient alcohol abusers. *TeljesrSubstance Use & Misuse [Subst Use Misuse]*, ISSN: 1532-2491, 2008 Dec; Vol. 43 (14), pp. 2116-23;

Rózsa, S., Vetró, Á., Komlósi, A., Gádos, J., Kő, N., Csorba, J.(1999). Gyermekek és serdülőkorúak depresszió kérdőív mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, 4, 459-482.

Simpson, D. D. (1998): TCU data collection forms for methadone outpatient treatment. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.

Sinadinovic, K., Berman, A., Hasson, D., Wennberg, P. (2010): Internet-based assessment and self-monitoring of problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviours*. Megjelenés alatt.

Skinner, H.A. (2001): Assessment of substance abuse: Drug Abuse Screening Test. IN: R. Carson – De Witt (ED), *Encyclopedia of Drugs, Alcohol and Addictive Behaviour*. 2nd Edition. Durham: North Carolina. P. 147-148.

Skinner, H.A.: The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviour*, 1982, 7, 363-371.

Smith, D. G, Bartley M., Blane, D. (1990): The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *British Medical Journal*. 1990;301:373–377.

Sobell, L. C., Sobell, M. B., Buchan, G., Cleland, P. A., Fedoroff, I., & Leo, G. I. (1996): The reliability of the Timeline Followback method applied to drug, cigarette, and cannabis use. Presented at the 30th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. New York, NY.

Stein, M.D., Friedmann, P. (2002): Need for Medical and Psychosocial Services Among Injection Drug Users: A Comparative Study of Needle Exchange and Methadone Maintenance. *The American Journal on Addictions* 11:262- 270, 2002.

Stimson, G., Des Jarlais, D.C., Ball, A. (1998): *Drug Injecting and HIV Infection: global dimensions and local responses*. London, UCL Press. 1998.

Strang, J., Manning, V., Mayet, S., Ridge, G., Best, D., & Sheridan, J. (2007): Does prescribing for opiate addiction change after national guidelines? Methadone and buprenorphine prescribing to opiate addicts by general practitioners and hospital doctors in England, 1995-2005. *Addiction*, 102(5), 761-770.

Trafton, J.A., Humphreys, K., Harris, A.H.S., Oliva, E. (2007): Consistent Adherence To Guidelines Improves Opioid Dependent Patients_ First Year Outcomes. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 34:3, 260-261.

Trautmann, F., Rode, N., van Gageldonk, A., van der Gouwe, D., Croes, E., Zidar, R., Stöver, H., Gašparič, M., Konec – Juričič, N (2007): Evaluation of substitution maintenance treatment in Slovenia – assessing quality and efficiency. Trimbos Institute - Netherlands Institute of Mental Health and Addiction Faculty of Social Work, University of Ljubljana Utrecht – Ljubljana

Terry, A., Szabo, A., Griffiths, M. (2004): The exercise addiction inventory: a new brief screening tool. [Addiction Research and Theory](#), Volume 12, Number 5, October 2004 , pp. 489-499(11)

Treloar, C., Abelson, J., Cao, W., Brener, L., Kippax, S., Schultz, M., Schultz, Meriel, Bath, N. (2004): Barriers and Incentives to Treatment for Illicit Drug Users. Monograph Series No. 53. April 2004.

Tyrlik, M.- Zuda, T.- Bem, T. – Power, R. (1996): The drug-use situation in the Czech Republic. Bulletin on Narcotics. XLVIII, 89-98.

Wiebel, W. (1993): The Indigenous Leader Outreach Model: Intervention Manual. NIH Publication No. 93-3581. U.S. Department of Health and Human Services: GPO, 1993.

World Health Organization (1998): The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use. Draft for field testing, ed. G.V. Stimson, G.V. Fitch and T. Rhodes. Geneva: World Health Organization Program on Substance Abuse.

World Health Organization (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic. In WHO Technical Report Series, No. 894. Geneva: World Health Organization.

Young, K.S. (1998): Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder.

CyberPsychology and Behavior, 1(3), 237-244.

A zárófejezetben a Nemzeti Drogmegelőzési Intézetnek a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokkal kapcsolatos szükséglet-meghatározási tevékenységét, pontosabban, ennek az alapelveit mutatjuk be, két módszer szemléltetésével: az egyik a RAR módszer, a másik pedig egy az NDI által kidolgozott módszer. Mindkét esetben egy adott földrajzi régióban a különböző szakemberek, intézmények és droghasználó, illetve kockázati csoportok szükséglet-meghatározása történik, többféle módszer ötvözésével: kvantitatív és kvalitatív adatok felhasználásával, összegyűjtött adatok és szakértői interjúk, fókuszcsoportos beszélgetések alapján. A cél a szükségletek meghatározásán keresztül az ellátás hatékonyabb és eredményesebb megszervezése.

VIII. Szükséglet-meghatározás a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek) vonatkozásában

VIII.1. Bevezetés

A Nemzeti Stratégia megszületésekor világossá vált, hogy az állami intézményeknek és az országos hatáskörű szervezeteknek a célok kijelölése és az anyagi kondíciók biztosítása fontos feladat, de a tényleges eredményeket csak és kizárólag a szerhasználókkal és a veszélyeztetett korcsoporttal kapcsolatban álló helyi szervezetek, intézmények, civil szervezetek és az egészségügyi ellátórendszer együttesen tudnak felmutatni. A lokális Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok megalakulása fontos lépés a stratégia megvalósításában, szervezésük, szakmai segítségük, koordinációjuk és továbbképzésük feladatát a Stratégia a Nemzeti Drogmegelőzési Intézetre bízta.

A városokban, kistérségekben, majd a későbbiekben regionális szinten megalakult Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok első feladata – az együttműködő szervezetek közös részvételével működő „szervezet” felállítását követően – a helyi drogprobléma diagnosztizálása, a lokális droghelyzettel kapcsolatos információk beszerzése, majd az ily módon szerzett pontos és megbízható ismeretek birtokában a helyi stratégia elkészítése. Az Intézet szakmai tanácsadó munkájának ellátása során kiemelten fontosnak tartja megbízható vizsgálati módszerek kidolgozását és adaptálását a különböző területen működő Fórumok számára.

Szükségletek

Könnyen belátható logikai úton az, hogy a szükségletek mértéke jelentősen eltérő, ha a különböző szintű ellátások iránti szükségleteket kívánjuk megismerni. A veszélyeztetett korú diákok körében **prevenciós szükségleteket** állapíthatunk meg abban az esetben, ha a

szerhasználat iránt érdeklődést, kipróbálási szándékot, a szerhasználat veszélyeinek bagatellizását mérjük, illetve toleranciát tapasztalunk mások drogfogyasztó magatartásával. Továbbá azokban az esetben is, ha a szerhasználattal kapcsolatos ismeretek szintje nem megfelelő, illetve bizonyos készségek és képességek hiánya regisztrálható az egyéneknél. A prevenció szükségletek mérése gyakori – a módszer a II/2/2. pont alatt olvasható.

Ha az **alacsony küszöbű szolgáltatások iránti szükségleteket** kívánjuk megismerni, más információkra van szükségünk. A Stratégia megfogalmazása szerint célunk az, hogy az egészségkárosító gyakorlatot folytató szerhasználók minél korábban kerüljenek az ellátó rendszerbe. Emiatt az alacsony küszöbű szolgáltatások (kapcsolatteremtés, tanácsadás, de az ártalomcsökkentő szolgáltatások esetében is pl. tűcsere) iránti szükségleteket a drogszakemberek, az addiktológusok határozhatják meg a szerhasználat gyakorisága és az alkalmazott szer ismeretében.

Az **egészségügyi ellátórendszer különböző szintjei iránti szükségletek** meghatározása elsősorban a problémás kábítószer-fogyasztók számának ismeretében lehetséges, hiszen az alkalmi fogyasztás esetére nincs egészségügyi ellátási protokoll.

A **rehabilitáció** a szerhasználat mindegyik szintjén, stádiumában szükségletként definiálható, míg a **védett munkahelyek iránti szükségletek** mérése látszik a legkönnyebbnek, hiszen a szerhasználattal leállt volt fogyasztók regisztrálhatók az ellátórendszer valamelyik szintjén található intézménynél.

A szerhasználat esetében azért célszerű a fogalmat pontosítani, specifikumát értelmezni, mert a kezelési, ellátási szükségletek mértékét nagyobbnak ítéljük, mint a szolgáltatások iránti (mérhető, vagy a még nem pontosan mért ellátatlan) igényeket.

VIII.2. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok és az Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szakmai kapcsolata

A KEF-ek megalakulásuk időszakában olyan szakmai támogatást, vizsgálati módszert igényeltek a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettől, amelynek alkalmazásával a különböző szerek piaci részesedésének mértéke, a szerhasználók száma és a szerhasználatuk gyakorisága válik ismertté. Ezzel az ismerettel a klienseket fogadó intézményhálózat éppen szükséges kapacitásának nagyságát becsülni, szerencsés esetben meghatározni is tudjuk.

Drogérintettség – epidemiológiai – vizsgálatokat az Intézet eddig nem támogatott, bár akadtak Fórumok, amelyek a nemzetközi standard ESPAD vagy HBSC vizsgálatokat rendelik meg külső szolgáltatóktól – különösebb hasznosítás nélkül - elsősorban a probléma létezését igazolandó szándékkal az önkormányzatok illetve a helyi társadalom felé. Miután a drogos életutak kiszámíthatatlanok, homályosak, a szerhasználók további sorsa, életének alakulása nem követhető, ezért a tapasztalatok csak a vizsgált időpontra érvényesek, ismételve is legfeljebb a tendenciák elemzésére alkalmasak. Aktuális szükségletek mérésére, meghatározására azonban megfelelnek, s az adatok megbízhatósága is megfelelő.

A lokális **droghelyzetet feltáró módszerek** mindegyike tartalmaz olyan elemeket, amelyek a szerhasználat mintázatára, a szerhasználók számára és a tiltott szerek fajtáiról adnak – de többnyire csak becsült – adatokat.

A vizsgálatba bevont állami és civil szervezetek, az ellátásra szakosodott vagy az ellátásért felelős intézmények száma területenként jelentősen eltérő – elsősorban a település lélekszáma és közigazgatási fontossága függvényében. A megyeszékhelyek esetében a jelenleg elégségesnek ítélt kezelő-ellátórendszer minden elemének működését fontosnak tartjuk, míg a kisebb településeken a különböző szolgáltatások a lehető legkönnyebb elérhetőségét, megfelelő kapacitását tartjuk fontosnak, és fejlesztendőnek a tapasztalt hiányosságok esetén. (A regionális Fórumok létrejöttének racionális okai vannak annyiban, hogy bizonyos szolgáltatások fejlesztését realisabban tervezhetik, mintha a régióhoz tartozó települések külön tennék ezt.) A szervezetek felkészültségének, alkalmasságának vizsgálatára jelenleg a teljes körű kérdőíves adatfelvételi módszert és a tevékenységi körök (pillérek) alapján szelektált fókuszcsoporthoz szervezését alkalmazzuk.

A KEF-ek megalakulását követő első vizsgálatok, módszertani kísérletek – az Európai Unió szakmai segítségével és támogatásával – az angol rövidítése után ú.n. RAR-nak nevezett módszer (gyors helyzetfeltárás és válaszlépések) adaptálásával kapcsolatosak.

VIII.2.1. A RAR módszer alkalmazása a lokális szükségletek megismerése céljából

A RAR a különböző társadalomkutató módszerek kombinációján alapul. Jellegzetessége az, hogy nem szolgál egzakt adatokkal sem a szerhasználók számáról – vagyis a kezelés, ellátás különböző szintjein jelentkező kvázi szükségletekről – sem ismereteket a szerhasználat mintázatáról. A módszer alkalmazása korlátozott feltételek között lehetséges – elsősorban olyan

váratlan események megjelenése esetén alkalmazható a drogszcénában, amelyek gyors felderítést és reakciót igényelnek. A RAR olyan jelenségek esetén a legsikeresebb, amelyek stigmatikusak, büntetendők, emiatt a „hagyományos” társadalomkutatási módszerekkel nem vizsgálhatók. (Ilyen esetekben a megszokott és széleskörűen alkalmazott vizsgálati módszerek – pl. a kérdőíves adatfelvétel – nem vezet eredményre.) Ennek ellenére tudományos igényű módszernek tekinthető, hiszen mindazokat a szereplőket bevonja az informátorok körébe, akik feltehetően vagy ténylegesen tudnak, ismereteik vannak a vizsgált jelenség természetéről, elterjedtségéről. Minden esetben érinti a szerhasználókkal kapcsolatot tartó vagy kapcsolatba kerülő intézményeket, bevonja azok leginformáltabb képviselőit. Fókusz csoportok szervezése, adatgyűjtés, megfigyelés, háttér információk beszerzése, esetenként a becslési eljárások egyaránt alkalmazhatók a vizsgálat során.

NDI által kezdeményezett RAR vizsgálatok

Az NDI irányításával, a résztvevők képzését követően hat városban indultak meg a vizsgálatok, azzal a reménnyel, hogy a módszer sikeressége esetén alkalmazható lesz szélesebb körben is, vagyis a lokális fórumok a RAR módszer alkalmazásával megszerzett információk alapján képesek lesznek a helyi stratégiák megalkotására.

A tapasztalataink ellentmondásosak. A módszer alkalmazása eredményesnek bizonyult azokon a területeken, ahol a KEF céljainak megfelelően sikerült tudatosítani az együttműködés fontosságát, ahol csökkentek az előítéletek más fontos intézményekkel, szakterületekkel szemben, megértetni azt, hogy a probléma „társadalmazása” feltétele a kívánt változások létrejöttének, vagyis minden szereplőnek feladata van a kábítószer-probléma enyhítésében. A kísérleteket követően viszont világossá vált az is, hogy a módszer alkalmazása csak korlátozott eredményekkel jár, stratégia alkotására nem elegendő. A RAR alkalmazásával mégis sok olyan információhoz is jutottak a vizsgálat irányítói, amelyet a helyi feladatok meghatározásában jelentőséggel bírnak. Körvonalazódtak a hiányok a kezelő-ellátórendszerben, tudatosultak a különböző intézmények feladatai, a fejlesztés irányai meghatározhatóvá váltak, a drogprobléma „társadalmazása” elindult a szintéren.

8. Táblázat A kérdőíves, reprezentatív mintával készülő „survey” kutatási technika és a RAR módszer alkalmazásának különbségei:

Survey – kérdőíves technika	A RAR módszer
Egzakt adatok. Segít a teendők meghatározásában, de nem szükségszerű az alkalmazása.	Becsült adatok. Nem adatközpontú, a reális helyzetkép csak a gyors reagálás feltétele, a tervezése nem.
Nagy szakértelmet igényel	Rövid képzés esetenként elegendő
Költséges (adatfelvétel, számítógépes program)	Olcsó, költségkímélő
Megbízható adatokhoz nagy minta szükséges	Kevés embert érint, csak a kulcsszemélyek bevonásával készül
Aktuális állapotot mér	Tartalmazza a tendenciákat is
Hosszú idő múlva ismételhető meg	Rövid idő után ismételhető – folyamatossá tehető (reakció - hatás-reakció stb.)
Egyéni munkát takar	Kollektív munkán, konszenzuson alapul
Sok fázisban nagy a hibák elkövetésének lehetősége	Kis hibalehetőség a becsült adatok ellenére is
Összefüggések feltárására alkalmas.	Nem tartalmaz kauzális elemzést
A KEF tagok kívülállók maradnak, ezért kevésbé motiváltak a teendők meghatározásában	A tagok erősen motiváltakká válnak a teendők meghatározásában
A téma stigmatikus, kriminális volta miatt a tapasztalatok validitása nem mindig éri el a kívánt mértéket.	Nincs ellenérdekeltség, egységes a motiváltság a reális helyzetkép kialakításában.

VIII.2.2. A lokális helyzetfeltáró vizsgálatok

Az NDI-nél az elmúlt hét évben felhalmozott tapasztalatok alapján a RAR kísérleteket követően háromféle lokális helyzetfeltáró vizsgálati módszer alakult ki, amelyek bizonyos

feltételekkel társadalomkutatási gyakorlat és tapasztalat nélkül is lefolytathatók. Ezeket a módszereket a KEF-ek kérésére rendelkezésükre bocsájtják azzal a feltétellel, hogy a vizsgálatot végzők képzésen vesznek részt, amelyen elsajátítják a módszert, és minden esetben hasonló analízist alkalmaznak. A standardítás előnye az is, hogy a vizsgálatok eredményei összehasonlíthatók lesznek. Az elkészült anyagokat az NDI lektorálja, ellenőrzi, s az értékelésben is részt vesz.

1. A helyi stratégiák elkészítését megelőző lokális helyzetfeltáró vizsgálatot a képzést követően a KEF tagokból és külső szakértőkből kialakított csoportok végzik, általában a közeli vagy helyi egyetem szociológia tanszékének irányításával. A helyzetfeltáró vizsgálat témaköreit a 22. Melléklet tartalmazza. A módszert csak megyeszékhelyeken, nagyobb településeken célszerű alkalmazni, mert igen költséges és nagy humán-erőforrást - szakértelmet igényel. A módszer **„szükséglet feltárási” elemeket is tartalmaz.** A következő táblázatban látható a munkamenet, a vizsgált területek és a várható haszon.

9. Táblázat A lokális helyzetfeltáró vizsgálat munkamenete, a várható haszon illetve a vizsgálatához szükséges munkaerő

Munka	Várható haszon	Szükséges munkaerő
Előkészítő munka, konkrét vizsgálati terv készítése határidőkkel, költségekkel.	A drogszcéna teljes feltérképezése, kiegészítő statisztikai adatok gyűjtése a terepről, a vizsgálatba bevont intézmények, területek, szakértők számbavétele	KEF és az önkormányzat vezetői, drogszakértő, szociológus, a módszer kidolgozója (NDI munkatárs)
Fókuszcsoporthoz Szervezése	A döntéshozók, intézményvezetők, droghasználók és veszélyeztetett csoportokkal kapcsolatban állók ismereteinek, véleményének összegyűjtése	Szakképzett moderátor, gépíró, módszertanban járatos szociológus, tartalom és szövegelemző
Intézmények vizsgálata	Az egészségügyi ellátórendszer és a veszélyeztetett csoportokkal találkozó intézmények átvilágítása, kapacitások elemzése, a hiányok, problémák összegyűjtése, kérdőíves véleménygyűjtés az alkalmazottak körében	Szakértő szociológus Az intézmények vizsgálatához megfelelő szakképzettségű felsőfokú végzettségű munkaerő. Adatrögzítési ismeretek, SPSS programban jártasság.
Iskolai adatgyűjtés Általános és középiskolákban	A veszélyeztetett korosztály tipikus attitűdjeinek, ismereteinek, véleményének összegzése. A regisztrált igények és szükségletek összegzése.	Képzett kortársoktató, Adatrögzítés és SPSS program alkalmazásában jártas szociológus.
Adatok, információk gyűjtése	Pótolja a drogérintettség mérését, elemzi az országos tendenciákat, kontextusba helyezi a vizsgálatot	Drogszakértő, szociológus, addiktológus
(Esetleg) Megfigyelési módszer alkalmazása	Feltételezett droghasználati vagy terjesztési helyszínek megfigyelése, a veszélyeztetett csoportok viselkedéseinek megfigyelése	Képzett kortársoktatók, szociális munkások, droghasználók,
Egyéni interjúk készítése alkalmi és rendszeres droghasználók körében	A kezelő-ellátó rendszer hiányosságai, az elterelés intézményéhez kapcsolódó ismeretek, elégedettség.	Szociális munkás, szociológus, kortársoktató, addiktológiai konzultáns
Összefoglaló tanulmány készítése, vita	A vizsgálati módszerekkel szerzett anyagok összegzése, tanulmánnyá rendezése	Szakértő szociológus, drogszakértő vagy képzett KEF tag.
Konferencia vagy testületi ülés	A tapasztalatok összegzése, a feladatok meghatározása, KEF stratégia módosítása	KEF tagjai, az önkormányzat tagjai

Az intézmények vizsgálata elem – a már említett kérdőíves módszerrel – arról szerez megbízható információkat, hogy a helyi hatókörű állami és civil szervezetek, intézmények mennyire alkalmasak és képesek a szerhasználattal kapcsolatos feladataik ellátására. A résztvevők közül mindazok, amelyek a kezelés-ellátási feladatokra szakosodtak, adatokat is szolgáltatnak a kliensforgalomról.

Az alkalmi vagy rendszeres **droghasználókkal készült (mély)interjúk** pedig a kezelő-ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények összegzésére alkalmasak. Az intézmények ismertsége, elérhetősége, a várakozás ideje, az elterelés eredményességének, hasznosságának megítélése, a szerhasználóknak az eredményes prevencióról alkotott véleménye jól elemezhető.

Az iskolai adatfelvétel során (amelyek önállóan, nem a komplex vizsgálat részeként, „a veszélyeztetett korú diákok prevenció igényei és szükségletei” néven is folynak) a településen tanulók körére terjed ki az adatfelvétel. A prevenció igények és szükségletek regisztrálása megtörténik a településen, iskolánként és akár tanulócsoportonkénti bontásban is. Az adatfelvétel kiterjed az egészségkárosító magatartások legtöbbszörre (táplálkozás, dohányzás, alkoholfogyasztás, szex, illegális szerhasználat, stb.) valamint az egészséges életmódra, környezetvédelemre. A vizsgálat során az illegális szerek használatára fókuszálva a szerhasználat szempontjából védettnek illetve veszélyeztetettnek bizonyult diákok arányát is megismerjük. Kifejezetten a szerhasználattal kapcsolatos prevenció tevékenység szükségletességéről illetve szükségességéről kapnak a fórumok és az iskolák ezzel információt.

Az alkalmazott kérdőív (23. Melléklet) első blokkjában az egészségkárosító magatartásformákat, többek között az illegális szerek kipróbálását elítélők és azt tolerálók különböztethetők meg. A második blokkban saját terveikről, saját jövőképükről nyilatkoztak a diákok. Arról, hogy vajon élni fognak-e bizonyos egészségkárosító magatartásokkal, vagy éppen az egészséges életmód elkötelezett híveiként megőrzik jelenlegi (feltételezhető) szermentességüket. A harmadik blokkban pedig karakteresen elkülönülnek a szerekkel és szerhasználókkal kapcsolatos ellentétes vélemények.

A szerhasználat szempontjából **védtettnek** tekintjük azokat a fiatalokat, akik helytelenítik a marihuána kipróbálását, biztosak benne, hogy nem próbálják ki a marihuánát és az egészséges életmód elkötelezettjei. A szerhasználatához kapcsolható attitűdjeiket a megoldás tekintetében a „rendpárti attitűdök”, valamint a szerhasználók iránti intolerancia jellemzi („felesleges pénzt

költeni a kezelésükre”, „keményen kell büntetni a fogyasztókat is”, „a könnyű drogok kipróbálását követően nincs visszaút” állításcsokor valamelyikével egyetértők).

Veszélyeztetettnek azokat tekintjük, akik tervezik (vagy talán már ki is próbálták) a marihuánát, nem helytelenítik mások szerhasználatát, toleránsak a szerhasználókkal, illetve veszélytelennek tartják a marihuána használatát. („csak a kemény drogokat nem szabad kipróbálni, a marihuána nem tartozik ezek közé”, „minden kultúrában jellemző a szerhasználat”, „része a modern szórakozásnak”, „már nem lehet visszaszorítani”, állításcsokor valamelyikével egyetértők).

Fontos hozzátennünk azt, hogy a 14 évesek védettségének, veszélyeztetettségének megítélése a kérdőív kérdéseire adott válaszok alapján igen rizikós, még akkor is, ha valamelyik szer kipróbálását tervezik és igen toleránsak a szerhasználókcal, egyben veszélyérzetük sem jellemző. Igen gyakran ellentmondásos válaszokat adnak, hol a toleráns, hol a rendpártinak ítélt véleménnyel értenek egyet. Ennek oka az, hogy ismereteik még hiányoznak, tapasztalataik nincsenek, következtetéseik átgondolatlanok. Tudjuk pontosan, hogy a következő két év alatt gondolkodásmódjuk, attitűdjeik jelentősen megváltoznak. Akiket védettnek minősítünk ebben az életkorban, éppúgy megváltozhatnak, mint akiket már most veszélyeztetettnek minősítettünk, ezért minden esetben felhívjuk a figyelmet arra, hogy **valószínűségeket mérünk**, nem pedig egzakt módon meghatározzuk a jelenlegi vagy későbbi szerhasználók csoportjának nagyságát.

Új elemként – az eddig megszokott és alkalmazott módszert kiegészítve – azt is felmérjük, hogy vajon az egészségnevelés részterületei, témakörei iránt milyen igények jelentkeznek a diákok körében, hiszen a tervezés során erre is tekintettel kellene lenniük a prevenciót irányítóknak, a pedagógusoknak.

A témák felsorolása és az érdeklődés mértékének regisztrálását követően arra is válaszokat kaptunk a diákoktól, hogy ugyanezen témakörökben milyen mértékűnek érzik az ismereteik jelenlegi szintjét. Így különösen fontosak számunkra azok a témakörök, ahol nagy érdeklődés alacsony ismeretszinttel társul – mintegy jelezve azt, hogy ezekben a témákban várják elsősorban a segítséget, az információkat, ismereteket, valamint a készségeik, képességeik fejlesztését.

Ez a mérés elsősorban az iskolákban, még inkább a tanulócsoportokban nyújt hasznosítható információkat, amelyeket a hosszabb távú tervezésben éppúgy fel lehet használni, mint az aktuális, a jövő tanévre vonatkozó prevenciós tevékenység megválasztásában.

A veszélyeztetett korban lévő diákok prevenciós igényeinek és szükségleteinek mérését eddig több városban és kistérségben alkalmazták. Az elmúlt évi adatfelvételt követően a 2008. év első negyedében befejeződött a dél-dunántúli megyékben. Nyolc városban és a komlói, mohácsi kistérségben 143 iskola csaknem tízezer diákját érték el, és mérték a szerhasználat iránti védettségüket illetve veszélyeztetettségüket. 2009-ben Keszthelyen (n = 820), Gyöngyösön (n = 1560) Békésen (n = 870) is ezt a módszert alkalmazták. 2010-ben előkészületek alatt áll, illetve az adatfelvétel megtörtént Sopronban (n = 1250) és Cegléden (n = 1324). A vizsgálatok eredményét összesítve a helyi KEF beépíti stratégiájába, illetve az aktuális munkatervébe. Az iskolánkénti értékeléssel a helyi iskolák vezetői, egészségnevelői segítséget kapnak a hatékonyabb iskolai egészségfejlesztés tartalmának és módszerének megválasztásához. A vizsgálat eredményeképpen az adatfelvételben részt vett iskolák egészségfejlesztési tervei elkészültek, illetve módosultak a mért prevenciós igények és szükségletek ismeretében.

2. „A prevenciós igények és szükségletek” vizsgálat bővíthető a „komplex vizsgálat” egyes elemeinek felhasználásával. Fókuszcsoportok alkalmazásával és a „háttér-információk” gyűjtésével, települési monográfia írásával, szerhasználókkal készített interjúk elemzésével a kisebb települések és régiók helyzetfeltáró vizsgálata készülhet el. A módszer hátránya az, hogy a részfeladatok szinte mindegyikének teljesítéséhez társadalomkutatási ismeretek és gyakorlat szükséges, amely a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumoknál gyakran hiányzik.

Nem elhanyagolható probléma az, hogy az NDI-ben kifejlesztett, és immár több éve nagy gyakorisággal és sikerrel alkalmazott módszerek szakmai kontrollja hiányzik. Az alapgondolat – mely szerint az iskolai prevenció eredményessége javítható, ha az a tanulócsoport igényeihez és szükségleteihez igazodik – evidenciaszinten igaz. Azt mondhatjuk, hogy a módszer alkalmazása fél-sikeres, hiszen az iskolák a mérési eredmények alapján konkrét segítséget, tanácsokat kapnak a prevenció tartalmára és szükséges módszerére

vonatkozóan, viszont továbbra sem tudjuk társítani a meglévő programok közül a „legideálisabbat”.

Az iskolafenntartóknak ugyan javasoljuk a pedagógusok képzését, az iskolai drogügyi koordinátorok számának növelését, a prevenciós szolgáltatók kiválasztásakor az mért igényeknek megfelelő program vállalását – a „helyzetfeltárást” követő „hasznosítás” egyelőre tőlünk és a KEF-ektől független, ellenőrizetlen. A mérési módszer továbbfejlesztése amúgy is aktuális, miközben a változtatás legnagyobb akadályát az összehasonlíthatóság állandósult igénye jelenti.

Ellenőrző lista a szükségletek feltárásához

Az alábbi ellenőrző lista összefoglalja a fent ismertetett lépések legfontosabb mozzanatait.

- ✓ Határozza meg a szakértői munkacsoport számára legfontosabb kulcsszereplőket.
- ✓ A lehető leghatározottabban határozza meg a szükségletek feltárását célzó program célcsoportjait. Biztosítsa, hogy a célcsoportok szükségletei álljanak a kutatás középpontjában.
- ✓ A szükséglet feltárás céljairól tájékoztassa a szolgáltatókat.
- ✓ Határozza meg, kik vesznek részt a szükségletek feltárásában (külső szakértők, hatóságok, szolgáltatók szakemberei). Gondolja végig, hogy milyen további segítségre (adatgyűjtés, adatbevitel és elemzés, beszámoló szerkesztés) van szüksége. Mielőbb biztosítsa az érintett (szolgáltatói) személyzet beleegyezését.
- ✓ Becsülje meg a szükséglet feltárási projekt költségét, azonosítsa a forrásokat.
- ✓ Azonosítsa a feltárás során alkalmazásra kerülő átfogó megközelítést (kutatási elrendezést).
- ✓ Gyűjtse össze a célcsoportok szükségleteire vonatkozó meglévő ismereteket. Értelmezze, ezeket az információkat.
- ✓ Azonosítsa a célcsoportok számára a területen jelenleg működő szolgáltatókat. Gondolja végig a jelenlegi ellátás spektrumát. Mérje fel a szolgáltatók jelenlegi kapacitását és elérhetőségét.
- ✓ Gondolja át, milyen módon kéri ki a kliensek véleményét a szolgáltatásokkal kapcsolatban, és hogy szüksége van-e kutatásetikai engedélyre.
- ✓ Gondolja át, milyen módon kéri ki a szolgáltatók véleményét a célcsoport szükségleteiről. Gondolja át, hogyan győzi meg az elfoglalt személyzetet a feltárás fontosságáról, és hogyan oszlatja el kételyeiket (bezárják a szolgáltatót ha nem megfelelő, nincs haszna a feltárásnak stb.)
- ✓ Biztosítsa, hogy minden összegyűjtött információ elemzésre és értelmezésre kerül. Gondolja át, hogyan lehet bevonni az adatok felvételét végző személyeket az elemzésbe, és hogyan jutnak vissza a kutatási eredmények azokhoz, akik hozzájárultak a kutatáshoz.
- ✓ Miután feltárta a célcsoport szükségleteit, priorizálja azokat, és vizsgálja meg, milyen mértékben kerülnek azok kielégítésre. Dolgozzon ki végrehajtási tervet.
- ✓ Gondolja át, hogy a szolgáltatásokat igénybevevők véleménye mennyiben befolyásolja a prioritásokat és a fejlesztési javaslatokat. Biztosítsa, hogy a szolgáltatók részt vesznek a végrehajtási terv kidolgozásában.
- ✓ A fejlesztés végrehajtási tervének kidolgozása után gondoskodjon annak monitorozásáról és értékeléséről hogy biztos lehessen abban, hogy a kívánt hatást érte el. Találja meg az értékelés legmegfelelőbb módszertanát, határozza meg hogy külső konzultáns által végzett, vagy belső értékelésre kerüljön sor.

Ajánlott irodalom

ACT Health Promotion website (2009): Needs assessment.

<http://203.30.79.84/c/hp?a=sp&pid=1153987049> hozzáférés: 2010.02.23.

Cavanagh S és Chadwick K (szerk.)(2005): Health needs assessment. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). www.nice.org.uk

Demetrovics Zs., Lackó Zs. (2008) A Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (Camberwell Assessment of Need) magyar változatának (CAN-R-hu) bemutatása *Psychiat Hung*, 23(4), 297-303

Department of Health (2007):Guidance on Joint Strategic Needs Assessment.

www.dh.gov.uk/publications

EMCDDA (2002): Handbook for surveys on drug use among the general population, EMCDDA project. CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002.

Effective Interventions Unit. Substance Misuse Division. Scottish Executive (2004): Needs assessment. A practical guide to assessing local needs for services for drug users. Effective Interventions Unit. Substance Misuse Division. Scottish Executive. Edinburgh.

Grant J (2002): Learning needs assessment: assessing the need. *BMJ* 2002;324:156–9

Health Care Needs Assesment. University of Birmingham. <http://www.hcna.bham.ac.uk/> hozzáférés: 2010.02.23.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2002): Models of Care for the treatment of drug misusers. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2006): Models of Care for treatment of adult drug misusers: Update 2006. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2007): Needs assessment guidance for adult drug treatment. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2007): Treatment Outcomes Profile (TOP). Making your drug treatment better. National Treatment Agency for Substance Misuse. London.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2009): Undertaking needs assessment. Drug treatment. Recovery and reintegration in the community and prisons. DH Gateway reference: 12116.

WHO (2001): Community Health Needs Assessment. An introductory guide for the family health nurse in Europe. Genf.

WHO, UNDCP, EMCDDA (2000a) International Guidelines for the Evaluation of Treatment Services and Systems for Psychoactive Substance Use Disorders. Genf

WHO, UNDCP, EMCDDA (2000b): Needs assessment. Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment. Workbook 3. Genf

UN ODC (2008): Treatnet: International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. Good practice document. Community Based Treatment. Good Practice. Bécs.

Hasznos linkek

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet – Szakmai Információs Portál: www.ndi-szip.hu

Nemzeti Drog Fókuszpont: www.drogfokuszpont.hu

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/>

Evaluációs Eszköztár (Evaluation Instruments Bank) (EIB), Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/eib>

WHO, UNDCP, EMCDDA (2000): Evaluációs munkafüzetek
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

Mellékletek

Melléklet sorszáma	A tanulmányban bemutatott eszközök:	Mellékletben magyar nyelven elérhető	Külső forrásból magyar nyelven elérhető	Angol nyelven elérhető
	Kliens elégedettség mérésére:			
	Kliens Elégedettség Készlet (Client Satisfaction Inventory) (CSI)			x
	Kliens Elégedettség Kérdőív Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)			x
	DATCAP költségleírás			x
1	Kliens elégedettségi kérdőív metadon-fenntartó kezelésben részesülők számára	x		
	Kezelési programokat, hozzáférést leíró eszközök:			
	EMCDDA ST 27: Kezelési programok			x
	EMCDDA ST 24: Kezeléshez való hozzáférés			x
	EMCDDA ST 10: Fecskendőhöz való hozzáférés			x
2	Szakértői interjú vázlat a magyarországi metadon- fenntartó központok hatékonyságának értékelésére	x		
	A drogprevenciós gyakorlat megismerése		x	
	Az elterelés hatásosságának vizsgálata		x	
3	Kábítószer-fogyasztással összefüggő hepatitis C fertőzések antivirális kezelésének költségei	x		
	Kezelést, kezelőrendszer értékelését segítő útmutatók			x
	Hazai országos adatgyűjtő programok:			
4	Egyéni kliens azonosító (generált kód)	x		
5	Kezelési igény indikátor (TDI)	x		
6	TDI elterelés kérdőív	x		
	Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program (OSAP)		x	
	Az egyéni szükséglet felmérésére használt pszichometriai és pszichológiai skálák, klinikai mérőeszközök			
	Droghasználat Szűrőkérdőív (DAST)			x
7	Addikció Súlyossági Index (EuropASI)	x		
	EuroADAD		x	
	DUSI-R (Droghasználat Szűrő Leltár)			x
8	Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (CAN-R-HU)	x		

9	A Kannabisz Használat Szűrőtesztje (CAST-HU)	x		
10	Addikció Súlyossága Skála - Kannabisz (SDS-Can-HU)	x		
11	CUDIT	x		
12	Kannabisz Függőség Diagnosztikus Interjú (M-CIDI-Dep-HU)	x		
13	Kannabisz Abúzus Diagnosztikus Interjú (M-CIDI-Ab-HU)	x		
	Populációs szintű szükséglet-meghatározó eszközök			
	Normál populációs becslések standard mérőeszközei			
	NSDUH kérdőív (National Survey on Drug Use & Health), USA			x
	ELEF (Európai Lakosság Egészségfelmérés)		x	
	NADS 1989, CADS 1994, CAS 2004, CADUMS 2008 – Kanadai eszközök			x
14	ESPAD	x		
	Rejtett populációs becslések módszerei			
	Capture-Recapture (CR)		x	
	Respondent-driven Sampling (RDS)			x
	Multiplikátor Módszerek (Multiplier Methods)		x	
	A kielégítetlen szükségletű célcsoportok (lakosság, a nehezen elérhető vulnerábilis csoportok) szükséglet felmérése			
	A kezelésen kívül eső célcsoportok profiljának és kezelési szükségletének meghatározására használt mérőeszközök és eljárások			
	Az EMCDDA drogérintettségű kulcsindikátorok			
	Országos Lakossági Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat (ADE)		x	
	Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról		x	
	Lakossági Attitűdfelmérés		x	
	MNSASU: kezelési szükséglet felmérése Minnesota államban			x
	Barnsley kérdőív			x
	Drug Abuse Screening Test (DAST – 20)			x
	HBSC: az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása és drogfogyasztása		x	
	ESPAD: a középiskolás gyermekek drogérintettsége		x	
	Minnesota Student Survey (MMS)			x
	DUDIT-E			x
	TLFB (Timeline Followback Method)			x

15	RAR: gyors helyzetfelmérés és válasz	x		
16	NIDA kockázat felmérő kérdőív	x		
17	Roma fiatalok és kábítószer	x		
18	A kezelésbe jutás nehézségeinek vizsgálata intravénás használók körében, Magyarországon	x		
	A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten		x	
	Közösségi alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata			x
	Kezelésbe jutás nehézségei New York-i intravénás használók körében			x
	DRID protokoll			x
19	A DRID indikátorok magyarországi alkalmazása	x		
	Hepatitis C fertőzéssel kapcsolatos szükséglet felmérés Oregon államban			x
	Injekciós használók ellátatlan szükségletének mérése Kanadában			x
	Szükséglet felmérés Dél-Kelet Londoni droghasználók kezelésbe jutásával kapcsolatban			x
	Írországi tűcserék profiljára vonatkozó adatgyűjtés			x
	Brazil tűcsere programok profiljára vonatkozó adatgyűjtés			x
	Egyesült Államokbeli tűcsere programok szolgáltatói profiljának leírása.			x
	Tűcsere programok szolgáltató profiljának leírása az Európai Unión belül – egy uniós pilot study tapasztalatai			x
20	Tűcsere programok szolgáltató profiljának leírása Magyarországon	x		
21	A magyarországi alacsony-küszöbű programok működési és finanszírozási struktúrájának, szakmai és működési irányelvének, klientúrájának leírására irányuló kérdőív.	x		
	Szükségletfelmérés Magyarországon a KEF-ek tükrében			
22	A droghelyzetkép kialakításához szükséges információk	x		
23	A veszélyeztetett korú diákok prevenciós igényeinek és szükségleteinek, valamint a szerhasználat szempontjából becsült védetségük és veszélyeztetettségük mérésére alkalmazott kérdőív:	x		

A tanulmányban bemutatott eszközök teljes szöveges változatai.

Az itt közreadott eszközök eredeti grafikai megjelenése, tördelése eltérhet az alábbi láthatóaktól!

1. Kliens elégedettségi kérdőív metadon-fenntartó kezelésben részesülők számára

INSTRUKCIÓ: Olvasd fel a kliensnek az alábbi rövid szöveget:

„Egy olyan országos kutatást végzünk, amiben metadon-fenntartó programban résztvevő klienseket keresünk meg abból a célból, hogy megvizsgáljuk mennyire elégedettek a metadon fenntartó kezeléssel. Ennek a kutatás részeként a Te véleményedre is kíváncsiak lennénk. Ha van kedved ebben részt venni, és amennyiben szívesen osztod meg a véleményedet velünk, akkor felvennék veled egy rövid (kb. 30-40 perces) kérdőívet, amiben őszintén elmondhatod a véleményedet, akár pozitív, akár negatív. Mit szólsz?”

INSTRUKCIÓ:

1. Kérdezd meg, hogy a kliens mikor született. Amennyiben még nem múlt el 18 éves, mást kérdezz.
2. Amennyiben a kliens nem vállalkozik az interjúra, más klienst kell választani.
3. Amennyiben a kliens vállalkozik az interjúra, vagy bizonytalan, az alábbi szöveget kell felolvasni:

„Köszönjük, hogy rendelkezésre állsz. Tájékoztatni szeretnék, hogy az interjú anonim, azaz a nevedet nem kell megmondanod. Ha az interjú közben meggondolod magad, és nem akarod folytatni azt, akkor sincs semmi baj. A segítségedet egy 1000 forintos vásárlási utalvánnyal szeretnénk megköszönni, amit az interjú végeztével adok oda neked.”

INSTRUKCIÓ: Amennyiben a kliens vállalkozik a kérdőívre, töltsd ki az alábbi adatokat. A kliens nevét nem szabad kérdezni, helyette a TDI kódját írd be az alábbi táblázat 3. sorába. **TÖREKEDJETEK ARRA, HOGY A KLIENS A TÉNYLEGES TDI KÓDJÁT ADJA MEG. HA KELL, HANGSÚLYOZZÁTOK, HOGY EZT A KÉRDŐÍVET NEM MUTATJUK MEG SENKINEK, ETTŐL NEM KELL FÉLNIÜK.**

Az interjúkészítő neve:	
Az interjúkészítés helye (város, kezelőhely):	
Az interjúkészítés dátuma (év, hónap, nap):	
Az interjúkészítés kezdete:	
Az interjúkészítés vége:	

A kliens születési adatai (év, hónap, nap):	
A kliens TDI kódja:	
Hány alkalommal voltál fenntartó kezelésben?*	
A legutóbbi kezelésbe kerülés óta eltelt hónapok száma:	
Jelenlegi metadon dózisd:	

* Hány alkalommal kerültél be ténylegesen?

INSTRUKCIÓ: A kérdőív a következő oldalon folytatódik

INSTRUKCIÓ: A kérdőív **13** oldalból, **61** kérdéscsoportból és **8** szekcióból áll. Ezek a következők:

- A Megközelíthetőség
- B Metadon kiosztás
- C Kezelőszemélyzet
- D Egyéb szolgáltatások
- E Protokoll, szankciók
- F Kriminálitás, félelem
- G Szubjektív változások
- H Javaslatok

A kérdezés során törekedj arra, hogy ne maradjanak megválaszolatlan kérdések, illetve hogy a kérdezett megértse azokat, amennyire csak lehet.

A kérdőív **végén** találsz egy kérdezői ellenőrző kérdőívet is, amit neked kell kitölteni, a kérdezett megkérdezése nélkül (az instrukciókat lásd a 13. oldalon).

A Megközelíthetőség

INSTRUKCIÓ: A kérdőívben először pár kérdést, majd állításokat kell az interjúalany részére felolvasni, amiket a szerint fog osztályozni, hogy mennyire ért velük egyet. Ezek elsősorban a kezelőhely megközelíthetőséggel magával kapcsolatos általános állítások. Ügyelj arra, hogy az állításokat érthetően, olvasd fel, illetve ha az interjúalany nem érti, vagy úgy érzed, hogy nem érti azokat, ismételd meg őket. Ha kell,

fogalmazd át az állítást, de úgy, hogy az eredeti jelentése ne változzon. Az állításokat egyesével olvasd fel, és a válasznak megfelelő, **egy** számot karikázz be.

1 Milyen messziről jársz be kezelésre?

.....

INSTRUKCIÓ: Ide bármit beírhattok, amit mondanak. Ha esetleg maguk a kérdezettek meg tudják mondani kilométerben (kb.), az is jó.

2 Mennyi ideig tart beérned a kezelőhelyre?

.....

„Most három állítást fogok felolvasni neked. Arra kérlek, hogy az állításokat osztályozd a szerint, hogy mennyire értesz velük egyet”:

1: egyáltalán nem értek egyet

2: kicsit egyetértek

3: közepesen egyetértek

4: teljesen egyetértek

99: nem tudja, nem válaszol

INSTRUKCIÓ: Add oda a kérdezettnek a kérdezői kártyát

3 A kezelőhely nyitva tartásával teljes mértékben elégedett vagyok	1	2	3	4	99
4 A kezelőhely könnyen megközelíthető	1	2	3	4	99
5 Zavaró, hogy a metadon központ a kórház területén van	1	2	3	4	99 N/A

INSTRUKCIÓ: Ha a fenntartó központ nem kórház területén van (5. kérdés), karikázd az N/A-t (nem releváns).

B Metadon kiosztás

INSTRUKCIÓ: Ebben a szekcióban a metadon kiosztással, illetve a metadon hazavitellel kapcsolatos kérdéseket teszünk fel a kliensnek.

6 Milyen rendszerességgel kapsz metadont?

1 Heti egyszer

2 Heti 2-3 alkalommal

3 Ennél is többször

4 Egyéb:

7 Jelenleg hazaviheted-e magaddal a metadont (leszámítva a hétvégét, vagy azokat a napokat, amikor a fenntartó hely zárva van)?

0 nem (→ **a 8. kérdést kérdezd, majd a következő szekciótól kell folytatni a kérdezést**)

1 igen (→ **a 9. kérdéstől folytatsd a kérdezést**)

99 nem tudja, nem válaszol

INSTRUKCIÓ: A beteggel végzett negatív vizelet / nyáltesztet követően vihetik haza a kliensek a metadont. A tesztet többször is megismételhetik, és ha az pozitív, megtilthatják, hogy a kliens hazavigye a metadont. Itt azt kérdezzük, hogy jelenleg ő hazaviheti-e.

8 Jó lenne, ha lehetővé tennék számodra, hogy hazavihesd a metadont?

1 nem

2 igen

99 nem tudja, nem válaszol

INSTRUKCIÓ: A következő szekciótól kell folytatni a kérdezést

9 Mennyi idő után tették lehetővé számodra, hogy hazavihesd a metadont?

1 A kezelésbe kerülést követően azonnal

2 Egy hét után

3 Két hét után

4 Három hét után

5 Egy hónap után

99 nem tudja, nem válaszol

10 Milyen gyakran viheted haza a metadont (leszámítva a hétvégét, vagy azokat a napokat, amikor a fenntartó hely zárva van)?

1 heti egyszer

2 heti kétszer

3 több, mint heti kétszer

4 egyéb:

99 nem tudja, nem válaszol

11 Mennyire vagy elégedett evvel a gyakorisággal?

1 egyáltalán nem vagyok elégedett

2 valamennyire elégedett vagyok

3 közepesen elégedett vagyok

4 nagyon elégedett vagyok

99 nem tudja, nem válaszol

12 Ellenőrzik-e a metadon hazavitel feltételeit?

0 nem (→ *a 14. kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

1 igen (→ *a következő kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

99 nem tudja, nem válaszol

13 Mennyire vagy elégedett avval, hogy ellenőrzik a hazavitel feltételeit?

1 egyáltalán nem vagyok elégedett

2 valamennyire elégedett vagyok

3 közepesen elégedett vagyok

4 nagyon elégedett vagyok

99 nem tudja, nem válaszol

14 Milyen szabályoknak kell megfelelni ahhoz, hogy hazavihesd a metadont?

1

2

3

INSTRUKCIÓ: A kérdés arra vonatkozik, hogy a kérdezett MIT TUD, mik azok a kritériumok, aminek meg kell felelnie ehhez. Ennél a kérdésnél nem kell összefüggő szöveget jegyzetelni, csupán címszavakat, tömondatokat. Ügyelj, hogy olvashatóan jegyzetelj.

15 Előfordult-e veled, hogy valamilyen szabályszegés miatt nem vihetted haza a metadont?

0 nem, soha (→ *a 17. kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

1 egyszer (→ *a következő kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

2 néhányszor (→ *a következő kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

3 többször is (→ *a következő kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

99 nem tudja, nem válaszol

16 Mennyi ideig nem vihetted haza?

.....

C Kezelőszemélyzet

INSTRUKCIÓ: Ismét állításokat kell az interjúalany részére felolvasni, amiket a szerint fog osztályozni, hogy mennyire ért velük egyet. Ezek elsősorban magával a program személyzetével kapcsolatos általános állítások. Ügyelj arra, hogy az állításokat érthetően, olvasd fel, illetve ha az interjúalany nem érti, vagy úgy érzed, hogy nem érti azokat, ismételd meg őket. Ha kell, fogalmazd át az állítást, de úgy, hogy az eredeti jelentése ne változzon. Az állításokat egyesével olvasd fel, és a válasznak megfelelő, **egy** számot karikázz be. Mielőtt felolvasnád neki az állításokat, az alábbi, rövid szöveget olvasd fel:

„Elsőként különböző állításokat fogok neked felolvasni a kezelőszemélyzettel kapcsolatban. Arra kérek, hogy osztályozd őket a szerint, hogy mennyire értesz velük egyet”:

1: egyáltalán nem értek egyet

2: kicsit egyetértek

3: közepesen egyetértek

4: teljesen egyetértek

99: nem tudja, nem válaszol

INSTRUKCIÓ: Add oda a kérdezettnek a kérdezői kártyát

17 Gyakran előfordul, hogy a metadont kiosztó személy mások előtt zavarba hoz	1	2	3	4	99
18 A metadont kiosztó személy lenéz, mert droghasználó vagyok	1	2	3	4	99
19 A metadont kiosztó személy egyenlő partnerként kezel	1	2	3	4	99
20 A metadont kiosztó személy sem engem, sem a véleményemet nem tiszteli	1	2	3	4	99

21 A kezelésben dolgozók mindig nagyon kedvesek hozzám	1 2 3 4 99
22 Úgy érzem, hogy nem a fejem fölött döntenek rólam	1 2 3 4 99
23 A kezelés segít abban hogy megtanuljam, hogyan kell felelősséget vállalni magamért	1 2 3 4 99
24 A kezelésben dolgozók nagyon jól végzik itt a munkájukat	1 2 3 4 99
25 A kezelésben dolgozók mindig megértők velem	1 2 3 4 99
26 Ha bármilyen problémám van, mindig bizalommal fordulhatok hozzájuk	1 2 3 4 99
27 Tőlem és a kezelésben dolgozóktól egyformán függ, hogy bent maradhatok-e a programban	1 2 3 4 99
28 Tőlem és a kezelésben dolgozóktól egyformán függ, hogy bent tudok-e maradni a kezelésben	1 2 3 4 99

D Egyéb szolgáltatások

INSTRUKCIÓ: Most különböző szolgáltatásokkal kapcsolatos kérdéseket kell az interjúalanyak feltenni. Mielőtt a kérdéseket megkérdeznéd, az alábbi, rövid szöveget olvasd fel:

„Most egy-két kérdést szeretnék neked feltenni olyan dolgokról, mint a várólista, a fenntartó kezelés alatt igénybe vehető szolgáltatások. Először azt szeretném tőled megkérdezni, hogy ...”

29 Kellett-e fizetni valakinek azért, hogy bekerülj a metadon programba?

0 nem

1 igen

99 nem tudja, nem válaszol

30 Amikor először jelentkezted a kezelésbe, a kezelésbe történő jelentkezésedtől számítva mennyi időn belül kerültél be a programba?

0 azonnal (→ *a 34. kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

1 1 héten belül (→ *a 34. kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

2 1 hónapon belül (→ *a következő kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

3 több, mint egy hónap múlva (→ *a következő kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

4 fél év múlva (→ *a következő kérdéstől folytatsd a kérdezést*)

99 nem tudja, nem válaszol

31 Előfordult-e, hogy a várakozási idő alatt behívtak beszélgetni?

0 nem

1 igen, egyszer

2 igen, néhányszor

3 igen, több alkalommal is

99 nem tudja, nem válaszol

32 Milyen szolgáltatásokat ismersz, amit itt a kezelőhelyen a kezelésbe kerülésre várva igénybe lehet venni?

1

2

3

INSTRUKCIÓ: Ennél a kérdésnél nem kell összefüggő szöveget jegyzetelni, csupán címszavakat, tömondatokat. Ügyelj, hogy olvashatóan jegyzetelj. Ha ne ismer egyet sem, úgy a 34. kérdésre kell ugrani

33 Mennyire vagy ezekkel általában elégedett?

1 egyáltalán nem vagyok elégedett

2 valamennyire elégedett vagyok

3 közepesen elégedett vagyok

4 nagyon elégedett vagyok

99 nem tudja, nem válaszol

34 Az alábbi, fenntartó kezelés alatt igénybe vehető szolgáltatások közül melyiket vetted már igénybe a fenntartó kezelés alatt?

Szolgáltatás neve	Igénybe vette-e? 0 – nem 1 – igen	Amennyiben igen, úgy hány alkalommal?	Ha nem, miért nem?
1. Orvosi ellenőrzés, vizsgálat (addiktológus, pszichiáter)			
2. Belgyógyász			
3. Sebész			
4. Nőgyógyász			
5. Konzultáció pszichológussal *			
6. Beszélgetés pszichológussal**			
7. Tanácsadás szociális munkástól			
8. Beszélgetés szociális munkással			
9. Szociális munkáson keresztüli ügyintézés (jogi, lakhatási, stb.)			

10. Pszichoterápia***			
11. Családterápia			
12. Párterápia			

* tanácsadás: több alkalom, az elején megállapodnak, hogy mit akarnak elérni

** beszélgetés: "spontán", nincs különösebb témája („hogyan van?”), nincs megállapodás a témáról

*** tervezett, az elején megállapodnak a célokról (tudja, hogy miért csinálják, pl. valamilyen kapcsolati probléma vagy pszichés zavar), megállapodnak arról, hogy hányszor találkoznak vagy kb. mennyi ideig tart, rendszeres, min. heti 1x, ugyanazzal a személlyel, min. 30 perc/alkalom

INSTRUKCIÓ: A táblázatot értelemszerűen, balról jobbra haladva kell kitölteni. Ennél a kérdésnél sem kell összefüggő szöveget jegyzetelni (4. oszlop), csupán címszavakat, tömondatokat. Ügyelj, hogy olvashatóan jegyzetelj. Ennél a kérdésnél a 3. – 12. kérdések esetében akkor karikázzunk igen-t, ha ezek a szolgáltatások mind helyben történtek, vagy a kezelőhely beutalására. Egyéb (saját kezdeményezés, más kezelőhelyen, magánorvosnál, sürgősségi) nem számít!

HA **NEM** VETTE IGÉNYBE (BÁRMELYIKET IS), AKKOR 0-ÁT ÍRJATOK AZ OSZLOPBA, ÉS ÉRTELEMSZERŰEN A MELLETTE LÉVŐ OSZLOPBA IS!

35.1 Előfordult-e veled, hogy a fenntartó kezelésben töltött idő alatt továbbküldtek az alábbi szolgáltatásokba?

Szolgáltatás neve	Igénybe vette-e? 0 – nem 1 – igen	Ha nem, szerinted mekkora szükséged van rá?
1. Lakhatási ügyintézés		1 2 3 4 99
2. Beiskolázás		1 2 3 4 99
3. Foglalkoztatás		1 2 3 4 99

4. HIV szűrés		1 2 3 4 99
5. HCV szűrés		1 2 3 4 99
6. Rehabilitáció		1 2 3 4 99
7. Fekvőbeteg addiktológiai osztály		1 2 3 4 99

INSTRUKCIÓ: A táblázatot értelemszerűen, balról jobbra haladva kell kitölteni. A skála értékei a következőket jelentik:

1: egyáltalán nincs rá szükségem

2: kicsit szükségem van rá

3: közepesen van rá szükségem

4: nagy szükségem van rá

99: nem tudja, nem válaszol

35.2 Milyen más, szakorvosi vizsgálatra utaltak már be amióta fenntartó kezelésben vagy?

1.

2.

3.

INSTRUKCIÓ: Itt olyan szakorvosi vizsgálatra kérdezzük rá, ahová a fenntartó helyről utalhatják el a beteget (szemészet, stb.).

E Protokoll, szankciók

INSTRUKCIÓ: Most a különböző szankciókkal, illetve a kezelési protokollal kapcsolatos ismertséget, tájékozottságot kérdezzük az interjúalanyoktól. Mielőtt a kérdéseket megkérdeznéd, az alábbi, rövid szöveget olvasd fel:

„Most először arról szeretnék kérdezni, hogy a metadon kezelés alatt előfordult-e olyan, hogy valami miatt (késés, viselkedési probléma) büntetést kaptál, illetve feltennék egy pár kérdést arról is, hogy mennyire ismered a kezelésben maradáshoz szükséges előírásokat, szabályokat.”

36 Amióta metadont kapsz, előfordult-e veled, hogy a szabályok megszegése miatt büntetést alkalmaztak veled szemben?

0 nem, soha

1 igen

99 nem tudja, nem válaszol

INSTRUKCIÓ: Amennyiben legalább egyszer előfordult, hogy büntetést kapott, vagy valami szankciót alkalmaztak vele szemben, úgy ki kell tölteni az alábbi táblázatot:

- meg kell kérdezni, hogy mi volt az, ami miatt kapta
- hány alkalommal fordult elő
- jogosnak gondolta-e

Amennyiben nem kapott még soha kezelés alatt büntetést, úgy a 37. kérdésre kell ugrani

Mi miatt kaptál már büntetést a kezelés alatt?	Hány alkalommal? 1 igen, egyszer 2 igen, néhányszor 3 igen, több alkalommal is 99 nem tudja, nem válaszol	Jogosnak gondoltad-e? 0 – nem 1 – igen
1.		
2.		
3.		

37 Kezelésbe kerüléskor felvettek-e veled valamilyen kérdőívet?

0 nem (→ a 39. kérdésre kell ugrani)

1 igen (→ a következő kérdéstől folytatsd)

99 nem tudja, nem válaszol (→ a 39. kérdésre kell ugrani)

INSTRUKCIÓ: Itt azt akarjuk megtudni, hogy az ASI-t felveszik-e velük. Feltehetően a kliensek nagy része nem fog rá emlékezni – még rra sem, hogy anno a TDI-t felvették velük. Ha van rá lehetőség, azért mutassátok meg nekik a TDI-t, és kérdezzétek meg, hogy ezen kívül mást felvettek-e velük. Amennyiben nem tudja, úgy a 39. kérdésre kell ugrani

38 Emlékszel olyanra, hogy a későbbiek folyamán ugyanezt ezt a kérdőívet újra felvették volna veled?

0 nem

1 igen

99 nem tudja, nem válaszol

39 A kezelésbe kerüléskor kaptál-e tájékoztatást arról, hogy ...?

1 ... a metadon szérum szint maximumát a bevételt követő 2-4. órában éri el

0 nem

1 igen

2 nem tudja, nem emlékszik

- 2 ... a metadon a legerősebb hatást - egyenletes dózis mellett - kb. a 3-5. napon, vagy még később éri el
0 nem
1 igen
2 nem tudja, nem emlékszik
- 3 ... más drogok használatának veszélye nő a szubsztitúciós kezelés alatt, elsősorban az ópiátok, a kokain, a benzodiazepinek és az alkohol fogyasztása esetén
0 nem
1 igen
2 nem tudja, nem emlékszik
- 4 ... az aktuális metadonszint következménye, hogy nő, vagy hogy csökken az aktivitásod
0 nem
1 igen
2 nem tudja, nem emlékszik
- 5 ...mennyi ideig maradhatsz a metadon kiosztó helyen?
0 nem
1 igen
2 nem tudja, nem emlékszik
- 6 ...hogyan ilyenkor felügyelet alatt kell-e lenned?
0 nem
1 igen
2 nem tudja, nem emlékszik
- 7 ... hogy ha kiesel a programból, van-e várakozási idő a visszakerülésig
0 nem
1 igen
2 nem tudja, nem emlékszik
- 8 ... hogy milyen gyakran van vizeletteszt vagy nyálteszt
0 nem
1 igen
2 nem tudja, nem emlékszik
- 40 Kezelésbe kerüléskor kellett-e tenned írásbeli beleegyező nyilatkozatot arról, hogy
1 ... az adataidat nem használhatják fel más célokra?
0 nem
1 igen
2 nem tudja, nem emlékszik
- 2 ... hogy mik a kezelésben maradás feltételei?
0 nem
1 igen
2 nem tudja, nem emlékszik
- 41 A kezelésben maradáshoz – az alábbiak közül – mit nem szabad tenni?
1 ismételt, rendszeresen hiányozni
0 nem
1 igen
99 nem tudja, nem válaszol
- 2 mellédrogozni
0 nem
1 igen
99 nem tudja, nem válaszol
- 3 verekedni, erőszakosan viselkedni
0 nem
1 igen
99 nem tudja, nem válaszol
- 4 metadont eladni

0 nem
1 igen
99 nem tudja, nem válaszol

42.1 Van-e rendszeres vizeletteszt (vagy nyálteszt)?

0 nincs *(ugrás a 43. kérdésre)*

1 van *(a következő kérdéstől folytasd a kérdezést)*

99 nem tudja, nem válaszol

42.2 Milyen gyakran?

.....

99 nem tudja, nem válaszol

43 Mennyire értesz egyet avval, hogy ...

... a kezelésben maradáshoz szabályok túl szigorúak

1 2 3 4 99

.. a metadon fenntartó programba nehéz bekerülni

1 2 3 4 99

INSTRUKCIÓ: A skála értékei a következők:

1: egyáltalán nem értek egyet

2: kicsit egyetértek

3: közepesen értek egyet

4: nagyon egyetértek

99: nem tudja, nem válaszol

F Kriminális, félelem

INSTRUKCIÓ: A következő rövid szekció két kérdésből áll, mindegyikre igen-nem válaszokat kell adni. A kérdések különböző félelmekkel kapcsolatosak. Mielőtt a kérdéseket megkérdeznéd, az alábbi, rövid szöveget olvasd fel:

„Lassan a kérdőív végére érünk. Most egy-két kérdést szeretnék feltenni a kezelés alatt esetlegesen előforduló félelmekről.”

44 A kezelőhelyen, vagy annak környékén érezted-e valaha is fenyegetve magadat az alábbi személyektől?

1 Dealertől

0 nem

1 igen

99 nem tudja, nem válaszol

2 Rendőrtől

0 nem

1 igen

99 nem tudja, nem válaszol

3 A környéken lakóktól

0 nem

1 igen

99 nem tudja, nem válaszol

4 Orvostól

0 nem

1 igen

99 nem tudja, nem válaszol

45 Amióta kezelésben van, előfordult-e hogy eladtál metadont?

0 nem

1 igen

99 nem tudja, nem válaszol

G Szubjektív változások

INSTRUKCIÓ: Ez a kérdőív utolsó szekciója. Itt arról kérdezzük az interjúalanyt, hogy milyen szubjektív változásokat észlelt magával kapcsolatban, amióta a programban van. Ezek – akárcsak a kérdőív elején - általános állítások. Ügyelj arra, hogy az állításokat érthetően, olvasd fel, illetve ha az interjúalany nem érti, vagy úgy érzed, hogy nem érti azokat, ismételd meg őket. Ha kell, fogalmazd át az állítást, de úgy, hogy az eredeti jelentése ne változzon. Az állításokat egyesével olvasd fel, és a válasznak megfelelő, **egy** számot karikázz be. N/A-t akkor kell karikázni, ha az állítás nem releváns (pl. kezelésbe kerülés előtt sem ivott). Mielőtt felolvasnád neki az állításokat, az alábbi, rövid szöveget olvasd fel:

„Végezetül arról szeretnék kérdezni, hogy milyen változásokat tapasztaltál magaddal kapcsolatban, amióta fenntartó kezelésben vagy. Ismét különböző állításokat fogok neked felolvasni. Arra kérek, hogy osztályozd őket a szerint, hogy mennyire értesz velük egyet”:

1: egyáltalán nem értek egyet

2: kicsit egyet értek

3: közepesen értek egyet

4: nagyon egyet értek

99: nem tudja, nem válaszol

INSTRUKCIÓ: Add oda a kérdezettnek a kérdezői kártyát

46 Amióta kezelésben vagyok, nem vágyok heroinra	1	2	3	4	99	N/A
47 Amióta kezelésben vagyok, nem drogozok (bármilyen drog)	1	2	3	4	99	N/A
48 Amióta kezelésben vagyok, nem szúrok heroint (csak injektlás)	1	2	3	4	99	N/A
49 Amióta kezelésben vagyok, nem használok heroint (szúrás és más együtt)	1	2	3	4	99	N/A
50 Amióta kezelésben vagyok, nem használok amfetamint (sem intravénásan, sem máshogy)	1	2	3	4	99	N/A
51 Amióta kezelésben vagyok, nem használok gyógyszereket (Rivotril, Xanax stb.)	1	2	3	4	99	N/A
52 Amióta kezelésben vagyok, nem iszom napi 5-nél többet (alkohol)	1	2	3	4	99	N/A
53 Amióta kezelésben vagyok, nem volt túlادagolásom	1	2	3	4	99	N/A
54 Amióta kezelésben vagyok, nem volt olyan túlادagolásom, hogy kórházba kerültem volna (sürgősségi, detox is)	1	2	3	4	99	N/A
55 Amióta kezelésben vagyok, sokkal kevesebb a drogos barátom	1	2	3	4	99	N/A
56 Amióta kezelésben vagyok, nem követtem el bűncselekményt	1	2	3	4	99	N/A
57 Amióta kezelésben vagyok, nyugodtabbnak érzem magam	1	2	3	4	99	N/A
58 Amióta kezelésben vagyok, könnyebben tudom a problémáimat megoldani	1	2	3	4	99	N/A
59 Amióta kezelésben vagyok, magabiztosabbnak érzem magam	1	2	3	4	99	N/A

60 Most arra kérlek, hasonlítsd össze a korábbi és a jelenlegi helyzetedet az alábbiakkal kapcsolatban. Itt osztályoznod kell a régi és az új helyzetedet egy 5-ös skálán, ahol az 1-es jelenti a legrosszabb, az 5-ös a legjobb osztályzatot.

	Kezelésbe kerülés előtt	Jelenleg
1 Milyennek ítéled meg a családi kapcsolataidat...		
2 Milyennek ítéled meg a baráti kapcsolataidat...		
3 Milyennek ítéled meg az anyagi helyzetedet ...		
4 Milyennek ítéled meg a testi egészségi állapotodat...		
5 Milyennek ítéled meg a lelki állapotodat...		
6 Milyennek ítéled meg a munkahelyi kilátásaidat...		

H Javaslatok

61 Végezetül sorolj fel a kezeléssel, kezelőhellyel, a kezeléssel, a személyzettel, stb. kapcsolatban 1-2 dolgot, ami annyira nem tetszik neked.

1

2

3

INSTRUKCIÓ: Ennél a kérdésnél nem kell összefüggő szöveget jegyzetelni, csupán címszavakat, tömondatokat. Ügyelj, hogy olvashatóan jegyzetelj.

„Köszönjük a segítségedet.”

Kérdezői kérdőív

Volt - e az interjúalanyak problémája a kérdések meg értésében?

0 - nem

1 - igen, néha

2 - igen, többnyire

99 - nem tudja/ nem biztos

Őszinte volt - e az interjúalany?

0 - nem

1 - igen, néha

2 - igen, többnyire

99 - nem tudja/ nem biztos

Képes volt - e válaszolni?

0 - nem

1 - igen, néha

2 - igen, többnyire

99 - nem tudja/ nem biztos

Biztos vagy- e abban, hogy a válaszok pontosak voltak?

0 - nem

1 - igen, néha

2 - igen, többnyire

99 - nem tudja/ nem biztos

Egyéb megjegyzéseid, amit fontosnak tartasz megemlíteni az interjúval kapcsolatban:

1.

2.

3.

2. Szakértői interjú vázlat a magyarországi metadon- fenntartó központok hatékonyságának értékelésére

INSTRUKCIÓ: Az alábbi rövid szöveget olvasd fel először:

„Jó napot kívánok! Köszönöm, hogy rendelkezésemre áll. Tehát amivel kapcsolatban kérdezni szeretném, az egy országos kutatás, amelyet a Tudományos Akadémia és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából végzünk a magyarországi metadon-fenntartó központokra vonatkozóan. Ennek a kutatás részeként az Ön véleményére is kíváncsi lennék. Tájékoztatni szeretném, hogy a kérdőív anonim, azaz a nevét nem kell megmondania.

Köszönöm.”

INSTRUKCIÓ: Először töltsd ki az alábbi táblázatot. A kérdezett nevét nem szabad / kell kérdezni.

Az interjúkészítő neve:	
A kérdezett munkaköre (pl. metadont osztó orvos, intézmény vezetője):	
Az interjúkészítés helye:	
Az interjúkészítés dátuma (év, hónap, nap):	
Az interjúkészítés kezdete:	

Az interjúkészítés vége:	

INSTRUKCIÓ: Az interjú **21** oldalból, **5** kérdéscsoportból és **5** szekcióból áll. Ezek a következők:

- 1 Szervezeti leírás és jellemzők
- 2 Szolgáltatás tartalmi jellegzetességei
- 3 Szakmai személyzet
- 4 Sikerkritériumok
- 5 Szakmai protokoll

A kérdezés során törekedj arra, hogy ne maradjanak megválaszolatlan kérdések, illetve hogy a kérdezett megértse azokat, amennyire csak lehet. Azoknál a kérdéseknél, ahol jegyzetelni kell, és nem karikázni, ügyelj arra, hogy olvashatóan írd. Ha az interjú közben nem tudsz olvashatóan jegyzetelni, akkor rögtön az interjú után tedd olvashatóvá a jegyzeteidet, hogy a kódoló is el tudja majd olvasni.

A kérdőív **végén** találsz egy kérdezői ellenőrző kérdőívet is, amit neked kell kitölteni, a kérdezett megkérdezése nélkül (az instrukciókat lásd a 21. oldalon).

1 Szervezeti leírás és jellemzők

„Elsőként arra kérném, hogy röviden ismertesse a programot működtető szervezetet, az alábbi szempontokat szem előtt tartva”:

1.1 Ki, mi működteti a kezelőhelyet?

.....

1.2 Mi az Önök OEP szakmakódja?

.....

1.3 Mi az önök ÁNTSZ engedélyben szereplő kódja?

.....

1.4 Önök miként működnek?

1 addiktológiai szakrendelőként

2 addiktológiai gondozóként

3 mindkettő

4 egyéb, és pedig:

1.5 Heti hány szakorvosi órával rendelkeznek?

Heti óra

1.6 Heti hány gondozói órával rendelkeznek?

Heti óra

1.7 Az alábbiak közül mely más szakellátásra van engedélyük?

1 pszichiátriai szakrendelés

2 gondozás

3 gyermekpszichiátriai szakrendelés

4 egyéb:

1.8 Milyen szakmai-személyzeti háttérrel rendelkeznek? A szakmai személyzet milyen képzettséggel rendelkezik?

megnevezés	képzettség	1 teljes munkaidő 2 részmunkaidő
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

1.9 A szakmai személyzet foglalkoztatásával kapcsolatban: mennyi körülbelül a program működtetésével eltöltött idő?

1. az összendelési óraszámom belül:

2. az addiktológiai rendeléseken belül:

1.10 Mi az Önök nyitva tartása?

Nap	Nyitva tartás (től – ig)
Hétfő	
Kedd	
Szerda	
Csütörtök	
Péntek	
Szombat	
Vasárnap	

1.11 Honnan fogadnak klienseket (ellátási körzet szerint – amire az engedélyük kiterjed)?

a.

b.

c.

1.11.1 Fogadnak-e máshonnan is klienseket (**nem** az ellátási körzetük szerint)?

a.

b.

c.

1. 12 Milyen szempontok szem előtt tartásával fogadnak klienseket?

a.

b.

c.

1. 13. Van-e Önöknél várólista?

0 nincs (*Amennyiben nincs* → 1.18 kérdéstől folytatni)

1 van (*Amennyiben igen* → 1.14 kérdéstől folytatni)

1. 14 Ez jelenleg milyen hosszú?

.....

1. 15 Mennyi általában a várakozási idő?

.....

1.16 Jelenleg hányan várakoznak?

.....

1.17 Átlagban mióta várakoznak?

.....

1.18 Milyen egyéb más szolgáltatásokkal tart fenn a szervezet/szolgáltatás szakmai kapcsolatokat? Mire terjed ki ez a kapcsolat?

Más szolgáltatás neve	Mire terjed ki a kapcsolat?
1 pszichiátriai osztályokkal	
2 sürgősségi osztályokkal	
3: toxikológiai osztályokkal	
4 háziorvosokkal	
5 más egészségügyi szolgáltatásokkal	
6 büntető-igazságszolgáltatás szereplőivel	
7 rehabilitációs intézményekkel	

8 kezelőhelyekkel	absztinencia-orientált
----------------------	------------------------

1.19 Végeznek-e közösségi szenvedélybeteg-ellátást?

0 nem (*Amennyiben nem → 1.21-től folytatni*)

1 igen (*Amennyiben igen → 1.20-tól folytatni*)

1.20 Milyen jellegű? Mekkora kapacitással?

Ellátás típusa	Kapacitás nagysága
1	
2	
3	

1.21 Mennyire tartja elegendőnek az OEP támogatást?

1 egyáltalán nem elegendőnek (→ *1.22-től folytatni*)

2 nem igazán elegendőnek (→ *1.22-től folytatni*)

3 inkább elegendőnek (→ *2-től folytatni*)

4 abszolút elegendőnek (→ *2-től folytatni*)

1.22 Mire volna szükség, mit kellene még támogatni (személyzet, tevékenységek)?

1

2

3

4

2 Szolgáltatás tartalmi jellegzetességei

„Most a szolgáltatás tartalmi jellegzetességeivel kapcsolatban szeretnék egy pár kérdést feltenni.”

2.1 A sürgősségi detoxikáló programot leszámítva, milyen konkrét célkitűzéseket kívánnak elérni a programmal?

1

2

3

4

2.2 Milyen módszereket alkalmaznak a fenntartó-kezelés során (ideértve a „hosszú” detoxikációt is, a 3 hónapnál hosszabb időtartalmút)?

1 gyógyszeradás

2 pszichoszociális konzultáció

3 egyéb pszichoterápiás technikák

4 egyéb:

2.3 Alkalmaznak-e szankciót a klienssel szemben, ha az nem az elvárásnak megfelelően viselkedik?

0 nem (→2.5 -től folytatni)

1 igen (→2.4-től folytatni)

2.4 Ha igen, mit?

1

2.....

3.....

2.5 Átlagosan mennyi ideig marad egy kliens az ellátásban?

..... hónap

2.6 Mik a főbb okai a kihullásnak?

1

2

3

2.7 Van-e bármilyen utánkövetése a kliensnek, ha az kiesik a szolgáltatásból?

0 nincs

1 van

2.8 Van-e kliens továbbküldés az alábbi szolgáltatásokba?

1 absztinencia-orientált kezelés

2 ambuláns kezelés

3 fekvőbeteg ellátás

4 rehabilitáció

5 közösségi szenvedélybeteg ellátás

6 önszolgáltató csoport

7 Egyéb:

3 Szakmai személyzet

3.1 Milyen a személyzet véleménye/attitűdje a metadonos betegekkel szemben?

1 együttműködő

2 problémás

3 reménytelen

4 gyógyíthatatlan

5 egyéb:

6 egyéb:

7 egyéb:

3.2 Különbözik-e ez az attitűd más betegcsoportokétól?

1 egyáltalán nem

2 nem nagyon

3 inkább különbözik

4 nagyban különbözik

3.3 Értékelik-e az itt dolgozó szakmai személyzet munkáját, tevékenységét?

0 nem, soha (→3.7 -től folytatni)

1 néha (→3.4 -től folytatni)

2 gyakran (→3.4 -től folytatni)

3 mindig (→3.4 -től folytatni)

3.4 Milyen gyakorisággal?

.....

3.5 Ki(k) végzi(k) ezt a tevékenységet?

1 intézményvezető

2 orvos

3 szakmai stáb más tagja

4 külsős

5 egyéb:

3.6 Kapnak-e a személyzet tagjai erről visszajelzést?

0 nem

1 igen

3.7 Van-e Önöknél...

1 ..egyéni szupervízió, esetmegbeszélő csoport?

0 nincs

1 van

2 ..csoportos szupervízió, esetmegbeszélő csoport?

0 nincs

1 van

3.8 Van-e Önöknél team meeting?

0 nincs (→3.12 -től folytatni)

1 van (→3.9 -től folytatni)

3.9 Milyen gyakran?

.....

3.10 Kik vesznek részt rajta?

1 orvosok

2 gondozók

3 szociális munkások

4 pszichológusok

5 egyéb:

6 egyéb:

7 egyéb:

3.11 Hasznosnak tartja-e ezeket a megbeszéléseket?

1 egyáltalán nem

2 inkább nem

3 inkább hasznosnak tartom

4 abszolút hasznosnak tartom

3. 12 Van-e Önöknél folyamatos monitorozás és / vagy értékelés arról, hogy a metadon-irányelvet betartják?

0 nincs

1 van

3.13 Van-e valamilyen visszajelzés arról, hogy a paciensek mennyire elégedettek a metadon-kezeléssel?

0 nincs (→**3.16 -tól folytatni**)

1 van (→**3.14 -től folytatni**)

3.14 Milyen gyakran?

.....

3.15 Milyen formában?

1 írásban

2 szóban

3 mindkettő

3. 16 Mennyire szervezett Önöknél a metadonos betegek ellátása?

1 egyáltalán nem szervezett

2 inkább nem szervezett

3 inkább szervezett

4 abszolút szervezett

3.17 Önöknél mik a metadon-fenntartó kezelés erősségei?

1

2

3

3.18 Önöknél mik a metadon-fenntartó kezelés gyengéi?

1

2

3

3.19 Önöknél a szakmai-szakmapolitikai környezet mennyire fogadja el a metadon-helyettesítő kezelést ?

1 abszolút nem fogadja el

2 nem fogadja el

3 inkább elfogadja

4 teljes mértékben elfogadja

3. 20 Megvalósulnak-e Önöknél az alábbiak?

1 Van-e orvosi (fizikális) vizsgálat a bekerüléskor?

0 nincs

1 van

2 Felmérik-e a drogfüggőség mértékét?

0 nem

1 igen

3 Van-e pszichiátriai exploráció a bekerüléskor?

0 nincs

1 van

4 Felmérik-e a kliens szociális helyzetét?

0 nem

1 igen

5 A kezelési tervről kizárólag orvos szakember dönt (pszichiáter, háziorvos)?

0 nem

1 igen

6 Bevonják-e a nővéreket a kezelési tervbe?

0 nem

1 igen

7 bevonják-e a klienst a kezelési tervbe?

0 nem

1 igen

3. 21 Van-e Önöknél valamilyen, a kezelésbe kerülést döntően meghatározó kritérium?

0 nem

1 igen

3.22 Van-e Önöknél rendszeres vizeletteszt (minimum havi egy alkalommal végzett)?

0 nincs

1 van

3. 23 Megpróbálják-e megakadályozni a metadon illegális kikerülését?

0 nem

1 igen

3. 24 A metadon fenntartóban lévő kliensek részt vesznek-e az alábbi programokban?

Program típusa	0 nem 1 igen 2 nincs ilyen program
1 Kettős diagnózisú kliensekkel történő munka	
2 Terhes nőkkel történő munka	
3 Korábbi fogva tartottal történő munka	
4 Fiatal szerhasználókkal történő munka	
5 Információ túlادagolás megelőzésről	
6 Fertőző megbetegedésekkel kapcsolatos információ	
7 HIV, Hepatitis B vagy C szűrésbe történő utalás	
8 Hepatitis B oltás	
9 Szexuális úton terjedő betegségek szűrése (helyben	

3.25 Ön munkaidejének hány %-át tölti az alábbiakkal?

Tevékenység megnevezése	%
1 Közvetlenül a metadonos betegekkel	
2 Betegek adminisztrációjával	
3 Betegek hozzátartozóival, ill. családjával	
4 Konzílium, társszakmák képviselői (pl. háziorvos), kapcsolati pszichiátria (liaison)	
5 Team ülésekkel (szervezeti ügyek)	
6 Szupervízióval, esetmegbeszéléssel	
7 A szervezet külső kapcsolattartásával (önkormányzattal, ÁNTSZ-szel, rendőrséggel, szakmai szervezetekkel)	
8 PR+marketing+helyi közvélemény felé történő kommunikációval	

3.26 Ön mennyire ért egyet az alábbi állításokkal? A skála értékei a következők:

1 egyáltalán nem értek egyet

2 nem értek egyet

3 inkább egyet értek

4 abszolút egyet értek

1 Nincs elég időm a kliensekre 1 2 3 4

2 A munkám hasznos a kliensek számára 1 2 3 4

3 A kollégáim (közvetlen szakmai stáb) úgy vélekednek, hogy

munkájuk hasznos a kliensek számára

1 2 3 4

3.27 Ön mennyire elégedett...

1 egyáltalán nem elégedett

2 nem elégedett

3 inkább elégedett

4 nagyon elégedett

1 ... a kliensekkel kialakított kapcsolatával? 1 2 3 4

2 ... az Ön által végzett munkával? 1 2 3 4

3 ... a szakmai stáb tagjai közötti kommunikációval? 1 2 3 4

4 ... a közvetlen főnökeivel? 1 2 3 4

3.28 Mennyire stresszes az Ön munkája?

1 egyáltalán nem stresszes

2 inkább nem stresszes

3 inkább stresszes

4 abszolút stresszes

4 Sikerkritériumok

4.1 Arra kérem, sorolja fel, hogy Ön szerint mik a kezelés hatékonyságának, eredményességének kritériumai. Az Ön szerint 3 legfontosabbat nevezze meg!

1

2.....

3.....

4.2 Arra kérem, hogy osztályozza az alábbi kritériumokat a szerint, hogy azok Ön szerint mennyire tekinthetők a kezelés sikerkritériumának.

1 egyáltalán nem tekinthető annak

2 nem tekinthető annak

3 inkább annak tekinthető

4 teljes mértékben annak tekinthető

99 nem tudja, nem válaszol

1 fertőzőbetegségek megelőzése	1 2 3 4 99
2 injektlás megelőzése, illetve csökkenése	1 2 3 4 99
3 illegális szerhasználat megelőzése, illetve csökkenése	1 2 3 4 99
4 kriminalitás csökkenése	1 2 3 4 99
5 foglalkoztatottság növekedése	1 2 3 4 99
6 lakhatási feltételek javulása	1 2 3 4 99
7 tartós terápiában maradás	1 2 3 4 99
8 motiváció kialakulása absztinencia-orientált kezelések felé	1 2 3 4 99

5 Szakmai protokoll

„Végezetül a 2008-ban elfogadott metadon fenntartó kezelésre vonatkozó szakmai protokollal kapcsolatban szeretnék pár kérdés feltenni.”

5.1 Milyen módszereket, mérőeszközöket használnak a kliens diagnózishoz?

1

2

3

5.2 Kérem, osztályozza az alábbi állításokat a szerint, hogy mennyire tartja azokat magukra igaznak, magukra vonatkoztathatónak (t.i. mennyire tartják be, járnak el e szerint).

1 „A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelésről a kezelő helyen dolgozó kéttagú munkacsoport dönt.”

1 abszolút nem igaz

2 nem igaz

3 inkább igaz

4 teljes mértékben igaz

99 nem tudom eldönteni

2 „A munka-csoport egyik tagja addiktológus vagy pszichiáter szakorvos, míg a másik szakember felsőfokú végzettséggel rendelkező munkatárs (addiktológus szakorvos, pszichiáter, háziorvos vagy egyéb szakképesítéssel rendelkező orvos, pszichológus, szociális munkás, konzultáns) kell, hogy legyen, szükség esetén a döntésben külső szakorvos is részt vehet.”

1 abszolút nem igaz

2 nem igaz

3 inkább igaz

4 teljes mértékben igaz

99 nem tudom eldönteni

3 „A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelést pszichiáter, vagy addiktológus szakorvos indikálja és folytatja speciális tanfolyam elvégzését követően.”

1 abszolút nem igaz

2 nem igaz

3 inkább igaz

4 teljes mértékben igaz

99 nem tudom eldönteni

4 Önöknél részt vettek-e az érintettek ilyen speciális tanfolyamon (lásd előző kérdés)?

0 nem

1 igen

99 nem tudja, nem válaszol

5.3 Figyelembe véve a kliens motivációs szintjét és a kezelő központ szakmai hátterét, megkülönböztetünk alacsony, illetve magas küszöbű programokat. Ön minek tekinti az itteni metadon fenntartó központot?

1 Alacsony küszöbű programnak

2 Magas küszöbű programnak

3 Egyiknek sem

4 Mindkettőnek

5.4 Előfordult-e már olyan, hogy eltekintettek a szubsztitúciós kezelésbe kerülés kritériumai közül valamelyiktől?

1 több éves igazolt ópiát-függőség (legalább két év),

0 soha

1 néha

2 gyakran

3 mindig

99 nem tudja, nem válaszol

2 18 éven felüli életkor

0 soha

1 néha

2 gyakran

3 mindig

99 nem tudja, nem válaszol

3 sikertelen próbálkozás absztinenciát célul kitűző kezelési programban

0 soha

1 néha

2 gyakran

3 mindig

99 nem tudja, nem válaszol

5.5 Rögzítik-e írásban a klienssel a terápia kereteit (azaz kötnek-e terápiás szerződést a klienssel)?

0 nem

1 igen

5.6 Mint Ön előtt is ismert, a kezelték az anonimitást biztosító kód alapján országos regiszterbe kerülnek. A regisztert a Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia vezeti. A Drogambulancia vezetője az országos összesített adatokat és a havonta felhasznált metadon mennyiségét tartalmazó információt elküldi az Országos Addiktológiai Intézet igazgatójának. Evvel kapcsolatban az egyik kérdésem az lenne, hogy Önök milyen gyakran továbbítanak metadonos adatokat?

1 hetente

2 kéthetente

- 3 háromhetente
- 4 havonta
- 5 ennél is ritkábban

5.7 Ön hogyan ítéli meg, milyen sikeresen működik ez a jelentési rendszer?

5.8 Újra állításokat fogok Önnek felolvasni, arra kérem, ismételten osztályozza őket a szerint, hogy mennyire érvényesek ezek az állítások a saját intézményére vonatkozólag.

1 „Az alapelv az, hogy a metadon lehetőség szerint ne kerüljön a kliens kezébe.”

1 abszolút nem érvényes

2 nem érvényes

3 inkább érvényes

4 nagyon érvényes

99 nem tudom eldönteni

2 „A napi ellenőrzött bevételtől eltérően indokolt esetben maximum 1 heti-, különlegesen indokolt esetben maximum 3 heti mennyiség adható ki.”

1 abszolút nem érvényes

2 nem érvényes

3 inkább érvényes

4 nagyon érvényes

99 nem tudom eldönteni

3 Önök mennyit adnak ki?

.....

4 „Az adagolás biztonsága érdekében a metadon- terápia helyeken történjen a metadon tárolása.”

1 abszolút nem érvényes

2 nem érvényes

3 inkább érvényes

4 nagyon érvényes

99 nem tudom eldönteni

5 „Az újonnan kezelést kezdő a szer bevétele követő néhány órában maradjon a kezelőhelyen és megfigyelés alatt kell tartani.”

1 abszolút nem érvényes

2 nem érvényes

3 inkább érvényes

4 nagyon érvényes

99 nem tudom eldönteni

6 „A kezelés teljes időtartama alatt folyamatos és rendszeres ellenőrzés szükséges”

1 abszolút nem érvényes

2 nem érvényes

3 inkább érvényes

4 nagyon érvényes

99 nem tudom eldönteni

7 Ez utóbbi van-e Önöknél?

0 nincs (→**5.9. kérdéstől folytatni**)

1 van (→**következő kérdést kérdezni**)

8 Milyen formában?

1 Írásban

2 Szóban

3 Mindkettő

4 Egyéb:

5 Egyéb :

5.9 Tájékoztatják-e a klienst az alábbi, a hatékony terápiakezdés abszolút feltételeiről?

1 A metadon szérum szint maximumát a bevételt követő 2-4. órában éri el

1 Írásban

2 Szóban

3 Mindkettő

4 Semmilyen formában

2 A metadon akkumulációja miatt a legerősebb hatást - egyenletes dózis mellett - kb. a 3-5. napon, vagy még később éri el

1 Írásban

2 Szóban

3 Mindkettő

4 Semmilyen formában

3 Más drogok használatának veszélye nő a szubsztitúciós kezelés alatt, elsősorban az ópiátok, a kokain, a benzodiazepinek és az alkohol vonatkozásában

1 Írásban

2 Szóban

3 Mindkettő

4 Semmilyen formában

4 Az aktuális metadonszint következménye az aktivitás növekedése, vagy csökkenése.

1 Írásban

2 Szóban

3 Mindkettő

4 Semmilyen formában

5.10 Az ajánlott gyógyszeres kezelés esetében a dózis a kívánt szubsztitúciós hatás eléréséhez szükséges minimum szint. Van-e Önöknél ilyen?

0 Nincs (→5.12 *kérdéstől folytatni*)

1 Van (→5.11. *kérdéstől folytatni*)

99 Nem tudja, nem válaszol (→5.12 *kérdéstől folytatni*)

5.11 Mennyi ez a dózis?

.....

5.12 A megfelelő gyógyszer szint elérése a beteg klinikai vizsgálata (pszichés státusz, vegetatív paraméterek), vizelet, nyálvizsgálat, illetve heteroanamnézis alapján állapítható meg. Önöknél van-e ilyen?

0 Nincs

1 Van

99 Nem tudja, nem válaszol

5.13 A stabil dózis eléréséhez kb. 6 hét, vagy ennél több idő szükséges. Önöknél ez mennyi idő?

.....

5.14 Önöknél van-e vérszint meghatározás, ami irányadó lehet a szubsztitúciós adag beállításakor?

0 Nincs

1 Van

99 Nem tudja, nem válaszol

5.15 Figyelembe veszik-e az ún. *Abszolút ellenjavallat* alábbi elemeit?

1 A készítmény bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

2 A légzőközpont depressziójával járó állapotok

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5.16 Monitorozzák-e írásban a lehetséges jelentős gyógyszer interakciókat?

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5.17 Monitorozzák-e írásban az egyéb interakciókat? (pl. más betegség, étel)?

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5.18 Monitorozzák-e a metadon túladagolásra leginkább veszélyeztetett klienseket?

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5.19 Most a kezelést kiegészítő szolgáltatásokkal kapcsolatban következőket szeretném megkérdezni.
Vannak-e Önöknél a fenntartó kezelést kiegészítő alábbi szolgáltatások?

1 Konzultációs segítségnyújtás

0 Nincs (→2. kérdéstől folytatni)

1 Van (→1.1 kérdéstől folytatni)

99 Nem tudja, nem válaszol

1.1 Kik tartják ezeket (milyen végzettségűek)?

a.

b.

c.

1.2 Milyen okból, megfontolásból tartanak ilyet?

1 Kötelező

2 Ajánlott

3 Mindkettő

1.3 Milyen gyakorisággal vannak ezek?

.....

1.4 Egyéni, vagy csoportos foglalkozásokról van szó?

1 Egyéni

2 Csoportos

3 Mindkettő

2 Csoportterápiás vagy egyéb pszichoszociális segítségnyújtás.

0 Nincs

1 Van

99 Nem tudja, nem válaszol

5.20 Rehabilitáció, mint kiegészítő szolgáltatás, létezik-e Önöknél?

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5.21 Küldenek-e tovább klienseket rehabilitációba?

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5.22 Gondozás, mint kiegészítő szolgáltatás, létezik-e Önöknél?

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5.23 Küldenek-e tovább klienseket gondozásba?

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5.24 A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés hatékonyságának értékeléséhez **intézményi** és **egyéni** indikátorok monitorozása ajánlott. Először az **intézményi** indikátorokról kérdezném.

1 Használják-e Önök az újonnan kezelésbe kerülők és a kezelést elhagyók számát, illetve arányát, mint intézményi indikátort a monitorozáshoz?

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

2 Használják-e Önök az intravénás droghasználók számát, mint intézményi indikátort a monitorozáshoz?

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5.25 Az **egyéni** indikátorok közül javasolt az illegális drogfogyasztás monitorozása: a szervezetben lévő drogok kimutatására a beteg időszakos, véletlenszerű vizelet, nyál ellenőrzése útján (1 hónap után, majd 3 havonta, minimum évi négy alkalommal). Önöknél van-e ilyen a következő szerekre?

1 Heroinra

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

2 Benzodiazepinekre

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

3 Kokainra

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

4 Amfetaminra

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5 Marihuánára

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

6 Egyéb, éspedig:

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

7 Alkoholra

0 Nem

1 Igen

99 Nem tudja, nem válaszol

5.26 Ugyancsak ajánlott az ASI (Addikció Súlyossági Index) teszt felvétele, az első jelentkezéskor, 3 hónap múlva, majd minimálisan félévente. Önöknél ez hogyan történik meg?

0 Egyszer sem kerül felvételre az ASI

1 Csak első jelentkezéskor kerül felvételre az ASI

2 Első jelentkezéskor és 3 hónap múlva is

3 Első jelentkezéskor és 3 hónap múlva, majd félévente

99 Nem tudja, nem válaszol

Köszönöm az együttműködését.

Kérdezői ellenőrző kérdőív

INSTRUKCIÓ: Ezt az utolsó szekciót a **kérdezők** töltik ki, a kérdezett **megkérdezése nélkül**. Evvel azt igyekszünk vizsgálni, hogy a válaszadók, - a ti megítélésetek szerint - mennyire voltak képes hiteles, pontos és megbízható válaszokat adni a kérdezés során.

1 Volt - e az interjúalanynak problémája a kérdések meg értésében?

0 - nem

1 - igen, néha

2 - igen, többnyire

99 - nem tudja/ nem biztos

2 Őszinte volt - e az interjúalany?

0 - nem

1 - igen, néha

2 - igen, többnyire

99 - nem tudja/ nem biztos

3 Képes volt - e válaszolni?

0 - nem

1 - igen, néha

2 - igen, többnyire

99 - nem tudja/ nem biztos

4 Biztos vagy- e abban, hogy a válaszok pontosak voltak?

0 - nem

1 - igen, néha

2 - igen, többnyire

99 - nem tudja/ nem biztos

3. Kábítószer-fogyasztással összefüggő hepatitis C fertőzések antivirális kezelésének leírására javasolt területek

- I. Kezelt populáció jellemzői
 - i. Kezelt generált kódja
 - ii. Kezelt neve
 - iii. Kezelt életkora
 - iv. Kezelt drogkarrierje
 - v. HCV genotípusa
 - vi. Fertőzöttség megismerésének ideje
 - vii. Felhasznált interferon típusa
 - viii. Testsúlya, belépési testtömeg-indexe
- II. Kezelés jellemzői
 - a. Belépési diagnosztika
 - i. HCV-RNS (RT-PCR) pozitivitás
 - ii. Vírus genotípus meghatározás (CE teszt)
 - iii. Tevékenység
 - b. Kezelés módja
 - i. Peginterferon + ribavirin
 - ii. Standard interferon + ribavirin
 - iii. Interferon monoterápia
 - iv. Természetes interferon
 - c. Kezelés időtartama (hét)
 - i. Felhasznált interferon (egység)
 - ii. PEG-INF-2A vagy PEG-INF-2B
 - iii. Felhasznált ribavirin (tabletta)
 - iv. Tevékenység
 - d. Folyamat diagnosztika
 - i. PCR vizsgálatok(ok)
 - ii. Egyéb vizsgálatok
 - iii. Tevékenység
 - e. Kezelés alatti betegkövetés
 - i. Vértkép
 - ii. Vércukor
 - iii. Szérum bilirubin
 - iv. Májenzimek GPT
 - v. KN (vesefunkció)
 - vi. Kreatinin
 - vii. TSH
 - viii. Terhesség vizsgálat
 - ix. Tevékenység
 - f. Kapcsolódó komorbid állapotok kezelése
 - i. Hematológia
 - ii. Bőrgyógyászat
 - iii. Fül-orr-gégészet
 - iv. Felhasznált gyógyszerek
 - v. Tevékenység
 - g. Pszichiátriai komorbiditás
 - i. Felhasznált gyógyszerek
 - ii. Tevékenység
 - h. Kilépési diagnosztika

- i. HCV-RNS (RT-PCR) pozitivitás (+24 hét)
- ii. Tevékenység

A szakértői interjúk fontosabb kérdéskörei

Az (absztinens) kábítószer-fogyasztók nagyon nehezen kezelésbe vonható populációt alkotnak. Számos esetben csupán egy-két alkalommal jelennek meg a kezelésben. Ez a kérdéscsoport arra koncentrál, melyek azok a tényezők, melyek meggátolják a kezelésbe lépést.

- absztinencia a kezelés előtt
- megelőző naloxone kezelés
- párhuzamos methadon fenntartó kezelés
- kezelés védett környezetben (börtön, rehabilitációs otthon)
- intravénás droghasználatból fakadó kockázati magatartások tanácsadása
- pszichiáteri szakvélemény kérése
- INF bizottság működése
- viselkedési normák megsértése a kezelés alatt (ambulancián, kórházban)
- F10-19 feladatmutató (30% vs. 70%)

A kábítószer-fogyasztói előélet okozta szisztematikus különbségek a kezelésben

A kábítószer-fogyasztás okozta testi szövődmények vagy társbetegségek nehezíthetik az antivirális kezelés sikerességét. Ez a kérdéscsoport a leggyakoribb kapcsolódó betegségek feltárását célozza.

- pszichiátriai problémák azonosítása a kezelés előtt
- eltérő genotípus okozta kezelési sajátosságok
- HBV HIV vagy TBC koinfekció
- társuló kezelési igények (pl. bőrgyógyászat)
- szociális problémák, hospitalizáció
- TAJ jogosultság

A kezelésben maradás (terápiahűség) tényezői

A korábbi kábítószer-fogyasztás befolyásolja a kezelés menetét. A kérdéscsoport arra kíváncsi, miben tér el egy a normál népességhez tartozó beteg kezelése a drogbetegétől.

- párhuzamos pszichiátriai kezelés szükségessége
- a kezelést hátráltató vagy megszakítását eredményező viselkedési kockázatok azonosítása (kezelések kihagyása, bűnözés, költözés)
- kezelés folytonossága a fenti esetekben
- az absztinencia ellenőrzése a kezelés alatt
- szociális ellátás bekapcsolása

A költségeket növelő kezelési anomáliák

A kutatás fő célkitűzése a kezelés költségeinek azonosítása. A vizsgálat során feltártuk a leggyakrabban alkalmazott vizsgálatokat. A kérdéscsoport célja egyrészt az azonosított vizsgálatok konfirmálása, kiegészítése; másrészt a kezelési gyakorlat alapján a praktikum és a bevált gyakorlatok azonosítása, anomáliák és javaslatok megfogalmazása.

- leggyakoribb vizsgálatok ellenőrzése
- interferon kisserelés (<180µg)
- májbiopszia szükségessége
- HCV genotípus meghatározás
- HCV vírusselemszám meghatározás
- kezelési protokoll alkalmazása

A kezelés okozta pszichiátriai mellékhatások

A szakirodalmi eredmények azt mutatják, hogy az antivirális kezelésben részesülők körében nagyobb eséllyel alakulhat ki depresszió. A kérdéscsoport vizsgálja ennek okát ill. ennek hatását a kezelésre.

- komorbid depresszió
- kezelés okozta pszichés zavarok

A kezelések eredményességének orvosi percepciója

A kérdéscsoport arra kíváncsi, hogy a kezelőorvos mit gondol a kezelés eredményességéről, speciálisan az absztinens kábítószer-fogyasztókra vonatkoztatva. A kezelésbe beleértjük az el nem kezdett ill. a megszakadt interferon kezelést is.

- early viral response és annak visszacsatolása
- egiferon / fenntartó kezelés
- újrafertőződés veszélye
- pszichés állapot alakulása
- kábítószer-fogyasztás újrakezdése (nem feltétlenül intravénás)
- kockázati magatartások ismételt megjelenése
- szociális ellátórendszer bekapcsolása

4. Egyéni kliens azonosító – Generált kód

A generált kód képzési algoritmusa

1.	2.	3.	4.	5.	6.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kliens születési (leánykori) első vezetéknévének második betűje, ékezet nélkül					
2. Kliens születési (leánykori) első keresztnévének harmadik betűje, ékezet nélkül					
3. Kliens születési dátumának (ééééhhnn) negyedik karaktere					
4. Kliens születési dátumának (ééééhhnn) nyolcadik karaktere					
5. Kliens édesanyja leánykori első vezetéknévének második karaktere, ékezet nélkül					
6. Kliens édesanyja leánykori első keresztnévének harmadik karaktere, ékezet nélkül					

5. TDI kérdőív

Generált kód:	1. 2. 3. 4. 5. 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1. Kliens születési (leánykori) első vezetéknévének második betűje, ékezet nélkül 2. Kliens születési (leánykori) első keresztnévének harmadik betűje, ékezet nélkül 3. Kliens születési dátumának (ééééhhnn) negyedik karaktere 4. Kliens születési dátumának (ééééhhnn) nyolcadik karaktere 5. Kliens édesanyja leánykori első vezetéknévének második karaktere, ékezet nélkül 6. Kliens édesanyja leánykori első keresztnévének harmadik karaktere, ékezet nélkül
Megjelenés dátuma:	

Kezelésre és a kapcsolatba kerülésre vonatkozó adatok

1.	Kezelőhely típusa	
	1	Járóbeteg ellátóhelyek
	2	Fekvőbeteg ellátóhelyek
	3	Alacsony-küszöbű / drop-in / vagy utcai szolgáltatások
	4	Háziorvosok
	5	Kezelő egységek a büntetés-végrehajtásban
2.	Kezelés kezdete – hónap	
3.	Kezelés kezdete – év	
4.	Állt-e már korábban bármikor kezelés alatt?	
	1	Soha
	2	Korábban már kezelték
	0	Nem ismert
5.	Beutalás eredete	
	1	Saját maga jelentkezett
	2	Családi- / baráti kör
	3	Másik kábítószer kezelő/ellátó hely
	4	Háziorvos
	5	Kórház / egyéb egészségügyi intézmény
	6	Szociális ellátó intézmény
	7	Bíróság / feltételes szabadlábra helyezés / rendőrség
	8	Egyéb
	0	Nem ismert

Szocio-demográfiai jellemzők

6.	Nem	
	1	Férfi
	2	Nő
	0	Nem ismert
7.	Életkor	
8.	Születés éve	
9.	Családi állapot (jelenleg kivel él)	

	1	Egyedül
	2	Szülőkkel
	3	Gyermekeit egyedül nevelő
	4	Élettárssal (kettesben)
	5	Élettárssal és gyermek(ek)kel
	6	Barátokkal
	7	Egyéb
	0	Nem ismert
10.	Lakhatási körülmények (jelenleg hol él)	
	1	Rendezett szállás-körülmények
	2	Rendezetlen szállás-körülmények
	3	Intézményben (börtön, klinika)
	0	Nem ismert
11.	Állampolgárság	
	1	Magyar állampolgár
	2	EU-tagállam állampolgára
	3	Egyéb ország állampolgára
	0	Nem ismert
12.	Munkaügyi státusz	
	1	Rendszeresen foglalkoztatott
	2	Tanuló / hallgató
	3	Gazdaságilag inaktív (nyugdíjas, háztartásbeli, rokkantnyugdíjas)
	4	Munkanélküli
	5	Egyéb
	0	Nem ismert
13.	Legmagasabb befejezett iskolai végzettség	
	1	Soha nem járt iskolába / nem fejezte be az alapfokú iskolát
	2	Alapfokú iskolai végzettség
	3	Középfokú iskolai végzettség
	4	Felsőfokú iskolai végzettség
	0	Nem ismert

A kábítószer-használat jellemzői

14.	Elsődleges (primer) kábítószer		
	1	Opiátok (összes)	
		11	heroin
		12	metadon
		13	egyéb opiátok
	2	Kokain (összes)	
		21	kokain
		22	crack
	3	Stimulánsok (összes)	
		31	amfetaminok
		32	MDMA és egyéb származékok
		33	egyéb stimulánsok
	4	Altatók és nyugtatók (összes)	
		41	barbiturátok
		42	benzodiazepinek
		43	egyebek
	5	Hallucinogének (összes)	
		51	LSD
		52	Egyéb hallucinogének
	6	Illékony inhalánsok („szipu”)	

	7	Kannabisz (összes)
	8	Egyéb anyagok (összes)

15.		Már részesült szubsztitúciós kezelésben			
	a	Heroin	Igen	Nem	Nem ismert
	b	Metadon	Igen	Nem	Nem ismert
	c	Egyéb opiátok	Igen	Nem	Nem ismert
	d	Más anyagok	Igen	Nem	Nem ismert
16.		Szervezetbe juttatás leggyakoribb módja (elsődleges kábítószer)			
	1	Injekció			
	2	Elszívás / belégzés			
	3	Szájon át			
	4	Szippantás			
	4	Egyéb			
	0	Nem ismeretes			
17.		Használat gyakorisága			
	1	Az elmúlt hónapban nem használt/ alkalmyszerűen használt			
	2	Hetente egyszer vagy ritkábban			
	3	Hetente 2-6 napot			
	4	Naponta			
	0	Nem ismeretes			
18.		Életkor az elsődleges kábítószer első használatakor			
19.		Egyéb jelenleg is használt (szekunder) kábítószer			
	1	Opiátok (összes)			
		11	heroin		
		12	metadon		
		13	egyéb opiátok		
	2	Kokain (összes)			
		21	kokain		
		22	crack		
	3	Stimulánsok (összes)			
		31	amfetaminok		
		32	MDMA és egyéb származékok		
		33	egyéb stimulánsok		
	4	Altatók és nyugtatók (összes)			
		41	barbiturátok		
		42	benzodiazepinek		
		43	egyebek		
	5	Hallucinogének (összes)			
		51	LSD		
		52	egyéb hallucinogének		
	6	Illékony inhalánsok (szípu)			
	7	Kannabisz (összes)			
	8	Alkohol			
	9	Egyéb anyagok			
		91	Nikotin		
		92	Egyéb		
20.		Valaha injektált / jelenleg (az elmúlt 30 napban) injektál-e?			
	1	Valamikor már igen, de jelenleg nem			
	2	Jelenleg injektál			
	3	Soha nem injektált			
	0	Nem ismeretes			
21.		Játékszenvedély fennáll?			

	1	Igen
	2	Nem
	0	Nem ismert

6. TDI– elterelés kérdőív

Generált kód	[kód, nem módosítható] lsd. a TDI leírást
Intézmény azonosító	[kód, nem módosítható]
Határozat dátuma	[dátum]
Határozat típusa	[lista] Ügyészi vádelhalasztás dátuma Bíróági felfüggesztés dátuma
Elterelés típusa	[lista] Megelőző-felvilágosító szolgáltatás Kábítószer-használatot kezelő más ellátás Kábítószer-függőséget gyógyító kezelés
Igazolás kiadásának dátuma	[dátum]
Jelentkezés dátuma	[dátum]
Irányítószám	
Lakhely jellege	[lista] Budapest / Megyei jogú város / Város / Község
Budapesti lakhely kerülete	[lista] I.-XIII.
Anyja születési országa	
Apja születési országa	
Kliens születési országa	
Etnikai hovatartozás	[lista] nincs adat / bolgár / ... / ukrán
Korábbi elterelés	[lista] igen / nem
Korábbi elterelés éve	
Korábbi elterelés típusa	[lista] Megelőző-felvilágosító szolgáltatás Kábítószer-használatot kezelő más ellátás Kábítószer-függőséget gyógyító kezelés
Kábítószerfüggő	[lista] nincs adat / igen / nem
Bűncselekmény időpontja	[dátum]
Bűncselekmény helye	[lista] Budapest / Megyei jogú város / Város / Község
Budapesti bűncselekmény kerülete	[lista] I.-XIII.
Bűncselekmény elkövetésének színtere	[lista] település közterülete / szórakozóhely / o, kn, gyi, gyy, km intézmény / magánlakás /egyéb közterület
Bűncselekmény típusa	[check box, nincs alapértelmezett] termesztés előállítás; megszerzés; tartás; szállítás
Kábítószer típusa	[check box] marihuána; hasis; amfetamin; metamfetamin /származék; LSD; Heroin; Kokain; Egyéb
Kábítószer típus megnevezés	
Egyéb kapcsolódó bűncselekmény	[lista] nem/igen
Egyéb kapcsolódó bűncselekmény megnevezése	
Bűncselekmény színtere – egyéb	[lista] igen/nem
Bűncselekmény színtere – egyéb	
Korábbi büntetőügy	[lista] igen/nem
Állapotfelmérő intézmény	[lista] Drogambulancia / Addiktológiai gondozó / Pszichiátriai gondozó / Addiktológiai osztály / Pszichiátriai osztály / Pszichiátriai járóbetegrendelés
Aktuális szolg. hányadik, amelyik fogadja	

7. EuropASI

EuropASI

Addikció Súlyossági Index (Európai változat)¹

Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Budapest, 2000

KITÖLTÉSI UTASÍTÁSOK

1. Ne hagyjon üres négyzeteket
Használja a témának megfelelő kódokat:

X = a kérdést nem választották meg

N = a kérdés nem alkalmazható

Témánként csak egy jelet használjon.
2. A bekarikázott témákra a folytatás szerint kérdezzen.
A csillaggal jelölt témák felhalmozódnak és a folytatásban újra rájuk fogunk kérdezni. (lásd a kézikönyvet)
3. Az egyes szakaszok után helyet tartunk fenn a kiegészítő kommentárok számára.

Kábítószer súlyosság fokozati index

(Európai változat) 1.

1. Az amerikai 5. Kiadás (McLellan, 1992)

Szerzői: A. Kokkevi, C. Hartgers,

A. Uchtenhagen (1994).

SÚLYOSSÁGI ÉRTÉKELÉS

A súlyossági értékeléseket a kérdező becslés alapján állítja ki, annak megfelelően, hogy a páciens egyes területeken milyen súlyossággal kapcsolatos kezelésre szorul.

A skála 0-tól (nincs szükség kezelésre) 9-ig terjed (életveszéllyel fenyegető helyzet miatt halaszthatatlan kezelésre van szükség).

Minden értékelés a páciens kórtörténetére épül, figyelembe veszi igényét arra, hogy az adott területeken milyen kezelésre van szüksége. A súlyossági értékelés részletes leírásának eredetéről az eljárásokról és a szabályokról lásd a kézikönyvet.

Megjegyzendők: a súlyossági értékelések szabadon választhatók.

Problémák	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Orvosi										
Munkával kapcsolatos										
Alkohol										
Drog										
Összeütközés a törvénnyel										
Családi, illetve szociális jellegű										
Pszichológiai										

A PÁCIENS ÉRTÉKELÉSI SKÁLÁJÁNAK ÖSSZEFOGLALÁSA

(nincs értékelés)

0 - egyáltalán nem

1 - enyhén

2 - mérsékelten

3 - jelentősen

4 - szélsőségesen

A. I.D.

Szám

B. A kezelés típusa ☐

1. Járóbeteg detoxikáció
2. Otthoni detoxikáció
3. Járóbetegként pótszert kapott
4. Járóbetegként leszoktatás

5. Bentfekvő leszoktatás

6. Nappali kórház

7. Pszichiátriai kórház

8. Más kórház, osztály

9. Egyéb

0. Nem részesült kezelésben

C. A felvétel időpontja

év hónap nap

D. Az interjú időpontja

E. Idejének kezdete:

óra perc

F. Idejének vége:

G. Osztály

1. Intake - első jelentkezés

☐

2. Follow up - utánkövetés

H. A kapcsolatfelvétel kódja

1. személyesen

☐

2. telefonon

I. Neme:

1. férfi

☐

2. nő

J. A kérdező kódjának száma

K. Speciális ☐

1. A páciens befejezte

2. A páciens visszautasítja

3. A páciens nem képes válaszolni

Választható témák

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓ

1. Jelenlegi lakóhelye ☐

1. Nagyváros

(100.000 lakosnál nagyobb)

2. Közepes város

(10.000 és 100.000 lakos között)

3. Kis (falusi település 10.000 lakosnál kisebb)

2. A város irányítószáma

3. Mióta él ezen a címen?

4. A ház, melyben lakik, a páciens vagy a családja tulajdona?

0 - Nem

☐

1 - Igen

5. Kor

6. Állampolgárság

.....

7. Az ország, amelyben született:

a válaszoló:

az apja:

az anyja:

8. Volt-e ellenőrzött közegben az elmúlt 30 napban?

1 - nem

☐

2 - börtönben

3 - alkohol vagy kábítószer elvonókúrán

4 - orvosi kezelésen

5 - pszichiátriai kezelésen

6 - csak detoxikáción

7 - máson

9. Hány napig?

ORVOSI ÁLLAPOT

1. Élete során hány alkalommal került kórházba orvosi problémák miatt?

(Itt nem vesszük figyelembe a detoxikációt, DE túl-
adagolást és delírium treatment igen.)

2. Mikor került utoljára kórházba orvosi problémák miatt?

év hó

3. Van-e valami olyan krónikus orvosi problémája, amely zavarja életvitelében?

0 - nincs

1 - van

.....

részletezze

4. Megfertőződött-e valaha hepatitiszrel?

0 - nem

1 - igen

2 - nem tudom

3 - nem hajlandó válaszolni

5. Megvizsgálták-e, hogy HÍV pozitív-e?

0 - nem

1 - igen

2 - nem tudom

3 - nem hajlandó válaszolni

6. Ha igen, hány hónappal ezelőtt?

7. Mi volt az eredménye?

0 - HÍV negatív

1 - HÍV pozitív

2 - nem tudja

3 - nem hajlandó válaszolni

8. Szed-e rendszeresen valami orvos által előírt gyógyszert testi panaszaira?

0 - nem

1 - igen

9. Kap-e valamilyen nyugdíjat rokkantsága miatt?

(Itt a pszichiátriai rokkantság nem vehető
figyelembe.)

0 - nem

1 - igen

10. Kezelte-e orvos egészségügyi problémák miatt az elmúlt 6 hónapban?

0 - nem

1 - igen

11. Hány napig voltak orvosi panaszai az elmúlt 30 napban?

A 12. és 13. KÉRDÉS MEGVÁLASZOLÁSAKOR HASZNÁLJA A PÁCIENS ÉRTÉKELÉSI SKÁLÁJÁT

12. Mennyire zavarták Önt ezek az orvosi panaszok az elmúlt 30 napban?

13. Mennyire fontos az Ön számára, hogy ezen orvosi problémák miatt kezelésben részesüljön?

A KÉRDEZŐ SÚLYOSSÁGI BECSLÉSE

14. Becslése szerint, mennyire szorul rá a páciens orvosi kezelésre?

BIZALMI ÉRTÉKELÉS

Az előbbi információkat jelentősen eltorzította

15. A páciens megtévesztő taktikája?

0 - nem

1 - igen

16. Képes volt-e a páciens megérteni a kérdezőt?

0 - nem

1 - igen

Megjegyzés:

**FOGLALKOZÁSI HELYZET ÉS AZ ANYA-
GI TÁMOGATOTTSÁG**

1. Az iskolázással eltöltött évek száma:

2. A felsőbb oktatásban eltöltött évek száma:

3. Legmagasabb iskolai végzettsége:

részletezze:

.....

4. Van-e érvényes vezetői jogosítványa?

0 - nincs

1 - van

☐

5. Mennyi ideig tartott a leghosszabb folyamatos munkája?

év hó

(Lásd a kézikönyvet a definíció miatt.)

6. Mennyi ideig tartott a leghosszabb munkanélküli periódusa?

év hó

7. Van-e rendszeres munkája az utóbbi időben?

☐

részletezze

8. Az elmúlt három évben végzett munkája, illetve rendszeres elfoglaltsága

1 - teljes munkaidőben

☐

2 - részmunkaidőben

(rendszeresen)

3 - részmunkaidőben

(rendszeretlenül, egy-egy napra)

4 - egyetemi hallgató

5 - katonai szolgálatot teljesít

6 - nyugdíjas vagy rokkant

7 - munkanélküli

(vagy háziasszony)

8 - ellenőrzött közegben élt

9. Mennyi ideig dolgozott az elmúlt 30 napban?

(Ne vegye tekintetbe a kábítószer kereskedelmet, a prostitúciót és egyéb illegális tevékenységet.)

Kapott-e pénzt, illetve támogatás a következő forrásokból az elmúlt 30 napban?

10. Munkabér?

0 - nem

1 - igen

☐

11. Munkanélküli segély?

0 - nem

1 - igen

☐

12. Önkormányzati segély?

0 - nem

1 - igen

☐

13. Nyugdíj, jutalék, vagy társadalombiztosítás?

0 - nem

1 - igen

☐

14. Társtól, családtól, vagy barátától származó pénz?

(Személyes kiadásokra)

0 - nem

1 - igen

☐

15. Törvénytelen jövedelem?

0 - nem

1 - igen

☐

16. Prostitúció?

0 - nem

1 - igen

☐

17. Egyéb források?

0 - nem

1 - igen

☐

18. Melyek fenntartásának a legfontosabb forrásai?

(Használja a 10-17-ig terjedő jelzéseket)

☐☐☐

19. Van-e tartozása?

0 - nem

1 - igen

összeg

☐

20. Hány ember függ Öntől nagy részben élelmezés, szállás stb. tekintetében?

☐

21. Az elmúlt 30 napban hány napig dolgozott, illetve voltak-e munkanélküliséggel kapcsolatos problémái?

☐☐

A 22. és 23. kérdéseket tegye fel a páciensnek és használja a páciens értékelési skáláját

22. Mennyire zavarták, vagy nyugtalanították Önt ezek a munkával kapcsolatos problémák az elmúlt 30 napban?

☐

23. Mennyire fontos az Ön számára, hogy ezekben a munkahelyi problémákkal kapcsolatban tanácsokat kapjon?

☐

A KÉRDEZŐ SÚLYOSSÁGI ÉRTÉKELÉSE

24. Hogyan értékeli a páciens igényét a munkával kapcsolatos tanácsokra?

☐

BIZALMI ÉRTÉKELÉS

Az előbbi információkat jelentősen eltorzította:

25. A páciens megtévesztő taktikája?

0 - nem

1 - igen

☐

26. Képes volt a páciens megérteni a kérdezőt?

☐

0 - nem

1 - igen

Megjegyzések:

DROG ÉS ALKOHOL HASZNÁLAT

a. Életkor az első használatkor

b. Rendszeres szerhasználat az egész élet során (években)

c. Hány napot használta az utolsó 30 napban

d. A fogyasztás módjai: 1. szájon át

2. orron át

3. dohányozva

4. nem intravénásan

5. intravénásan

a.

b.

c.

d.

1. Alkohol minden formában

2. Alkohol a normál határ fölött

3. Heroin

4. Metadon (LAAM)

5. Más ópium termékek, fájdalomcsillapítók

6. Orvosságok pirulák (BDZ, Bar, Sed, Hypn)

7. Kokain

8. Amfetamin

9. Cannabisz

10. Hallucinogén szerek

11. Belélegzett szerek

12. Egyebek

13. Naponta több, mint egyfajta anyag (ezek 2-12-ig)

14. Adott-e be injekciót magának?

0 - nem

1 - igen

14/a. Az első injekció beadásakor az életkora,

más injekciók egész élete alatt,

az utóbbi 6 hónap alatt, és az

elmúlt 30 napban.

14./b Az elmúlt 6 hónapban az injekciót:

1 - nem használta közösen

2 - néha megosztotta valakivel

3 - gyakran közösen használta valakivel

15. Hány alkalommal volt:

- delírium tremense

- kábítószerrel túladagolva

16. A kapott kezelések típusai

	alkohol	drog
1. járóbeteg detoxikáció	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. bentfekvő detoxikáció	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. járóbetegként pótszert használt	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. járóbetegként drogmentes	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. bentfekvő drogmentes	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
6. nappali kórház	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. pszichiátriai osztályra, kórházba utalták	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. más kórházban kezelték	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
9. egyéb kezelésben részesült	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

17. Hány hónapig tartott a legutolsó időszak, amikor absztinens, illetve tiszta volt a kezelések hatásaként?

alkohol drog

18. Melyik agyag okozta a legsúlyosabb panaszait?

Jelezzük a következő módon:

00 - nem volt probléma

15 - alkohol és drog (kettős súlyosság)

16 - többféle drog,

amikor nem világos, kérdezzük a páciens.

19. Mennyi ideig tartott legutóbbi önkéntes tartózkodása a legfontosabb szerektől, vagyis amikor nem kezelés hatására mondott le róluk?

(00 - soha nem volt absztinens)

20. Hány hónappal ezelőtt ért véget ez az absztinens állapot?

(00 - még mindig absztinens)

21. Körülbelül mennyit költött az elmúlt 30 napban következő szerekre?

Alkohol
 mennyiség
 kábítószer
 mennyiség

22. Hány napig kezelték járóbetegként az utóbbi 30 napban?

alkohol vagy drogfogyasztás miatt

(NA és AA-val együtt)

23. Az elmúlt három hónapban hány napig voltak:

alkohol problémái

kábítószer problémái

A 26. és 27. KÉRDÉSEKNÉL HASZNÁLJUK A PÁCIENS ÉRTÉKELÉSI SKÁLÁJÁT

24. Mennyire zavarta Önt az elmúlt 30 napban

alkoholproblémák

drogproblémák

miatt.

25. Mennyire volt fontos Önnek, hogy kezelést kapjon:

alkoholpanaszok

kábítószerpanaszok

miatt.

BIZALMI ÉRTÉKELÉS

Az előbbi információkat érezhetően eltorzította

27. A páciens megtévesztő taktikája?

0 - nem

1 - igen

KÉRDEZŐ SÚLYOSSÁGI BECSLÉSE

Hogyan értékeli a páciens szükségletét a kezelésre:

túlzott alkoholfogyasztás

és túlzott drogfogyasztás

28. Képes volt-e megérteni a kérdezőt?

0 - nem

1 - igen

Megjegyzések:

JOGI HELYZET

1. Mostani felvételének kérelmezésére az igazságszolgáltatási rendszer, vagy a rendőrség készítette-e, illetve ezek ajánlására teszi-e?

(Bíró, bírói végzés, feltételes ítélet, ígéret ellenében szabadlábra helyezés stb.)

☐

0 - nem

1 - igen

2. Feltételes szabadlábon van-e, vagy ígéret ellenében bocsátották-e el?

☐

0 - nem

1 - igen

Élete során hány alkalommal ítélték el a következő bűnökért:

3. Kábítószer-kereskedelem, vagy kábítószer birtoklása

☐ ☐

4. Tulajdon elleni bűncselekmények?

☐ ☐

(betörés, kisebb lopás, üzleti lopás, csalás, hamisítás, zsarolás, orgazdaság)

5. Erőszakos bűncselekmények?

☐ ☐

(rablás, támadás, gyújtogatás, nemi erőszak, emberölés, szándékos emberölés)

6. Más bűncselekmények?

☐ ☐

7. Ezen cselekmények folytán milyen ítéleteket kapott?

☐ ☐

Élete során hány alkalommal büntették meg a következők miatt:

8. Szabálytalan vezetés, csavargás, nyilvános lerészegedés

☐ ☐

9. Prostitúció

☐ ☐

10. Vezet-e kábítószer hatása alatt?

☐ ☐

11. A közlekedési szabályok megszegése

(ideges vezetés, sebesség túllépés, jogosítvány nélküli vezetés stb.)?

☐ ☐

12. Hány hónapig tartották fogva az élete folyamán?

(Ha több bűnben is elmarasztalták, használja a súlyosabb kódot.)

13. Mennyi ideig tartott legutóbbi őrizetben tartása?

17. Az utóbbi 30 napban hány napig tartották fogdában, vagy börtönben?

14. Mi volt ennek az oka?

18. Az elmúlt 30 napban mennyi ideig vállalkozott illegális tevékenységre, haszon érdekében?

(Használja a 03-06 kódot, és a 08-11 kódokat. Amennyiben több vétket is követett el, használja a súlyosabb kódot.)

A 19. és 20. KÉRDÉSEK ESETÉBEN KÉRJE MEG A PÁCIENSET, HOGY HASZNÁLJA SAJÁT ÉRTÉKELÉSI SKÁLÁJÁT.

15. Vár-e jelenleg vádemelésre, tárgyalásra, vagy ítéletre?

0 - nem

1 - igen

19. Mennyire súlyosnak érzi jelenlegi összeütközését a törvénnyel?

(Magánéleti problémák nem számítanak.)

16. Milyen ügyekben?

20. Mennyire fontosnak érzi azt, hogy most jogi tanácsban, vagy utasításokban részesüljön e jogi problémái megoldására?

A KÉRDEZŐ ÉRTÉKELÉSE A PROBLÉMÁKRÓL

21. Hogyan értékeli, mennyire van szüksége a páciensnek jogi szolgáltatásokra, illetve tanácsokra?

BIZALMI ÉRTÉKELÉS

A fenti információkat érezhetően eltorzította:

22. A páciens megtévesztő taktikája?

0 - nem

1 - igen

23. Képes volt-e a páciens arra, hogy megértse a kérdezőt?

0 - nem

1 - igen

egjegyzések:

CSALÁDTÖRTÉNET

Hozzá tartozói közül ki volt komolyabb alkoholist, ki használt kábítószer, kinek voltak problémái, oly mértékben, hogy ezek miatt kezelésben részesült, vagy kezelésre szorult?

		alkohol	drog	
pszich.				
<u>Anyai ág</u>	anya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nagymama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nagypapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nagynéni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nagybácsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	más rokon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Apai ág</u>	apa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nagymama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nagypapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Testvérek

nagynéni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nagybácsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
más rokon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. fivér	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. fivér	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. nővér	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. nővér	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mostoha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
testvérek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utasítás:

Jelölje 0-val az érvényes kategóriába eső családtagot, amikor a válasz nem vonatkozik a kategóriába eső összes családtagra, Jelölje 1-gyel, amikor a válasz világosan a kategóriában eső családtagra vonatkozik, Jelölje X-szel, amikor a válasz bizonytalan, vagy nem tudom,

amikor soha nem esett családtag ebbe a kategóriába, jelölje a legproblemátikusabb testvért, akkor, ha több, mint két testvér esik egy kategóriába.

CSALÁDI ÉS SZOCIÁLIS VISZONYOK

1. Családi helyzete:

1. házas	<input type="checkbox"/>
2. újból házasodott	
3. özvegy	
4. külön él	
5. elvált	
6. soha sem volt házas	

2. Mióta van ebben a családi helyzetben

(ha sohasem házasodott meg 18 éves kora óta) ☐ ☐

3. Elégedett-e ezzel a helyzettel?

0 - nem

1 - közömbös

2 - igen

☐

4. Rendszeres életviszonyai (az elmúlt 3 évben)?

1. szexuális partnerrel és gyermekkel él

2. csak szexuális partnerrel él

3. csak gyermekkel él

4. szülőkkel él

5. családdal él

6. barátokkal él

7. egyedül él

8. ellenőrzött közegben él

9. nem él állandó viszonyok között

☐

5. Mennyi ideje él jelenlegi viszonyai között?

(Amennyiben szülőkkel, vagy családban él 18 éves kora óta)

☐☐

6. Elégedett-e jelenlegi életkörülményeivel?

0 - nem

1 - közömbös

2 - igen

☐

ÉL-E VALAKIVEL,...

(0 - igen 1 - nem)

6/a. akinek jelenleg alkohol panaszai vannak?

☐

6/b. aki pszichoaktív kábítószeret használ?

☐

7. Kivel tölti el szabadidejének legnagyobb részét?

☐

1. családdal, akiknek jelenleg nincs alkohol, vagy kábítószer problémája

2. családdal, akiknek jelenleg alkohol és kábítószer problémái vannak

3. barátokkal, akiknek jelenleg nincs alkohol, vagy kábítószer problémái

4. barátokkal, akiknek jelenleg alkohol és kábítószer problémái vannak

5. egyedül

8. Elégedett-e azzal, ahogy most a szabadidejét eltölti

0 - nem

1 - közömbös

2 - igen

☐

9. Hány közeli barátja van? ☐

Utasítások a 9/a.-18-ig terjedő kérdések kitöltéséhez:

- jelölje 0-val a vonatkozó kategóriát, amikor a válasz világosan nem, valamennyi kategóriába eső rokonra vonatkozik,
- jelölje 1-gyel, ha a válasz világosan vonatkozik minden a kategóriába eső rokonra,
- jelölje X-szel, ha a válasz bizonytalan, vagy "nem tudom",
- jelölje N-nel, ha soha nem volt rokon az említett kategóriába.

9/a. Volt-e közeli, hosszabb ideig tartó, személyes kapcsolata a következő személyekkel az élete során?

anya ☐

apa ☐

fivérek-nővérek ☐

szexuális partner ☐

házastárs ☐

gyermek ☐

barátok ☐

Volt-e hosszabb időszakban komolyabb problémája az említett személyekkel? (0 - nem 1 - igen)

	elmúlt 30 nap	életesorán
10 - anya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - apa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - fivér - nővér	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - szexuális partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- házastárs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - gyermekek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - más jelentősebb családtag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - közeli barát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - szomszéd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - munkatárs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Az említett személyek (10-18-ig) visszaéltek-e az ön helyzetével? (?) 0 - nem 1 - igen

	elmúlt 30 nap	életesorán
--	---------------	------------

18/a. Érzelmileg, ☐ ☐
(amennyiben fájdalmat okoztak Önnek szidalmakkal)

18/b. Fizikailag, ☐ ☐
(fizikai sérüléseket okoztak Önnek)

18/c. Szexuálisan ☐ ☐
(szexuális közeledésre, vagy aktusra kényszerítették)

19. Az elmúlt 30 napban hány napig voltak komolyabb konfliktusai?

A. a családjával ☐ ☐

B. más személyekkel ☐ ☐

20-23. KÉRDÉSEKNÉL HASZNÁLJA A PÁCIENS ÉRTÉKELÉSI SKÁLÁJÁT

Mennyire zavarták vagy zaklatták Önt az elmúlt 30 napban

20. családi problémák

☐

21. társadalmi problémák?

☐

Mennyire fontos Önnek, hogy kezelésben, vagy tanácsadásban részesüljön?

22. családi problémák miatt

☐☐

23. társadalmi problémák miatt?

A KÉRDEZŐ ÉRTÉKELÉSE

24. Mennyire értékeli a páciens szükségletét, családi és/vagy társadalmi tanácsadásra?

☐

BIZALMI ÉRTÉKELÉS

Az előbbi információkat érezhetően eltorzította

25. A páciens megtévesztő taktikája?

0 - nem

☐

1 - igen

26. Képes volt-e a páciens megérteni a kérdezőt?

0 - nem

☐

1 - igen

Megjegyzések:

PSZICHIÁTRIAI HELYZET

1. Hány alkalommal állt pszichológiai, vagy érzelmi problémák miatt kezelés alatt?

- bentfekvő betegként

- járóbetegként

2. Kap-e nyugdíjat pszichiátriai rokkantság miatt?

0 - nem

1 - igen

Volt-e hosszabban tartó korszaka, (amikor nem drog, vagy alkohol használat közvetlen következményeként) a következő problémákkal kellett küzdenie:

(lásd a kézikönyvet a definíciók miatt).

0 - nem

1 - igen

3. Komoly depresszió?

elmúlt 30 nap

életesorán

4. Komoly nyugtalanság, vagy feszültség?

5. Gondok a megértéssel, a koncentrálással, az emlékezéssel?

6. Voltak-e hallucinációi?

7. Voltak-e gondjai azzal, hogy uralkodjon erőszakos magatartásán?

8. Előírtak-e Önnek valamilyen gyógykezelést pszichológiai, vagy érzelmi problémáira?

9. Voltak-e komoly öngyilkossági gondolatai?

10. Megkísérelt-e ön gyilkosságot?

10/a. Hány alkalommal kísérelt meg öngyilkosságot?

11. Az elmúlt 30 napban hány napig küzdött ezekkel a pszichológiai, vagy érzelmi problémákkal?

☐☐

14. Láthatóan depressziós, illetve zárkózott volt

20. Hogyan értékeli, mennyire van szüksége a páciensnek, pszichológiai, pszichiátriai kezelésre? ☐

A 12-13. KÉRDÉSEKNÉL HASZNÁLJA A PÁCIENS ÉRTÉKELÉSI SKÁLÁJÁT

15. Láthatóan ellenséges volt ☐

12. Mennyire zavarták, vagy nyugtalanították Önt ezek az érzelmi, vagy pszichológiai problémák az elmúlt 30 napban? ☐

16. Láthatóan nyugtalan, ideges volt ☐

BIZALMI ÉRTÉKELÉS

Az előbbi információkat érezhetően eltorzította

13. Mennyire fontos az Ön számára, hogy a pszichológiai problémák miatt kezelésben részesüljön? ☐

17. Problémái voltak a valóságérzékeléssel, szabálytalanul gondolkodott, paranoid eszméi voltak ☐

21. A páciens megtévesztő taktikája?

0 - nem

1 - igen

18. Megértési, koncentrálási, visszaemlékezési problémái voltak ☐

19. Öngyilkossági gondolatai voltak ☐

22. A páciens képtelensége arra, hogy megértse a kérdéseket?

0 - nem

1 - igen

A KÖVETKEZŐ TÉMÁKAT A KÉRDEZŐNEK KELL KIEGÉSZÍTENIE

Az interjú idején a páciens: (0 - nem
1 - igen)

A KÉRDEZŐ ÉRTÉKELÉSE

Megjegyzések:

☐

8. Camberwell Szükségletfelmérési Interjú

--	--	--	--

CAN-R-HU

CAMBERWELL SZÜKSÉGLETFELMÉRÉSI INTERJÚ

KUTATÁSI VÁLTOZAT

Neve:

Általános dátum: 20 ... / ... / ...

Készítőjének a neve:

helyszíne:

© A CAN felnőtt változatát Mike Slade, Graham Thornicroft, Linda Loftus, Michael Phelan és Til Wykes (1999) készítették (Health Services Research Department Institute of Psychiatry, London). További információ: www.iop.kcl.ac.uk/prism/can.

© A magyar változatot Demetrovics Zsolt és Lackó Zsuzsa (2004) készítették (ELTE Pszichológiai Intézet, Addiktológiai Tanszéki Szakcsoport). További információ: demetrovics@t-online.hu.

1. LAKHATÁS

Hol lakik Ön (saját lakásban, albérletben, szállón stb.)?
Milyen jellegű helyen lakik?

I. Van-e hol laknia a betegnek?			) 1) i			
0 pontszám	1 pontszám jelentése	2 példa				
0 pont	Nincs probléma	A betegnek megfelelő otthona van (még ha most éppen kórházban)				
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott	A beteg védett szállón vagy otthonban lakik				
2 pont	összönhetően					
3 pont	jelentős mértékű probléma	A beteg hajléktalan, lakhatása bizonytalan, vagy otthonából olyan				
4 pont	Nem ismert	tások hiányoznak, mint a víz vagy az áram				

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

II. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól lakhatását illetően?			) 1) i			
0 pontszám	1 pontszám jelentése	2 példa				
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap					
1 pont	Kevés segítséget kap	Alkalmanként kap tőlük néhány bútort				
2 pont	Közepes mértékű segítséget kap	Fontos segítséget kap a lakás fejlesztésében, mint pl. tapétázás				
3 pont	Sok segítséget kap	Rokonokkal él, mert az önálló lakásviszonyok nem megfelelők				
4 pont	Nem ismert					

III. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg a lakhatásához?			) 1) i			
IV. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek a lakhatásához?			) 1) i			
0 pontszám	1 pontszám jelentése	2 példa				
0 pont	Nemennyi					
1 pont	Kevés segítség	Kiseb javítások, lakás (szállás) közvetítő címe				
2 pont	Közepes mértékű segítség	Nagyobb fejlesztések, lakásközvetítőhöz fordulás				
3 pont	Sok segítség	Új lakásban helyezik el, szállón vagy menhelyen él				
4 pont	Nem ismert					

V. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg a lakhatásához?			) 1) i			
0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert						
VI. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével, amit a lakhatásához kap?			) 1) i			
0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert						

2. ÉLELEM

Milyen ételt eszik? Eszik-e rendszeresen?

Képes-e Ön bevásárolni és elkészíteni magának az ételt?

IV. Nehézséget okoz-e a betegnek, hogy elég ételhez jusson?

pontszám	pontszám jelentése	példa
0 pont	Nincs probléma	Ételes bevásárolni és elkészíteni az ételt
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott ösztönhetően	Nem képes elkészíteni az ételt, azt biztosítják a számára
2 pont	Comoly a probléma	Nem jut elegendő, illetve megfelelő ételhez
3 pont	Nem ismert	

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól ahhoz, hogy eleget egyen?

pontszám	pontszám jelentése	példa
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	Íetente vagy ritkábban biztosítanak neki ételt
1 pont	Évés segítséget kap	Íeti segítség a bevásárlásban, vagy biztosítanak számára ételt, mint hetente, de ritkábban, mint naponta
2 pont	Özepes mértékű segítséget kap	Biztosítják számára a napi élelmet
3 pont	Ók segítséget kap	
4 pont	Nem ismert	

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg, hogy elegendő ételhez jusson?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek, hogy elegendő ételhez jusson?

pontszám	pontszám jelentése	példa
0 pont	Nemennyi	Íetente 1-4 étkezését biztosítják, vagy napi egy étkezéshez segítséget kap
1 pont	Évés segítség	Íetente több mint 4 étkezését biztosítják, vagy minden étkezéshez kap segítséget
2 pont	Özepes mértékű segítség	Íalamennyi étkezését biztosítják
3 pont	Ók segítség	
4 pont	Nem ismert	

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg ahhoz, hogy eleget egyen?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével, amit ahhoz kap, hogy eleget egyen?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

3. HÁZTARTÁSVEZETÉS

Képes-e Ön az önálló háztartásvezetésre?

Kap-e valakitől segítséget a háztartásvezetésben?

0	1	9	ismert
---	---	---	--------

I. Vannak-e nehézségei a háztartásvezetésben?

0 pontszám 9 pontszám jelentése

- | | | |
|--------|---|--|
| 0 pont | Nincs probléma | 0 példa
Lehet, hogy a lakás rendetlen, de alapjában véve tisztán tartja |
| 1 pont | Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott | 1 Nem képes az önálló háztartásvezetésre, de rendszeres segítséget |
| 2 pont | őszönhetően | |
| 3 pont | őmoly a probléma | 3 Otthona piszkos, akár az egészségre is veszélyes lehet |
| 4 pont | Nem ismert | |

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

0	1	9	ismert
---	---	---	--------

II. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

háztartás vezetéséhez?

0 pontszám 9 pontszám jelentése

- | | | |
|--------|-------------------------------|---|
| 0 pont | Nemennyi segítséget sem kap | 0 példa |
| 1 pont | kevés segítséget kap | 1 Alkalmanként buzdítják, vagy segítik a rendrakásban, takarításban |
| 2 pont | őzepes mértékű segítséget kap | 2 legalább egyszer egy héten takarításra buzdítják, vagy segítenek a |
| 3 pont | ők segítséget kap | 3 , takarításban |
| 4 pont | Nem ismert | 4 Irti 1 alkalomnál gyakrabban ellenőrzi valaki, kimossa a szennyesét, otthonát |

0	1	9	ismert
---	---	---	--------

III. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg a háztartás

vezetéséhez?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek

háztartása vezetéséhez?

0 pontszám 9 pontszám jelentése

- | | | |
|--------|-------------------------|--|
| 0 pont | Nemennyi | 0 példa |
| 1 pont | kevés segítség | 1 A személyzet buzdítása |
| 2 pont | őzepes mértékű segítség | 2 Nemi segítség a háztartási munkákban |
| 3 pont | ők segítség | 3 A háztartási munka nagy részét a személyzet végzi el |
| 4 pont | Nem ismert | |

0	1	9	ismert
---	---	---	--------

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg a háztartásvezetéshez?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

0	1	9
---	---	---

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a háztartása

vezetéséhez kapott segítség mértékével?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

4. ÁPOLTSÁG

Problémát okoz-e az Ön számára, hogy ápolat és rendezett legyen?

Szükséges-e, hogy valaki emlékeztesse Önt arra, hogy törődjön az ápoltságával? Kicsoda?

--	--	--	--

I. Nehézséget okoz-e a betegnek, hogy gondoskodjon

ápoltságáról?

pontszám *pontszám jelentése*

0 pont Nincs probléma

példa

Lehet, hogy a megjelenése néha furcsa vagy rendetlen, de

1 pont Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott
öszönhetően

szta

gényel és kap is segítséget ahhoz, hogy ápolat és tiszta legyen

2 pont Komoly a probléma

Szegényes testi higiénia, bűzlik

3 pont Nem ismert

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

--	--	--	--

II. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

ahhoz, hogy megfelelően gondoskodjon ápoltságáról?

pontszám *pontszám jelentése*

0 pont Semennyi segítséget sem kap

példa

1 pont Zévé segítséget kap

dönként figyelmeztetik, hogy váltsón ruhát

2 pont Zözepes mértékű segítséget kap

ürdöt engednek neki, és ragaszkodnak hozzá, hogy

3 pont Sok segítséget kap

jon; naponta figyelmeztetik

4 pont Nem ismert

Napi segítséget kap a tisztálkodásban

--	--	--	--

III. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg ahhoz, hogy

megfelelően gondoskodjon ápoltságáról?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek,

ahhoz, hogy megfelelően gondoskodjon ápoltságáról?

pontszám *pontszám jelentése*

0 pont Semennyi

példa

1 pont Zévé segítség

dönként figyelmeztetik

2 pont Zözepes mértékű segítség

letente ellenőrzik, hogy tisztálkodott-e

3 pont Sok segítség

ápoltságát rendszeresen ellenőrzik, tisztálkodásra szoktató program

4 pont Nem ismert

--	--	--	--

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg ahhoz, hogy

megfelelően gondoskodjon ápoltságáról?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

--	--	--	--

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség

értékével, amelyet megfelelő ápoltsága fenntartásához kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

--

5. NAPKÖZBENI TEVÉKENYSÉGEK

Mivel tölti Ön el egy napját? Mit csinál napközben?

Van-e elegendő tennivalója?

IV. Van-e a betegnek nehézsége abban, hogy megfelelő és

rendszeres tevékenységekkel töltsse ki a mindennapjait?

0 pontszám 1 pontszám jelentése

0 pont Nincs probléma

1 pont Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott
összönhetően

2 pont Komoly a probléma

3 pont Nem ismert

0 péld

Teljes állásban van, vagy kellően leköti a háztartási munka, illetve a
vitások

Nem tudja elfoglalni magát, ezért nappali centrumba, foglalkoztatóba

Nincs semmilyen munkája, és nem köti le kellően sem a háztartási
a társas aktivitás

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

ahhoz, hogy megfelelő, rendszeres tevékenységekkel töltsse a mindennapjait?

0 pontszám 1 pontszám jelentése

0 pont Semennyi segítséget sem kap

1 pont Éves segítséget kap

2 pont Közepes mértékű segítséget kap

3 pont Sok segítséget kap

4 pont Nem ismert

0 péld

Alkalmi tanácsokat kap napközbeni tevékenységéhez

Szerveznek neki napközbeni elfoglaltságot, pl.: felnőtt képzésre vagy
umba jár

Áegszervezik a mindennapos tevékenységét

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg, ahhoz hogy

megfelelő, rendszeres tevékenységekkel töltsse a mindennapjait?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek,

ahhoz, hogy megfelelő, rendszeres tevékenységekkel töltsse a mindennapjait?

0 pontszám 1 pontszám jelentése

0 pont Semennyi

1 pont Éves segítség

2 pont Közepes mértékű segítség

3 pont Sok segítség

4 pont Nem ismert

0 péld

Áetánítás/felnőtt oktatás

Áédett munkahely. Heti 2-4 napot nappali centrumban tölt.

Áappali kórházba vagy nappali centrumba jár minden nap

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg annak érdekében, hogy

megfelelő, rendszeres mindennapi tevékenysége legyen?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség

mértékével, amelyet a napközbeni tevékenységéhez kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

6. TESTI EGÉSZSÉG

Van-e testi betegsége? Hogy érzi magát fizikailag?

Kap-e orvosi kezelést a testi problémák, betegségek gyógyítására?

IV. Van-e a betegnek bármilyen testi fogyatékossága vagy

betegsége?

Pontszám

Pontszám jelentése

Példa

0 pont

Nincs probléma

Fizikailag jól van

1 pont

Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott
összönhetően

Van testi betegsége, pl. magas vérnyomás, amelyet azonban
kezelnek

2 pont

Comolya a probléma

Van nem kezelt testi betegsége, problémája (gyógyszer
k is ideértendő)

3 pont

Nem ismert

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

testi egészségével kapcsolatos problémái kezeléséhez?

Pontszám

Pontszám jelentése

Példa

0 pont

Nemennyi segítséget sem kap

Figyelmeztetik, hogy menjen orvoshoz

1 pont

Évés segítséget kap

Elkísérik az orvoshoz

2 pont

Özepes mértékű segítséget kap

Napi segítséget kap (pl. az evésben, a vécézésben, a mozgáshoz,
sz)

3 pont

Ok segítséget kap

4 pont

Nem ismert

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg a testi

egészségével kapcsolatos problémái kezeléséhez?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek,

egészségével kapcsolatos problémái kezeléséhez?

Pontszám

Pontszám jelentése

Példa

0 pont

Nemennyi

Étrenddel kapcsolatos vagy egyéb tanácsokat kap

1 pont

Évés segítség

Előírt gyógykezelés. Rendszeresen látja háziorvos vagy ápoló

2 pont

Özepes mértékű segítség

Gyakori kórházi felülvizsgálat. Az otthoni környezet a betegséghez, illetve
alkalmazkodó átalakítása.

3 pont

Ok segítség

4 pont

Nem ismert

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg a testi

egészségével kapcsolatos problémái kezeléséhez?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével,

amelyet a testi egészségével kapcsolatos problémái kezeléséhez kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

7. PSZICHOTIKUS TÜNETEK

Szokott-e hangokat hallani, vagy vannak-e problémái a gondolataival?

Kap-e gyógyszereket vagy injekciót? Milyen okból, milyen betegségre kapja?

. Vannak-e pszichotikus tünetei a betegnek?						
pontszám	pontszám jelentése	példa				
0 pont	Nincs probléma	pozitív tünetek (pl. hallucinációk) hiánya, nincs pszichózisveszély, gyógyszer				
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott ösztönhetően	A tüneteket sikeresen kezelik gyógyszeresen vagy más módon				
2 pont	Comoly a probléma	Aktuális tünetek, illetve ezek akut veszélye				
3 pont	Nem ismert					

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól pszichotikus tünetei vonatkozásában?						
pontszám	pontszám jelentése	példa				
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	Némi együttérzés és támogatás				
1 pont	Levél segítséget kap	Fontosok bevonása a kezelésbe (megküzdési stratégiák fejlesztése, illetve a jó együttműködés érdekében)				
2 pont	Özöpes mértékű segítséget kap	A gyógyszerelés folyamatos felügyelete, illetve a megküzdési stratégiák fejlesztése				
3 pont	ok segítséget kap					
4 pont	Nem ismert					

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg pszichotikus tünetei vonatkozásában?						
V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek pszichotikus tünetei vonatkozásában?						
pontszám	pontszám jelentése	példa				
0 pont	Nemennyi					
1 pont	Levél segítség	Orvosi ellenőrzés legfeljebb havi 3 alkalommal, támogató csoport				
2 pont	Özöpes mértékű segítség	Havi 3 alkalomnál gyakoribb orvosi ellenőrzés, strukturált pszichoterápia				
3 pont	ok segítség	24 órás kórházi felügyelet vagy otthoni kríziskezelés				
4 pont	Nem ismert					

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg a pszichotikus tüneteinek a kezelése érdekében?						
0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert						
VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével, amelyet pszichotikus tünetei kezelése érdekében kap?						
0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert						

8. TÁJÉKOZTATÁS A BETEG ÁLLAPOTÁRÓL ÉS A KEZELÉSÉRŐL

Kapott-e Ön világos, érthető tájékoztatást a kezeléséről és az alkalmazott gyógyszerekről?

Mennyire segítette Önt, mennyire volt hasznos az Ön számára a tájékoztatás?

II. Kapott-e a beteg érthető szóbeli vagy írásos tájékoztatást az

állapotáról és a kezeléséről?

Pontszám

Pontszám jelentése

Példa

0 pont

Nincs probléma

Megfelelő és érthető tájékoztatást kapott

1 pont

Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott

Nem kapott meg minden szükséges információt, vagy nem értette

2 pont

őszönhetően

3 pont

komoly a probléma

Nem tájékoztatták

4 pont

Nem ismert

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

ahhoz, hogy megfelelő tájékoztatásban részesüljön?

Pontszám

Pontszám jelentése

Példa

0 pont

Nemennyi segítséget sem kap

1 pont

kevés segítséget kap

Kapott némi tanácsot a barátoktól, rokonoktól

2 pont

Közepes mértékű segítséget kap

Szomatikus tanácsokat, szórólapokat kapott, illetve segítettek kapcsolatba

3 pont

ok segítséget kap

szabványos kapcsolattartás az orvosokkal, illetve az önszervező

4 pont

Nem ismert

(barátok, rokonok segítségével)

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg, annak érdekében,

hogy megfelelő tájékoztatásban részesüljön állapotáról, kezeléséről?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek,

ahhoz, hogy megfelelő tájékoztatásban részesüljön?

Pontszám

Pontszám jelentése

Példa

0 pont

Nemennyi

1 pont

Kevés segítség

Kövid szóbeli vagy írásos tájékoztatás a betegségről, illetve a kezeléssel

2 pont

Közepes mértékű segítség

Informáltak az önszervező csoportokról. Alapos szóbeli tájékoztatás a gyógyszeres és egyéb

3 pont

ok segítség

Részletes írásos tájékoztatást vagy specifikus személyes képzést kapott

4 pont

Nem ismert

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg ahhoz, hogy

megfelelő tájékoztatásban részesüljön?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével,

amelyet a megfelelő tájékoztatása érdekében kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

9. PSZICHÉS PROBLÉMÁK

Érezte-e Ön mostanában nagyon szomorúnak vagy lehangoltnak magát?

Érzett-e mostanában túlzott mértékű szorongást, aggodalmat, félelmeket?

IV. Szenved-e a beteg jelenleg pszichés problémáktól?

Pontszám	Pontszám jelentése	Példa
0 pont	Nincs probléma	Alkalmi vagy enyhe pszichológiai problémák
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott	Folyamatos támogatást igényel és kap is
2 pont	Öszönhetően	
3 pont	Comoly a probléma	A szorongás alapvetően befolyásolja a mindennapi életét, pl. szdulni otthonról
4 pont	Nem ismert	

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

II. pszichés problémái kezelése érdekében?

Pontszám	Pontszám jelentése	Példa
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	Némi együttérzést vagy támogatást
1 pont	Évés segítséget kap	Legalább hetente lehetősége van rá, hogy barátjával vagy rokonával
2 pont	Özepes mértékű segítséget kap	roblémáiról
3 pont	ök segítséget kap	Állandó támogatásban, felügyeletben részesül
4 pont	Nem ismert	

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg

III. pszichés problémái kezelése érdekében?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek

IV. pszichés problémái kezelése érdekében?

Pontszám	Pontszám jelentése	Példa
0 pont	Nemennyi	
1 pont	Évés segítség	A lelki állapot felmérése vagy alkalmi támogató beszélgetések
2 pont	Özepes mértékű segítség	Megfelelő pszichoszociális kezelésben részesül. Legalább heti egyszer vesz részt.
3 pont	ök segítség	24 órás kórházi felügyelet vagy kríziskezelés
4 pont	Nem ismert	

V. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg a pszichés

VI. problémái kezelése érdekében?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

VI. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével,

amelyet pszichés problémái kezelése érdekében kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

10. ÖNVESZÉLYESSÉG

Gondolt-e valaha arra, hogy kárt tegyen önmagában? Volt öngyilkossági kísérlete?
Előfordult-e, hogy valamilyen más módon veszélyeztette magát?

IV. Veszélyes-e a beteg önmagára nézve?

pontszám	pontszám jelentése	példa				
0 pont	Nincs probléma	Nincsenek öngyilkossági gondolatai				
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott ösztönhetően	Az öngyilkosság veszélyét a személyzet figyeli, a beteg nem részesül				
2 pont	Comoly a probléma	Érkezett öngyilkossági gondolatok a megelőző hónap során, vagy helyre sodort magát				
3 pont	Nem ismert					

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól, annak érdekében, hogy csökkenjen az önvészélyesség kockázata?

pontszám	pontszám jelentése	példa				
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	Nem lehetősége van rá, hogy kapcsolatba lépjen barátaival vagy rokonaival, ha nem biztonságban				
1 pont	Keves segítséget kap	Lehetősége van rá, hogy kapcsolatba lépjen barátaival vagy rokonaival, ha nem biztonságban				
2 pont	Közepes mértékű segítséget kap	Barátai vagy rokonai többnyire kapcsolatban vannak vele, és valószínűleg nem érzi magát biztonságban				
3 pont	Sok segítséget kap	Rendszeres kapcsolat a barátokkal vagy rokonokkal, akik nagy biztonsággal nem érzi magát biztonságban, és segítséget tudnak nyújtani				
4 pont	Nem ismert					

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg, annak érdekében, hogy csökkenjen az önvészélyesség kockázata?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek, hogy csökkenjen az önvészélyesség kockázata?

pontszám	pontszám jelentése	példa				
0 pont	Nemennyi					
1 pont	Keves segítség	Nem, aki elérhető a számára, ha veszélyben érzi magát				
2 pont	Közepes mértékű segítség	A személyzet legalább hetente ellenőrzi, rendszeres támogató tanácsadásban				
3 pont	Sok segítség	Naponta ellenőrzik, kórházban ápolják				
4 pont	Nem ismert					

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg annak érdekében, hogy csökkenjen az önvészélyesség kockázata?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével, amelyet ahhoz kap, hogy csökkenjen az önvészélyesség kockázata?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

11. KÖZVESZÉLYESSÉG

Gondolja, hogy az Ön viselkedése veszélyes lehet másokra nézve?

Előfordult-e valaha, hogy elvesztette a fejét és megütött valakit?

0	1	2	3
---	---	---	---

I. Jelent-e a beteg akut vagy potenciális veszélyt mások

biztonságára nézve?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nincs probléma	Nincs adat korábbi erőszakos viselkedésre
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott összönhetően	Van ilyen veszély, ezért felügyelet alatt van
2 pont	Comoly a probléma	Acut erőszakosság, közveszélyes viselkedés
3 pont	Nem ismert	

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

0	1	2	3
---	---	---	---

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól, annak

érdekében, hogy csökkenjen a másokra való veszélyességének kockázata?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	
1 pont	Kevés segítséget kap	Heteti vagy annál ritkább segítség az erőszakos viselkedés kezelése
2 pont	Közepes mértékű segítséget kap	Heteti egy alkalomnál gyakoribb segítség az erőszakos viselkedés kében
3 pont	Sok segítséget kap	Majdnem állandó segítség a fenyegető, agresszív viselkedés kezelését
4 pont	Nem ismert	

0	1	2	3
---	---	---	---

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg annak érdekében,

hogy csökkenjen a másokra való veszélyességének kockázata?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek ahhoz,

hogy csökkenjen a másokra való veszélyességének kockázata?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nemennyi	
1 pont	Kevés segítség	Hetente vagy ritkábban ellenőrzik a viselkedését
2 pont	Közepes mértékű segítség	Napi ellenőrzés
3 pont	Sok segítség	Állandó felügyelet. Tréning az indulatszabályozás érdekében
4 pont	Nem ismert	

0	1	2	3
---	---	---	---

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg annak érdekében, hogy

csökkenjen a másokra való veszélyességének kockázata?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

0	1	9
---	---	---

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével,

amit ahhoz kap, hogy csökkenjen a másokra való veszélyességének kockázata?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

0	1	9
---	---	---

12. ALKOHOLPROBLÉMA

Vannak-e Önnek alkoholproblémái?

Szeretné-e abbahagyni az ivást?

0	1	2	3
---	---	---	---

IV. Jellemző-e a betegre a mértéktelen ivás, illetve jelent-e számára problémát az alkoholfogyasztása kontrollálása?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nincs probléma	Kontrollált alkoholfogyasztás
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott észönhetően	Fennáll az alkoholprobléma veszélye, de kap segítséget
2 pont	Komoly a probléma	Ártalmas vagy kontrollálatlan alkoholfogyasztás
3 pont	Nem ismert	

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

0	1	2	3
---	---	---	---

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól az alkoholproblémáit illetően?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	
1 pont	Kevés segítséget kap	Figyelmeztetik, hogy hagyjon fel az ivással
2 pont	Közepes mértékű segítséget kap	Felhívják a figyelmét az Anonim Alkoholisták önsegítő csoportjára
3 pont	Sok segítséget kap	Naponta ellenőrzik az alkoholfogyasztást
4 pont	Nem ismert	

0	1	2	3
---	---	---	---

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg alkoholproblémáit illetően?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek alkoholproblémáit illetően?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nemennyi	
1 pont	Kevés segítség	Felhívják a figyelmét a veszélyekre
2 pont	Közepes mértékű segítség	Részletesen tájékoztatást kap a segítő szervezetekről
3 pont	Sok segítség	Alkoholproblémáit kezelik, elvonókúrában részesül
4 pont	Nem ismert	

0	1	2	3
---	---	---	---

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg alkoholproblémája megoldása érdekében?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

0	1	2	3
---	---	---	---

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével, amelyet az alkoholproblémája megoldásához kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

0	1	2	3
---	---	---	---

13. GYÓGYSZER- ÉS DROGPROBLÉMA

Szed-e Ön olyan gyógyszert, amelynek szedését nem az orvosa írta elő?

Szed-e Ön olyan gyógyszert, amiről nehezebb lesz szoknia?

--	--	--	--

1. Szed-e a beteg olyan gyógyszert vagy illegális drogot, amellyel

kapcsolatosan problémái adódnak?

pontszám

pontszám jelentése

példa

0 pont

Nincs probléma

Nincs függőség, és nem él vissza (gyógy)szerrel

1 pont

Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott
összönhetően

Nálakult nála a függőség, vagy visszaél szerekekkel, de kap segítséget

2 pont

Comolya a probléma

Szerfüggő, vagy visszaél - orvos által felírt vagy fel nem írt -
cel, vagy illegális drogokkal

3 pont

Nem ismert

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

--	--	--	--

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

a szerhasználatával kapcsolatos problémáira?

pontszám

pontszám jelentése

példa

0 pont

Nemennyi segítséget sem kap

1 pont

Évés segítséget kap

Alkalmi tanácsot, illetve időnkénti támogatást kap

2 pont

Özepes mértékű segítséget kap

Rendszeresen kap tanácsot, segélyszervezetekhez irányítják

3 pont

Ok segítséget kap

Elügyelet, illetve segítik, hogy kapcsolatba lépjen különböző segítő
el

4 pont

Nem ismert

--	--	--	--

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg a szerhasználatával

kapcsolatos problémáira?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek

a szerhasználatával kapcsolatos problémáira?

pontszám

pontszám jelentése

példa

0 pont

Nemennyi

1 pont

Évés segítség

Tanácsot kap a háziorvostól

2 pont

Özepes mértékű segítség

Segítséget kap ambuláns szakellátásban (pl. drogambulancia)

3 pont

Ok segítség

Elvonókúra, kórházi ápolás

4 pont

Nem ismert

--	--	--	--

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg a szerhasználatával

kapcsolatos problémái megoldásához?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

--	--	--	--

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével,

amelyet a szerhasználatával kapcsolatos problémái megoldásához kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

--

14. TÁRSAS KAPCSOLATOK

Elégedett-e Ön a társas életével?

Szeretné-e Ön, hogy több (gyakoribb, rendszeresebb) kapcsolata legyen másokkal?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

I. Szüksége van-e a betegnek segítségre ahhoz, hogy megfelelő

társas kapcsolatai legyenek?

0 pontszám

1 pontszám jelentése

Példa

0 pont

Nincs probléma

Épes elegendő kapcsolatot létesíteni, van elég barátja

1 pont

Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott
összönhetően

Nappali centrumba jár, ami kielégítő a számára

2 pont

Comoly a probléma

Gyakran érzi magát egyedül, magányos

3 pont

Nem ismert

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

II. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

ahhoz, hogy társas kapcsolatai kielégítőek legyenek a számára?

0 pontszám

1 pontszám jelentése

Példa

0 pont

Nemennyi segítséget sem kap

Heti egy alkalomnál ritkább találkozások

1 pont

Évés segítséget kap

Legalább hetente találkoznak vele

2 pont

Özöpes mértékű segítséget kap

Legalább hetente négy alkalommal találkoznak vele

3 pont

ök segítséget kap

4 pont

Nem ismert

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

III. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg ahhoz, hogy

társas kapcsolatai kielégítőek legyenek a számára?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

IV. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek

ahhoz, hogy társas kapcsolatai kielégítőek legyenek a számára?

0 pontszám

1 pontszám jelentése

Példa

0 pont

Nemennyi

1 pont

Évés segítség

Információt nyújtanak neki társas klubokról

2 pont

Özöpes mértékű segítség

Nappali kórházba vagy közösségi összejövetelekre jár heti három alkalommal

3 pont

ök segítség

Legalább heti négy alkalommal nappali központba jár

4 pont

Nem ismert

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

V. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg annak érdekében,

hogy társas kapcsolatai kielégítőek legyenek a számára?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

VI. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével,

amelyet ahhoz kap, hogy megfelelő társas kapcsolatai legyenek?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

15. INTIM KAPCSOLATOK

Van-e Önnek házastársa vagy partnere (barátja, barátnője)?

Kielégítő-e az Ön számára a házassága vagy párkapcsolata?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

IV. Okoz-e problémát a beteg számára a partnerkeresés, illetve a párkapcsolat kialakítása és fenntartása?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nincs probléma	Kielégítő párkapcsolata van, illetve jól érzi magát párkapcsolat
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott	Partnerterápiában részesül, ami kielégítő a számára
2 pont	Összönhetően	
3 pont	Valamely a probléma	Családi erőszak, vagy a párkapcsolat hiányát problémaként észleli
4 pont	Nem ismert	

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól, ahhoz hogy megfelelő intim kapcsolatokat tudjon kialakítani és fenntartani?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	
1 pont	Kevés segítséget kap	Némi érzelmi támogatás
2 pont	Közepes mértékű segítséget kap	Dönkénti beszélgetések, rendszeres támogatást kap
3 pont	Sok segítséget kap	Rendszeres beszélgetések, valamint támogatás az érzelmek
4 pont	Nem ismert	102

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg ahhoz, hogy megfelelő intim kapcsolatokat tudjon kialakítani és fenntartani?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek a megfelelő intim kapcsolatok kialakításához és fenntartásához?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nemennyi	
1 pont	Kevés segítség	Dönként beszélgetnek vele a problémáiról
2 pont	Közepes mértékű segítség	Rendszeres beszélgetések és terápia
3 pont	Sok segítség	Partnerterápia, illetve a társas készségek fejlesztésében részesül
4 pont	Nem ismert	

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg annak érdekében, hogy megfelelő intim kapcsolatokat tudjon kialakítani és fenntartani?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével, amit intim kapcsolatai kialakításához és fenntartásához kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

16. SZEXUALITÁS

Elégedett-e Ön a szexuális életével?

Vannak-e problémái a szexualitás terén?

--	--	--	--

I. Vannak-e gondjai a betegnek a szexuális életével?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nincs probléma	Elégedett a szexuális életével
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott összönhetően	szexuálterápiában részesül, ami hatékony segítséget nyújt a
2 pont	Comoly a probléma	jelentős szexuális problémák (pl. impotencia)
3 pont	Nem ismert	

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

--	--	--	--

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

a szexuális életével kapcsolatos problémái megoldásához?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	Tanácsokat kap
1 pont	Kevés segítséget kap	dönkénti beszélgetések, információs anyagokat biztosítanak a beteg fogamzásgátlóval látják el stb.
2 pont	Közepes mértékű segítséget kap	Kapcsolatba lépnek tanácsadó központtal, és elkísérik oda a beteget. a a beteg beszélni akar a problémáiról
3 pont	Sok segítséget kap	
4 pont	Nem ismert	

--	--	--	--

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg a szexuális

életével kapcsolatos problémái megoldásához?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek

a szexuális életével kapcsolatos problémái megoldásához?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nemennyi	
1 pont	Kevés segítség	felvilágosítást nyújtanak a fogamzásgátlókról, a biztonságos szexről, a szexuális impotenciáról
2 pont	Közepes mértékű segítség	rendszeres beszélgetések a szexuális életével kapcsolatos problémákról
3 pont	Sok segítség	szexuálterápia
4 pont	Nem ismert	

--	--	--	--

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg a szexuális életével

kapcsolatos problémái megoldásához?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

--	--	--	--

VI. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével,

amelyet a szexuális életével kapcsolatos problémái megoldásához kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

--	--	--	--

17. GYERMEKGONDOZÁS

Van Önnek kiskorú, 18 évesnél fiatalabb gyermeke?

Vannak-e Önnek problémái a gyermeke(i) gondozásával kapcsolatban?

0	1	2	3
---	---	---	---

IV. Vannak-e problémái a betegnek a gyermeke(i) gondozásával?

kapcsolatosan?

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

Nincs probléma

0

Nincs kiskorú gyereke, vagy nincs gondja a gyermekgondozással

Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott
összönhetően

1

Nehézségek a gyermekek gondozásával kapcsolatban, de kap

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

Nem ismert

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

0	1	2	3
---	---	---	---

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

a gyermek(i) gondozásával kapcsolatban?

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

Nemennyi segítséget sem kap

0

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

Nem ismert

0	1	2	3
---	---	---	---

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg a gyermek(i)

gondozásával kapcsolatban?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek

a gyermek(i) gondozásával kapcsolatban?

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

Nemennyi

0

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

0 pont 1 pont 2 pont 3 pont

Nem ismert

0	1	2	3
---	---	---	---

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg a gyermek(i)

gondozásával kapcsolatban?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

0	1	2	3
---	---	---	---

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével,

amelyet a gyermek(i) gondozásával kapcsolatban kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

18. ALAPVETŐ ÍRÁSBELI, OLVASÁSI ÉS SZÁMOLÁSI KÉSZSÉGEK

Gondot okoz-e Önnek az olvasás, az írás vagy a magyar nyelv megértése?

Meg tudja-e Ön számolni a visszajáró pénzt, amikor vásárol?

0	1	2	3
---	---	---	---

I. Vannak-e hiányosságai a betegnek az alapvető írás-olvasási, illetve számolási készségek tekintetében?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nincs probléma	Tud írni-olvasni, érti a magyar nyelvű szövegeket
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott	Olvadási nehézségek, de a rokonok segítenek az ezzel kapcsolatos
2 pont	Öszönhetően	n
3 pont	Ömoly a probléma	Az alapkészségek hiányoznak
4 pont	Nem ismert	

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

0	1	2	3
---	---	---	---

II. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól, az írás-olvasás, illetve számolás terén jelentkező problémái megoldásához?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	
1 pont	Évés segítséget kap	Alkalmi segítség a nyomtatványok megértésében vagy kitöltésében
2 pont	Özepes mértékű segítséget kap	Segítik a megfelelő tanfolyamok megtalálásában
3 pont	Ök segítséget kap	Ök maguk tanítják írni-olvasni
4 pont	Nem ismert	

0	1	2	3
---	---	---	---

III. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg írás-olvasás, illetve számolás terén jelentkező problémái megoldásához?

0	1	2	3
---	---	---	---

IV. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek az írás-olvasás, illetve számolás terén jelentkező problémái megoldásához?

<i>pontszám</i>	<i>pontszám jelentése</i>	<i>példa</i>
0 pont	Nemennyi	
1 pont	Évés segítség	Segítség a nyomtatványok kitöltésében
2 pont	Özepes mértékű segítség	Tájékoztató a tanfolyamokról, ahol írni-olvasni tanulhat
3 pont	Ök segítség	Éelnőtt képzésbe jár
4 pont	Nem ismert	

0	1	2	3
---	---	---	---

V. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg az írás-olvasás, illetve számolás terén jelentkező problémái megoldásához?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

0	1	9
---	---	---

VI. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével, amelyet az írás-olvasás, illetve számolás terén jelentkező problémái megoldásához kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

0	1	9
---	---	---

19. TELEFON

Tudja Ön, hogy hogyan kell telefonálni?

Van telefonja? Könnyen talál telefont, ha telefonálni szeretne?

I. Van-e a betegnek nehézsége a telefonálással kapcsolatosan?

Pontszám	Pontszám jelentése	Példa
0 pont	Nincs probléma	Otthonában vagy a közelben van működő telefon
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott	Írnie kell, hogy telefonálhasson
2 pont	Összönhetően	
3 pont	Comoly a probléma	Nincs lehetősége telefonálni, vagy nem tudja használni a telefont
4 pont	Nem ismert	

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

II. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól, annak érdekében, hogy tudjon telefonálni?

Pontszám	Pontszám jelentése	Példa
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	
1 pont	Keves segítséget kap	Segítenek neki a telefonálásban, de csak vészhelyzetben, illetve ritkábban,
2 pont	Közepes mértékű segítséget kap	Napi egy alkalomnál gyakrabban, kap segítséget a telefonáláshoz, de
3 pont	Sok segítséget kap	Nem naponta
4 pont	Nem ismert	Szármikor segítenek neki a telefonálásban, amikor csak szüksége van rá

III. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg annak érdekében, hogy tudjon telefonálni?

IV. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek annak érdekében, hogy tudjon telefonálni?

Pontszám	Pontszám jelentése	Példa
0 pont	Nemennyi	
1 pont	Keves segítség	Telefonálhat, ha kéri
2 pont	Közepes mértékű segítség	Ellátják telefonkártyával
3 pont	Sok segítség	Ellintézik, hogy legyen otthon telefonja
4 pont	Nem ismert	

V. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg annak érdekében, hogy tudjon telefonálni?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

VI. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével, amit ahhoz kap, hogy tudjon telefonálni?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

20. KÖZLEKEDÉS

Okoz-e Önnek problémát a tömegközlekedésben való részvétel?

Tud-e Ön önállóan közlekedni buszon, metrón, vonaton? Kap-e Ön ingyenes buszbérletet?

I. Gondot okoz-e a betegnek a tömegközlekedésben való részvétel?

pontszám	pontszám jelentése	példa
0 pont	Nincs probléma	Épes járművön utazni vagy autót vezetni
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott	Buszjeggyel vagy máshogy segítik a tömegközlekedésben való
2 pont	Öszönhetően	
3 pont	Comoly a probléma	Nem képes önállóan utazni
4 pont	Nem ismert	

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

II. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól

Az utazással kapcsolatos problémái megoldásához?

pontszám	pontszám jelentése	példa
0 pont	Nemennyi segítséget sem kap	
1 pont	Évés segítséget kap	Átorítják, hogy utazzon
2 pont	Éözepes mértékű segítséget kap	Áyakran elkísérik
3 pont	Éok segítséget kap	Éa dolga van valahol, mindig segítenek neki, hogy eljusson oda,
4 pont	Nem ismert	ges

III. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg az utazással

kapcsolatos problémái megoldásához?

IV. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek

Az utazással kapcsolatos problémái megoldásához?

pontszám	pontszám jelentése	példa
0 pont	Nemennyi	
1 pont	Éévés segítség	Éap jegyeket az utazáshoz
2 pont	Éözepes mértékű segítség	Éap taxi-kártyát az utazáshoz
3 pont	Éok segítség	Émentővel szállítják, ha csak szüksége van rá
4 pont	Nem ismert	

V. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg annak érdekében, hogy

észrt tudjon venni a tömegközlekedésben?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

VI. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével,

amit az utazásához kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

21. PÉNZ

Mennyire, hogyan tudja beosztani a pénzét?

Be tudja-e fizetni a számláit?

IV. Vannak-e nehézségei a betegnek a pénze beosztásával, a pénzügyei intézésével, szervezésével kapcsolatosan?

0 pontszám 4 pontszám jelentése

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 pont | Nincs probléma | <i> Példa</i>
Képes megvenni az alapvetően szükséges dolgokat, illetve befizetni a |
| <input type="checkbox"/> 1 pont | Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott | segítik abban, hogy megfelelően be tudja osztani a pénzét |
| <input type="checkbox"/> 2 pont | őszönhetően | |
| <input type="checkbox"/> 3 pont | őmoly a probléma | Gyakran nincs elegendő pénze az alapvető szükségleteire, vagy a |
| <input type="checkbox"/> 4 pont | | zetésére |
| <input type="checkbox"/> 5 pont | Nem ismert | |

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól ahhoz, hogy megfelelően tudja intézni a pénzügyeit?

0 pontszám 4 pontszám jelentése

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0 pont | Nemennyi segítséget sem kap | <i> Példa</i>
Alkalmanként segítenek neki a számlái rendezésében |
| <input type="checkbox"/> 1 pont | ővés segítséget kap | őszámolják neki a heti költségvetését |
| <input type="checkbox"/> 2 pont | őzepes mértékű segítséget kap | őljes mértékben felügyelik a pénzügyeit |
| <input type="checkbox"/> 3 pont | ők segítséget kap | |
| <input type="checkbox"/> 4 pont | Nem ismert | |

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg, annak érdekében, hogy megfelelően tudja intézni a pénzügyeit?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek, ahhoz, hogy megfelelően tudja intézni a pénzügyeit?

0 pontszám 4 pontszám jelentése

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0 pont | Nemennyi | <i> Példa</i>
Alkalmi segítséget kap a pénze beosztásához |
| <input type="checkbox"/> 1 pont | ővés segítség | őllenőrzi, hogy fizeti-e a lakbért, heti zsebpénzt kap |
| <input type="checkbox"/> 2 pont | őzepes mértékű segítség | őaponta kap zsebpénzt |
| <input type="checkbox"/> 3 pont | ők segítség | |
| <input type="checkbox"/> 4 pont | Nem ismert | |

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg annak érdekében, hogy megfelelően tudja intézni a pénzügyeit?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével, amit pénzügyei szervezéséhez, intézéséhez kap?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

22. SEGÉLYEK

Kap-e Ön valamilyen segélyt? Le van-e Ön százalékolva?

Biztos-e Ön abban, hogy minden olyan segélyt megkap, amire jogosult?

IV. Hozzájut-e a beteg minden olyan segélyhez, amire jogosult?

pontszám	pontszám jelentése	példa
0 pont	Nincs probléma	Minden segélyt megkap, amire jogosult
1 pont	Nincs probléma, vagy csak mérsékelt, a kapott összönhetően	Megfelelő segítséget kap a segélyek igényléséhez
2 pont	Valamelyik probléma	Nem kap meg (vagy nem biztos, hogy megkap) minden olyan segélyt, amire jogosult
3 pont	Nem ismert	

Ha 0 vagy 9 pontot adott → folytassa a következő lappal

I. Mennyi segítséget kap a beteg barátoktól vagy rokonoktól ahhoz, hogy megkapjon minden olyan segélyt, amire jogosult?

pontszám	pontszám jelentése	példa
0 pont	Sen mennyi segítséget sem kap	
1 pont	Kevesebb segítséget kap	Néha megkérdezik, kapja-e a segély(ek)e)t
2 pont	Közepes mértékű segítséget kap	Segítenek neki a nyomtatványok kitöltésében
3 pont	Sok segítséget kap	Megérdeklődik neki, hogy milyen segély(ek)re jogosult
4 pont	Nem ismert	

II. Mennyi intézményes segítséget kap a beteg ahhoz, hogy megkapjon minden olyan segélyt, amire jogosult?

V. Mennyi intézményes segítségre van szüksége a betegnek ahhoz, hogy megkapjon minden olyan segélyt, amire jogosult?

pontszám	pontszám jelentése	példa
0 pont	Sen mennyi	
1 pont	Kevesebb segítség	Alkalmilag tájékoztatják a juttatásokról, segélyekről
2 pont	Közepes mértékű segítség	Segítséget kap az extra juttatások megigényléséhez
3 pont	Sok segítség	Részletes tájékoztatás a juttatásokról, segélylehetőségekről, illetve segítség ezek szerezéséhez
4 pont	Nem ismert	

VI. A megfelelő segítséget kapja-e a beteg annak érdekében, hogy hozzájusson minden olyan segélyhez, amire jogosult?

0 = Nem; 1 = Igen; 9 = Nem ismert

VII. Mindent egybevetve, elégedett-e a beteg a segítség mértékével, amit ahhoz kap, hogy hozzájusson minden olyan segélyhez, amire jogosult?

0 = Nem elégedett; 1 = Elégedett; 9 = Nem ismert

9. A Kannabisz Használat Szűrőtesztje (CAST-HU)

Az alábbi kérdések a kannabisz (marihuána/hasis) használatodra vonatkoznak. Ha használtál kannabiszt az elmúlt 12 hónap során, akár csak egyetlen egyszer is, kérlek, jelöld meg az alábbi válaszok közül azt, amelyik a leginkább jellemző rád! A válaszaidat az **elmúlt 12 hónapra vonatkozóan** add meg!

Az elmúlt 12 hónapban...

(1) ... szívtál kannabiszt délelőtt?

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

(2) ... szívtál kannabiszt, amikor egyedül voltál?

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

(3) ... voltak memória problémáid a kannabisz használatod miatt?

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

(4) ... mondták barátaid vagy családtagjaid, hogy csökkentened kellene a kannabisz használatod?

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

(5) ... próbáltad csökkenteni vagy teljes mértékben abbahagyni a kannabisz használatodat sikertelenül?

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

(6) ... voltak problémáid a kannabisz használatod miatt (vita, verekedés, baleset, szorongásos rohamok, rossz iskolai eredmény stb.)?

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

Pontozás:

A „soha”, „ritkán” és „időnként” válaszok 0 pontot érnek

Az „elég gyakran” és „nagyon gyakran” válaszok 1 pontot érnek

Értékelés:

Nincs kockázat = 0 pont

Alacsony kockázat = 1- 2 pont

Mérsékelt kockázat = 3 pont

Magas kockázat \geq 4 pont

10. Addikció Súlyossága Skála - Kannabisz (SDS-Can-HU)

A következő kérdések a kannabisz (marihuána, hasis) használatodra vonatkoznak. Kérjük minden egyes kérdésnél, jelöld, hogy melyik állítás áll a legközelebb az igazsághoz AZ ELMÚLT 12 HÓNAPRA vonatkozóan!

Az ELMÚLT 12 HÓNAP során...

... felmerült-e benned, hogy marihuána/hasis használatod kicsúszott az irányításod alól?	soha vagy szinte soha	néha	gyakran	mindig vagy majdnem mindig
... előfordult-e veled, hogy egy szívás lehetőségének kihagyása miatt nyugtalan és ideges lettél?	soha vagy szinte soha	néha	gyakran	mindig vagy majdnem mindig
... aggódtál-e kannabisz használatod miatt?	egyáltalán nem	egy kicsit	eléggé	nagyon
... kívántad-e, hogy bárcsak abba tudnád hagyni a kannabisz használatod?	soha vagy szinte soha	néha	gyakran	mindig vagy majdnem mindig
Mennyire lenne nehéz számodra abbahagyni a szívást vagy kibírni marihuána/hasis nélkül?	nem lenne nehéz	valamennyire nehéz lenne	nagyon nehéz lenne	lehetetlen

11. CUDIT

Az alábbi kérdések a marihuána vagy hasis használatodra vonatkoznak.

A válaszok közül, **JELÖLD MEG AZT, AMELYIK A LEGINKÁBB JELLEMZŐ RÁD!**

1)	Milyen gyakran használsz marihuánát vagy hasist?				
	soha	havonta vagy ritkábban	havonta 2-4 alkalommal	hetente 2-3 alkalommal	hetente 4 vagy több alkalommal
2)	Egy tipikus napon, amikor marihuánát vagy hasist fogyasztasz, hány órán át vagy „beszívva”?				
	1-2 órán át	3-4 órán át	5-6 órán át	7-9 órán át	10 óránál is többet
3)	Milyen gyakran vagy „beszívva” egy nap hat órán keresztül vagy hosszabb ideig?				
	soha	ritkábban mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
4)	Az elmúlt hat hónap során milyen gyakran érezted úgy, hogy nem tudod abbahagyni a szívást, ha már egyszer elszívtad az első jointot vagy pipát?				
	soha	ritkábban mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
5)	Milyen gyakran fordult elő veled az elmúlt hat hónap során, hogy a marihuána vagy hasis használata miatt nem tudtad elvégezni azt, amit rendes körülmények között elvárnak tőled?				
	soha	ritkábban mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
6)	Milyen gyakran fordult elő veled az elmúlt hat hónap során, hogy reggel marihuánát vagy hasist kellett használnod azért, hogy „beinduljon a motor” egy húzós este után?				
	soha	ritkábban mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
7)	Milyen gyakran fordult elő veled az elmúlt hat hónap során, hogy marihuánát vagy hasis fogyasztás után büntudatot vagy megbánást éreztél?				
	soha	ritkábban mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
8)	Milyen gyakran fordult elő veled az elmúlt hat hónap során, hogy marihuána vagy hasis fogyasztása után problémád volt a memóriáddal vagy a koncentrációddal?				
	soha	ritkábban mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
9)	Megsérültél-e te vagy valaki más a te marihuána vagy hasis használatod miatt?				
	nem				igen
10)	Aggódott-e már rokon, barát, orvos vagy más egészségügyi szakember a marihuána vagy hasis használatod miatt, vagy javasolta-e, hogy csökkentsd a fogyasztásodat?				
	nem				igen

12. Kannabisz Függőség Diagnosztikus Interjú (M-CIDI-Dep-HU)

<i>Ha visszagondol az <u>elmúlt 12 hónapra</u>...</i>	NEM	IGEN
(1) Volt-e olyan tapasztalata, hogy a korábbihoz képest több kannabiszt kellett használnia ahhoz, hogy ugyanazt a hatást érje el, mint régebben? Vagy érezte-e azt, hogy változatlan mennyiséggel idővel csak csekélyebb hatást ér el?	0	1
(2) Ha a szokásosnál kisebb mennyiségű kannabiszt fogyasztott vagy egyáltalán nem használt, akkor tapasztalt-e olyan panaszokat, mint pl. alvászavar, izzadás, remegés, erős szívdobogás, szorongás, ingerlékenység, levertség?	0	1
(2/a) Ha igen, használt-e kannabiszt azért, hogy a fenti panaszokat csökkentse vagy elkerülje?	0	1
(3) Előfordult-e már Önnel több alkalommal, hogy gyakrabban vagy hosszabb időn át használt kannabiszt, mint ahogyan azt eredetileg tervezte?	0	1
(4) Előfordult-e már Önnel több alkalommal, hogy megkísérelte abbahagyni vagy csökkenteni a kannabisz használatát, de nem járt sikerrel?	0	1
(5) Előfordult-e olyan időszak Önnel, amikor annyi időt fordított a kannabisz beszerzésére, használatára vagy arra, hogy a hatását kipihenje, hogy másra alig vagy nem is maradt ideje?	0	1
(6) Előfordult-e, hogy feladott vagy jelentősen elhanyagolt fontos tevékenységeket (pl. sport, munka, barátokkal vagy rokonokkal eltöltött idő) a kannabisz miatt?	0	1
(7) Voltak-e Önnek egészségügyi problémái a kannabisz használata miatt? (pl. hosszan tartó köhögés, keringési zavarok, rekedtség, rosszullét stb.)?	0	1
(7/a) Ha igen, használt-e továbbra is kannabiszt az egészségügyi problémák ellenére?	0	1
(8) Tapasztalt-e Ön bármilyen érzelmi vagy lelki problémát a kannabiszhasználatával kapcsolatosan? (pl. Fásultnak, levertnek vagy más emberekkel szemben gyanakvónak érezte magát? Volt-e olyan érzése, hogy követik, vagy voltak-e rendkívül különös ötletei? Stb.)	0	1
(8/a) Ha igen, használt-e továbbra is kannabiszt ezen problémák ellenére?	0	1

F12.2x Kannabisz dependencia

(1) = igen, az elmúlt 12 hónapban (1) = *Tolerancia*

(2) ÉS (2/a) = igen, az elmúlt 12 hónapban (1) = *Megvonás*

(3) = igen, az elmúlt 12 hónapban (1) = *Hosszabb ideig...*

(4) = igen, az elmúlt 12 hónapban (1) = *Sikertelen kontroll*

(5) = igen, az elmúlt 12 hónapban (1) = *Időráfordítás*

(6) = igen, az elmúlt 12 hónapban (1) = *Tevékenységek sérülése*

(7) ÉS (7/a) = igen, az elmúlt 12 hónapban (1) **VAGY**

(8) ÉS (8/a) = igen, az elmúlt 12 hónapban (1) = *Használat a következmények ellenére*

13. Kannabisz Abúzus Diagnosztikus Interjú (M-CIDI-Ab-HU)

<i>Ha visszagondol az <u>elmúlt 12 hónapra</u>...</i>	Nem	Igen, egyszer	Igen, több mint egy alkalommal
(1) Voltak-e Önnek jelentős problémái a kannabiszhasználata következtében a munkahelyén, iskolában vagy az otthoni feladatainak ellátásában? (pl. ismételt hiányzások, gyenge teljesítmény, iskolai hiányzás, lógás vagy eltanácsolás, gyermekek vagy a háztartás elhanyagolása)?	0	1	2
(2) Használt-e kannabiszt olyan helyzetekben, amikor ez veszélyes is lehetett volna? (pl. autóvezetés közben, a munkahelyén egy gép kezelése során, vagy amikor egyéb veszélyes műveletet hajtott végre?)	0	1	2
(3) Megsérült-e vagy történt-e Önnel valamilyen baleset miután kannabiszt használt? (pl. elesett és megsérült stb.)	0	1	2
(4) Került-e összeütközésbe a törvénnyel, illetve volt-e bármilyen jogi problémája a kannabisz használatával kapcsolatosan? (pl. eljárás kannabisz használat, termesztés vagy birtoklás miatt, vagy a kannabisz beszerzésével kapcsolatos lopás stb. miatt)	0	1	2
(5) Tettek-e szemrehányást Önnek a családtagjai vagy barátai a kannabiszhasználata miatt?	0	1	2
(6) Romlott-e meg, vagy ment-e tönkre Önnek kapcsolata a kannabiszhasználata miatt?	0	1	2
(7) Adódtak-e pénzügyi nehézségei a kannabiszhasználata miatt?	0	1	2
(8) Okozott-e valakinek sérülést vagy keveredett-e verekedésbe kannabisz hatása alatt?	0	1	2

F12.1 Kannabisz ártalmas használata (abúzus)

(1) = igen, több mint egyszer (2)

VAGY

(2) - (3) közül legalább egy item = igen, több mint egy alkalommal (2)

VAGY

(4) = igen, több mint egyszer (2)

VAGY

(5) - (6) - (7) - (8) közül legalább EGY item = igen, több mint egy alkalommal (2) **VAGY**

(5) - (6) - (7) - (8) közül legalább KÉT item = igen, egyszer

14. ESPAD Európai Iskolavizsgálat 2007



KÉRDŐÍV

Budapesti Corvinus Egyetem
Szociológia és Társadalompolitika Intézet

Echo Survey Szociológiai Kutatóintézet



Mielőtt elkezdenéd, kérjük, olvasd el!

*Ez a kérdőív a korodbeli fiatalok alkoholfogyasztásáról, dohányzásáról és drogfogyasztásáról szóló nemzetközi kutatás része. Ebben az évben **közel 40 európai ország vesz részt a kutatásban**. A program az Európa Tanács Pompidou Csoportjával együttműködve folyik. Ez már a negyedik adatfelvétel. Az elsőre 1995-ben, a másodikra 1999-ben, a harmadikra pedig 2003-ban került sor.*

*Magyarországon a kutatást a **Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézete** végzi az **Echo Survey Szociológiai Kutatóintézettel** együttműködésben. Az eredményeket országos és európai összesítésben mutatjuk majd be. Ezek a beszámolók semmiféle, az egyes tanulókra, osztályokra vagy iskolákra visszavezethető adatokat nem fognak tartalmazni.*

A te osztályodat véletlenszerűen választottuk ki az adatfelvételben való részvételre. Te pedig egyike vagy a több mint 10.000 diáknak, akik Magyarországon részt vesznek a kutatásban.

A kérdőív névtelen - nem tartalmazza a nevedet és semmi olyan információt, ami alapján azonosítani lehetne téged.

Ha befejezted a kérdőív kitöltését, tedd be az asztalon elhelyezett borítékba!

Ahhoz, hogy a kutatás sikeres legyen fontos, hogy minden kérdést olyan megfontoltan és őszintén válaszolj meg, amennyire csak lehetséges. Ne feledd, hogy a válaszaidat teljesen bizalmasan kezeljük.

A kérdőív kitöltése önkéntes - ha bármelyik kérdésre nem akarsz válaszolni, hagyd üresen!

*Ez a kérdőív nem teszt - nincsenek jó és rossz válaszok. Amennyiben egyik lehetséges választ sem találsz teljesen megfelelőnek, abban az esetben jelöld be azt, amelyik a legközelebb van ahhoz! **Kérjük, hogy minden kérdésnél x-szel jelöld az általad megfelelőnek talált válasznál szereplő négyzetet.***

Reméljük, hogy érdekesnek fogod találni a kérdőívet. Ha bármilyen problémád van a kitöltéssel, fordulj bizalommal az osztályban lévő munkatársunkhoz!

Köszönjük a segítségedet!

Elekes Zsuzsanna

MIELŐTT ELKEZDENÉD, FELTÉTLENÜL OLVASD EL AZ ELŐZŐ OLDALT!

Kérjük, hogy a felsorolt válaszlehetőségek közül jelöld a négyzetben levő számra tett X-szel azt, amelyiket megfelelőnek talárod. Így ☒ Ha külön nem kérjük, akkor kérdésenként csak egyet jelölj meg!

Először néhány személyes kérdés.

1. Nemed:

- ☐ 1 fiú
☐ 2 lány

2. Melyik évben születted?

19

3. Milyen gyakran csinálod a következő dolgokat?

(Minden sorban egy választ jelölj be!)

- | | soha | évente néhányszor | havonta 1-2-szer | legalább hetente 1-szer | majdnem mindennap |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. számítógépes játékokat játszom | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. aktívan sportolok | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. könyvet olvasok (nem tankönyvet) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. elmegyek este a barátaimmal (diszkóba, buliba, stb.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e. Más hobbikkal foglalkozom (pl. zenélek, rajzolok, írok) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f. Szórakozásból elmegyek este a barátaimmal bevásárló központba, mászkálok az utcán vagy a parkban | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| g. szabadidőmben internetezek (cseletek, zenét keresek, játszom) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h. pénznyerő automatával játszom | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

4. Az utóbbi 30 napban hány napon hiányoztál egy vagy több órát?

(Minden sorban egy választ jelölj be!)

- | | egyét sem | 1 napot | 2 napot | 3-4 napot | 5-6 napot | 7-et vagy többet |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. betegség miatt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| b. egyszerűen nem mentél be, lógtál | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| c. más okból | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

5. Az elmúlt félév végén milyen volt a tanulmányi átlagod?

(Számmal, egy tizedes pontossággal írd ide!)

.....

A kérdőív következő része a cigarettával, az alkohollal és különböző egyéb drogokkal foglalkozik. Mostanában igen sokat beszélnek ezekről a dolgokról, de nagyon kevés a megbízható információ, sok mindent nem tudunk még most sem a korodbeli fiatalok tapasztalatairól, véleményéről.

A következő kérdések a dohányzásról szólnak

6. Mit gondolsz, milyen nehezen tudnál cigarettát szerezni, ha akarnál?

- ☐ 1 Lehetetlen
☐ 2 Nagyon nehezen
☐ 3 Elég nehezen
☐ 4 Elég könnyen
☐ 5 Nagyon könnyen
☐ 6 Nem tudom

7 Dohányoztál-e már az életedben, és ha igen hány alkalommal?

- 1
- egyszer sem
- 2
- egyszer-kétszer
- 3
- háromszor-ötször
- 4
- hatszor-kilencszer
- 5
- 10-19-szer
- 6
- 20-39-szer
- 7
- 40-szer vagy többször

8 Milyen gyakran dohányoztál az elmúlt 30 napban?

- 1
- egyáltalán nem
- 2
- egy cigarettánál kevesebbet hetente
- 3
- egy cigarettánál kevesebbet naponta
- 4
- naponta 1-5 szálát
- 5
- naponta 6-10 szálát
- 6
- naponta 11-20 szálát
- 7
- naponta több mint 20 szálát

7. Hány éves korodban próbáltad ki először a következőket?
(Soronként egy választ jelölj!)

	Soha	9 évesen vagy korábban	10 évesen	11 évesen	12 évesen	13 évesen	14 évesen	15 évesen	16 évesen vagy később	
a.	elszívtam az első cigarettát	1	2	3	4	5	6	7	8	9
b.	rendszeresen, naponta cigarettáztam	1	2	3	4	5	6	7	8	9

A következő kérdések a szeszesitalokról szólnak, beleértve a sört, a bort, az égetett szeszeket

és az előre keverten árusított alkoholtartalmú üdítőitalokat

8. Véleményed szerint, milyen nehezen tudnád beszerezni a következőket, ha akarnád?
(Soronként egy választ jelölj!)

	Lehetetlen	nagyon nehezen	inkább nehezen	inkább könnyen	nagyon könnyen	Nem tudom	
a.	sör (ne számítsd bele az alkoholmentes sört)	1	2	3	4	5	6
b.	előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital (pl. smash, baccardi breezer, inside, nite)	1	2	3	4	5	6
c.	bor	1	2	3	4	5	6
d.	égetett szesz (pl. whisky, konyak, pálinka, likör, koktélok, vermut)	1	2	3	4	5	6

11 Hány alkalommal fogyasztottál szeszesitalt?
(Minden sorban egy választ jelölj be!)

	0-szor	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	ennél többször	
a.	életed során	1	2	3	4	5	6	7
b.	az utóbbi 12 hónapban	1	2	3	4	5	6	7
c.	az utóbbi 30 napban	1	2	3	4	5	6	7

12 Gondold végig az utóbbi 30 napot! Hányszor ittál a következő italokból?
(Minden sorban egy választ jelölj be!)

	0-szor	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	ennél többször	
a.	Sör (ne számítsd bele az alkoholmentes sört)	1	2	3	4	5	6	7
b.	előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital (pl. smash, baccardi breezer, inside, nite)	1	2	3	4	5	6	7
c.	bor (pezsgő)	1	2	3	4	5	6	7
d.	égetett szeszek (pl. likör, pálinka, whisky, koktél, vermut)	1	2	3	4	5	6	7

A következő kérdések arra az alkalomra vonatkoznak, amikor utoljára ittál alkoholt

13. Mikor ittál utoljára alkoholt?

- ☐ 1 soha nem iszom alkoholt
- ☐ 2 1-7 nappal ezelőtt
- ☐ 3 8-14 nappal ezelőtt
- ☐ 4 15-30 nappal ezelőtt
- ☐ 5 régebben mint egy hónapja, de egy éven belül
- ☐ 6 régebben, mint egy éve

14. Gondolj vissza arra a napra, amikor utoljára ittál alkoholt. Az alábbi italok közül melyeket ittad ezen a napon?

(Több választ is jelölhetsz)

- ☐ 1 soha nem iszom alkoholt
- ☐ 1 sört ittam
- ☐ 1 előre összeállított, alkoholtartalmú üdítőitalt ittam (pl. smash, baccardi breezer, inside, nite)
- ☐ 1 bort ittam
- ☐ 1 égetett szeszt ittam (pl. likőr, pálinka, whisky, koktél, vermut)

14a. Ha az utolsó napon, amikor alkoholt fogyasztottál ittál sört, mennyit ittál belőle? (Az alkoholmentes sört ne számold bele)

- ☐ 1 soha nem iszom sört
- ☐ 2 amikor utoljára ittam, nem ittam sört
- ☐ 3 kevesebb mint egy normál üveggel, vagy korsóval (1 korsó vagy üveg = 5 dl)
- ☐ 4 1-2 normál üveggel vagy korsóval
- ☐ 5 3-4 normál üveggel vagy korsóval
- ☐ 6 több, mint 4 normál üveggel vagy korsóval

14b. Ha az utolsó napon, amikor alkoholt fogyasztottál ittál előre összeállított, alacsony alkoholtartalmú üdítőitalt (smash, baccardi breezer, inside, nite), mennyit ittál belőle?

- ☐ 1 soha nem ittam
- ☐ 2 amikor utoljára ittam, nem ittam ilyen
- ☐ 3 kevesebb, mint két üveggel (két üveg=5 dl)
- ☐ 4 2-3 üveggel
- ☐ 5 4-6 üveggel

- ☐ 6 7 vagy több üveggel

14c. Ha az utolsó napon, amikor alkoholt fogyasztottál ittál bort, mennyit ittál belőle?

- ☐ 1 soha nem iszom bort
- ☐ 2 amikor utoljára ittam, nem ittam bort
- ☐ 3 kevesebb, mint két pohárral (2 pohár=2 dl)
- ☐ 4 2-3 pohárral vagy fél üveggel (2-4 dl)
- ☐ 5 4-6 pohárral (4-6dl)
- ☐ 6 több, mint 6 pohárral, vagy legalább egy üveggel (7 vagy több dl)

14d. Ha az utolsó napon, amikor alkoholt fogyasztottál ittál égetett szeszt, mennyit ittál belőle?

(vedd figyelembe azt is, amikor az égetett szeszt valamivel keverted)

- ☐ 1 soha nem iszom égetett szeszt
- ☐ 2 amikor utoljára ittam, nem ittam égetett szeszt
- ☐ 3 kevesebb, mint két pohárral (2 pohár=8 cl)
- ☐ 4 2-3 pohárral (8-12 cl)
- ☐ 5 4-6 pohárral (16-24 cl)
- ☐ 6 több, mint 6 pohárral (több mint 24 cl)

14e. Az alábbi 10 fokú skálán jelöld be, hogy az utolsó napon, amikor alkoholt fogyasztottál, mennyire részegedtél le (ha semmilyen hatása nem volt az alkoholnak az "1"-t jelöljed)

- ☐ 11 soha nem iszom alkoholt

Egyáltalán nem voltam részeg												Erősen berúgtam, arra sem emlékeztem, mi történt
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

A következő kérdések az **elmúlt 30 nap** alkoholfogyasztására vonatkoznak

15. Gondolj vissza az előző 30 napra. Hányszor fordult elő veled, hogy saját fogyasztásodra bort, sört, töménytet vagy alkoholtartalmú üdítőt vásároltál üzletben, áruházban, benzinkútnál stb.?

(Minden sorban egy választ jelölj be!)

	0-szor	1-2-szer	3-5-szor	6-9-szer	10-19-szer	20 vagy többször
a. sör (ne számold bele az alkoholmentes sört)	1	2	3	4	5	6
b. előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital (pl. smash, baccardi breezer, inside, nite)	1	2	3	4	5	6
c. bor	1	2	3	4	5	6
d. égetett szeszek (pl. likőr, pálinka, whisky, koktél, vermut)	1	2	3	4	5	6

16. Gondold végig megegyeszer az utóbbi 30 napot! Hányszor fordult veled elő, hogy bort, sört, töménytet vagy alkoholtartalmú üdítőt ittál bárban, étteremben, sörözőben, borozóban vagy discóban?

(Minden sorban egy választ jelölj be!)

	0-szor	1-2-szer	3-5-szor	6-9-szer	10-19-szer	20 vagy többször
a. sör (ne számold bele az alkoholmentes sört)	1	2	3	4	5	6
b. előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital (pl. smash, baccardi breezer, inside, nite)	1	2	3	4	5	6
c. bor	1	2	3	4	5	6
d. égetett szeszek (pl. likőr, pálinka, whisky, koktél, vermut)	1	2	3	4	5	6

17. Gondold végig újra az elmúlt 30 napot. Hányszor fordult elő veled, hogy egy alkalommal 5 vagy több italt ittál meg?

("Egy ital" lehet másfél dl bor, vagy fél liter sör, vagy fél dl égetett szesz, vagy egy koktél)

1	egyszer sem
2	egy alkalommal
3	2 alkalommal
4	3-5 alkalommal
5	6-9 alkalommal
6	10 vagy több alkalommal

Néhány további, alkohollal kapcsolatos kérdés

18. Hányszor fordult veled elő, hogy annyit ittál, hogy berúgtál? Például támoiyogtál járás közben, akadozott a beszéded, hánytál, vagy nem emlékeztél mi történt veled előzőleg

(Minden sorban egy választ jelölj be!)

	0-szor	1-2-szer	3-5-szor	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	40 vagy ennél többször
a. az életed során	1	2	3	4	5	6	7
b. az elmúlt 12 hónapban	1	2	3	4	5	6	7
c. az elmúlt 30 napban	1	2	3	4	5	6	7

- 19 Hány éves korodban próbáltad ki először a következőket?
(Soranként egy választ jelölj!)

	Soha	9 évesen vagy korábban	10 évesen	11 évesen	12 évesen	13 évesen	14 évesen	15 évesen	16 évesen vagy később
a. sört ittam, legalább egy pohárral	1	2	3	4	5	6	7	8	9
b. alkoholtartalmú üdítőt ittam legalább egy pohárral	1	2	3	4	5	6	7	8	9
c. Bort ittam legalább egy pohárral	1	2	3	4	5	6	7	8	9
d. égetett szeszt ittam legalább egy pohárral	1	2	3	4	5	6	7	8	9
e. berúgtam	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- 20 Mennyire tartod valószínűnek, hogy a következő dolgok megtörténhetnek veled, ha alkoholt iszol?
(Soranként egy választ jelölj!)

	Nagyon valószínű	valószínű	esetleg	nem valószínű	nagyon valószínűtlen
a. ellazulnék, feloldódnék	1	2	3	4	5
b. problémám lenne a rendőrséggel	1	2	3	4	5
c. ártanék vele az egészségemnek	1	2	3	4	5
d. boldognak érezném magam	1	2	3	4	5
e. elfelejteném a problémáimat	1	2	3	4	5
f. nem tudnám abbahagyni az ivást	1	2	3	4	5
g. másnapos lennék	1	2	3	4	5
h. barátságosabbnak és szókimondóbbnak érezném magam	1	2	3	4	5
i. olyat tennék, amit később megbánnék	1	2	3	4	5
j. nagyon jól szórakoznék	1	2	3	4	5
k. betegnek érezném magam	1	2	3	4	5

21. Az elmúlt 12 hónapban hányszor fordult elő veled valamelyik az alábbi problémák közül az alkoholfogyasztásod miatt?
(Soranként egy választ jelölj!)

	soha	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	40 vagy többször
a. dulakodtam, verekedtem	1	2	3	4	5	6	7
b. baleset vagy sérülés ért	1	2	3	4	5	6	7
c. komoly problémáim voltak a szüleimmel	1	2	3	4	5	6	7
d. komoly problémáim voltak a barátaimmal	1	2	3	4	5	6	7
e. rossz volt a teljesítményem az iskolában vagy a munkahelyen	1	2	3	4	5	6	7
f. kiraboltak, megloptak	1	2	3	4	5	6	7
g. problémám volt a rendőrséggel	1	2	3	4	5	6	7
h. kórházba, detoxikálóba vagy krízisosztályra kerültem	1	2	3	4	5	6	7
i. védekezés nélkül teremtettem szexuális kapcsolatot	1	2	3	4	5	6	7
j. olyan szexuális kapcsolatomban volt, amit később megbántam	1	2	3	4	5	6	7

A nyugtatók/altatók (mint például a seduxen, andaxin, elenium stb) olyan szerek, amelyeket általában az orvos ír fel, hogy az ember tudjon pihenni, aludni vagy hogy megnyugodjon. A gyógyszertárakban nem árúsítják ezeket a szereket recept nélkül

- 22 Szedtél-e valaha nyugtatót/altatót azért, mert az orvos javasolta neked?

1	soha
2	igen, de kevesebb mint 3 hétig
3	igen, 3 hétig vagy tovább

A következő kérdések a marihuánára és hasisra (cannabisra) vonatkoznak

23 Mit gondolsz, mennyire nehezen tudnál marihuánát vagy hasist (cannabist) szerezni, ha akarnál?

- | | |
|---|----------------|
| 1 | lehetetlen |
| 2 | nagyon nehezen |
| 3 | inkább nehezen |
| 4 | inkább könnyen |
| 5 | nagyon könnyen |
| 6 | nem tudom |

24. Előfordult-e veled, és ha igen hányszor, hogy fogyasztottál marihuánát, vagy hasist (cannabist)?

(Minden sorban egy választ jelölj meg!)

	0-szor	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	40 vagy többször
a. életed során	1	2	3	4	5	6	7
b. az utóbbi 12 hónapban	1	2	3	4	5	6	7
c. az utóbbi 30 napban	1	2	3	4	5	6	7

25 Mikor próbáltad ki először a marihuánát vagy a hasist?

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | soha nem próbáltam |
| 2 | 9 évesen vagy korábban |
| 3 | 10 évesen |
| 4 | 11 évesen |
| 5 | 12 évesen |
| 6 | 13 évesen |
| 7 | 14 évesen |
| 8 | 15 évesen |
| 9 | 16 évesen vagy később |

26. Előfordult-e veled valaha, hogy lehetőséged lett volna kipróbálni a marihuánát vagy hasist, de nem próbáltad ki?

- | | |
|---|------|
| 1 | nem |
| 2 | igen |

Ha igen, hány alkalommal fordult elő veled az, hogy a lehetőség ellenére nem próbáltad ki?

- | | |
|---|-------|
| 1 | 1-2 |
| 2 | 3-5 |
| 3 | 6-9 |
| 4 | 10-19 |
| 5 | 20-39 |

A következő kérdések néhány egyéb drogra vonatkoznak

27 Véleményed szerint, milyen nehezen tudnád beszerezni a következő dolgokat, ha akarnád?

(Soronként egy választ jelölj!)

	Lehetetlen	nagyon nehezen	inkább nehezen	inkább könnyen	nagyon könnyen	Nem tudom
a. amfetaminok	1	2	3	4	5	6
b. nyugtatók/altatók	1	2	3	4	5	6
c. ecstasy	1	2	3	4	5	6
d. szípu (ragasztó, stb.)	1	2	3	4	5	6

28. Előfordult-e veled, és ha igen hányszor, hogy ecstasyt használtál?
(Minden sorban egy választ jelölj be!)

	0-szor	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	ennél többször
a. életed során	1	2	3	4	5	6	7
b. az utóbbi 12 hónapban	1	2	3	4	5	6	7
c. az utóbbi 30 napban	1	2	3	4	5	6	7

29. Előfordult-e veled, és ha igen hányszor, hogy szipuztál?
(Minden sorban egy választ jelölj be!)

	0-szor	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	ennél többször
a. életed során	1	2	3	4	5	6	7
b. az utóbbi 12 hónapban	1	2	3	4	5	6	7
c. az utóbbi 30 napban	1	2	3	4	5	6	7

30. Hány alkalommal használtad életedben a következő drogokat?
(Soronként egy választ jelölj!)

	0-szor	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	ennél többször
a. nyugtatók/altatók, (orvosi recept nélkül)	1	2	3	4	5	6	7
b. amfetaminok (szpíd)	1	2	3	4	5	6	7
c. LSD vagy más hallucinogének	1	2	3	4	5	6	7
d. crack	1	2	3	4	5	6	7
e. kokain	1	2	3	4	5	6	7
f. relevin	1	2	3	4	5	6	7
g. heroin	1	2	3	4	5	6	7
h. mágikus gomba	1	2	3	4	5	6	7
i. GHB	1	2	3	4	5	6	7
j. anabolikus szteroidok	1	2	3	4	5	6	7
k. injekciós tűvel bevitt drogok (heroin, kokain, amfetaminok)	1	2	3	4	5	6	7
l. alkohol gyógyszerrel	1	2	3	4	5	6	7
m. más ópiátok (pl. máktea)	1	2	3	4	5	6	7
n. patron, lufi	1	2	3	4	5	6	7
o. valami más, eddig fel nem sorolt drog (írd ide!)	1	2	3	4	5	6	7
.....							

31 Hány éves korodban próbáltad ki először a következőket?
(Soronként egy választ jelölj!)

	Soha	9 évesen vagy korábban	10 évesen	11 évesen	12 évesen	13 évesen	14 évesen	15 évesen	16 évesen vagy később
a. kipróbáltam az amfetaminokat	1	2	3	4	5	6	7	8	9
b. kipróbáltam a nyugtatókat/altatókat orvosi javaslat nélkül	1	2	3	4	5	6	7	8	9
c. kipróbáltam az ecstasyt	1	2	3	4	5	6	7	8	9
d. kipróbáltam a szipuzást	1	2	3	4	5	6	7	8	9
e. kipróbáltam az alkoholt gyógyszerrel együtt	1	2	3	4	5	6	7	8	9

32. Az elmúlt 12 hónapban hányszor fordult elő veled valamelyik az alábbi problémák közül azért, mert drogot fogyasztottál (pl. marihuánát, ecstasyt vagy amfetaminokat)?
(Soronként egy választ jelölj!)

	soha	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	40 vagy többször
a. dulakodtam, verekedtem	1	2	3	4	5	6	7
b. baleset vagy sérülés ért	1	2	3	4	5	6	7
c. komoly problémáim voltak a szüleimmel	1	2	3	4	5	6	7
d. komoly problémáim voltak a barátaimmal	1	2	3	4	5	6	7
e. rossz volt a teljesítményem az iskolában vagy a munkahelyen	1	2	3	4	5	6	7
f. kiraboltak, megloptak	1	2	3	4	5	6	7
g. problémám volt a rendőrséggel	1	2	3	4	5	6	7
h. kórházba, detoxikálóba vagy krízisosztályra kerültem	1	2	3	4	5	6	7
i. védekezés nélkül teremtettem szexuális kapcsolatot	1	2	3	4	5	6	7

j. olyan szexuális kapcsolatom volt, amit később megbántam

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

A következő kérdések különböző szerekre vonatkoznak

33 Most gondolj vissza az elmúlt 30 napra. Körülbelül mennyi pénzt költöttél cigarettára, alkoholra és marihuánára?
(Minden sorban egy választ jelölj be!)

	0 Ft	800 Ft vagy kevesebb	801-1500 Ft között	1501-3000 Ft között	3001-6500 Ft között	6501-14000 Ft között	14000 Ft-nál többet
a. cigarettára	1	2	3	4	5	6	7
b. alkoholra	1	2	3	4	5	6	7
c. marihuánára	1	2	3	4	5	6	7

34 Véleményed szerint a barátaid között hány olyan van, aki:
(Soronként egy választ jelölj!)

	Egy sem	Néhány	Számos	Legtöbb	Mind
a. cigarettázik	1	2	3	4	5
b. alkoholt fogyaszt (sör, bor, égetett szesz)	1	2	3	4	5
c. lerészegedik	1	2	3	4	5
d. marihuánát vagy hasist szív	1	2	3	4	5
e. nyugtatót/altatót fogyaszt (orvosi javaslat nélkül)	1	2	3	4	5
f. ecstasyt fogyaszt	1	2	3	4	5
g. szipuzik	1	2	3	4	5

35. Van-e az idősebb testvéreid között

olyan, aki:

(Soronként egy választ jelölj!)

	Igen, van	nincs	nem tudom	nincs idősebb testvérem
a. cigarettázik	1	2	3	4
b. alkoholt fogyaszt (sör, bor, égetett szesz)	1	2	3	4
c. lerészegedik	1	2	3	4
d. marihuánát vagy hasist szív	1	2	3	4
e. nyugtatót/altatót fogyaszt (orvosi javaslat nélkül)	1	2	3	4
f. ecstastyt fogyaszt	1	2	3	4
g. szipuzik	1	2	3	4

36. Véleményed szerint mennyire veszélyeztetik magukat (fizikailag és más módon) az emberek, ha a következőket teszik?

(Soronként egy választ jelölj be!)

	nem veszélyeztetik	kicsit	közepesen	nagyon	nem tudom
a. alkalmi cigarettázás	1	2	3	4	5
b. napi egy vagy több doboz cigaretta elszívása	1	2	3	4	5
c. egy-két ital elfogyasztása majdnem minden nap	1	2	3	4	5
d. négy vagy öt ital elfogyasztása majdnem minden nap	1	2	3	4	5
e. öt vagy több ital elfogyasztása minden hétfőn	1	2	3	4	5
f. marihuána (hasis) kipróbálása egyszer vagy kétszer	1	2	3	4	5
g. marihuána (hasis) alkalmi fogyasztása	1	2	3	4	5
h. marihuána vagy hasis rendszeres fogyasztása	1	2	3	4	5
i. ecstasy kipróbálása egyszer vagy kétszer	1	2	3	4	5
j. ecstasy rendszeres fogyasztása	1	2	3	4	5
k. amfetamin kipróbálása egyszer vagy kétszer	1	2	3	4	5
l. amfetamin rendszeres fogyasztása	1	2	3	4	5
m. nyugtatók/altatók kipróbálása (orvosi javaslat nélkül)	1	2	3	4	5

A következő néhány kérdés a szüleidről szól.

Ha többnyire nevelőszülők, vagy valaki más nevelt, akkor kérjük, hogy válaszaidd rájuk vonatkozzanak. Ha például édesapád és nevelőapád is van, akkor arra gondold, akinek nagyobb szerepe volt a nevelésedben.

37. Mi az édesapád (nevelőapád) legmagasabb iskolai végzettsége?

- 1 8 általános, vagy kevesebb
 2 szakmunkásképző
 3 érettségi
 4 befejezetlen főiskola vagy egyetem
 5 főiskolai vagy egyetemi diploma
 6 nem tudom
 7 nincs apám

38. Mi az édesanyád (nevelőanyád) legmagasabb iskolai végzettsége?

- 1 8 általános, vagy kevesebb
 2 szakmunkásképző
 3 érettségi
 4 befejezetlen főiskola vagy egyetem
 5 főiskolai vagy egyetemi diploma
 6 nem tudom
 7 nincs anyám

39. Véleményed szerint másokhoz képest mennyire jó körülmények között él a családod?

- 1 magasan a legjobbak között van
 2 sokkal jobb az átlagnál
 3 valamivel jobb az átlagnál
 4 átlagos
 5 valamivel rosszabb az átlagnál

- sokkal rosszabb az átlagnál
 a legrosszabbak között van

40a. A következő emberek közül kik laknak veled egy háztartásban?

(Mindenkit jelölj be, akivel egy háztartásban élsz!)

- egyedül élek
 édesapa
 nevelőapa
 édesanya
 nevelőanya
 fiútestvér(ek)
 lánytestvér(ek)
 nagyszülő(k)
 más rokon(ok)
 nem rokon személy(ek)
 Intézetben, gyermekotthonban élek

40b. Milyen településen van a lakásotok?

- fővárosban
 megyeszékhelyen
 egyéb városban
 községben vagy faluban
 tanyán

41. Mennyire vagy általában megelégedve az alábbi kapcsolataiddal?

(Soranként egy választ jelölj be!)

- | | nagyon elégedett vagyok | elégedett vagyok | elégedett is meg nem is | nem vagyok annyira elégedett | egyéltalán nem vagyok elégedett | nincs ilyen |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| a. anyáddal való kapcsolattal | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| b. apáddal való kapcsolattal | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| c. barátaiddal való kapcsolattal | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |

42. Milyen gyakran igazak rád az alábbi állítások?

(Soranként egy választ jelölj!)

- | | Majdnem mindig | Gyakran | Alkalmanként | Ritkán | Majdnem soha |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| a. a szüleim egyértelmű szabályokat határoznak meg arról, mit csinálhatok otthon | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| b. a szüleim egyértelmű szabályokat határoznak meg arról, mit csinálhatok, ha nem vagyok otthon | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| c. Tudják a szüleim, kivel/töltöm az estét | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| d. Tudják a szüleim, hol/töltöm az estét | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| e. Könnyen kapok megértést és gondoskodást anyámtól és/vagy apámtól | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| f. Könnyen kapok érzelmi támogatást anyámtól és/vagy apámtól | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| g. könnyen kapok kölcsön pénzt anyámtól és/vagy apámtól | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| h. könnyen kapok pénzt ajándékba anyámtól és/vagy apámtól | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| i. könnyen kapok megértést és gondoskodást a legjobb barátomtól | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| j. könnyen kapok érzelmi támogatást a legjobb barátomtól | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |

43. Tudják-e a szüleid, hogy hol töltöd a szombat estéidet?

- igen, mindig tudják
 igen, többnyire tudják
 néha tudják
 általában nem tudják

44. Ha valaha is használtál volna marihuánát vagy hasist, szerinted megmondtnád volna ebben a kérdőívben?

- már mondtam, hogy használtam
 igen, biztosan
 valószínűleg igen

- 4** valószínűleg nem
5 biztos, hogy nem

A következő kérdések arról szólnak, hogy mit gondolsz magadról.

45. Az alábbiakban néhány állítást sorolunk fel, arról, amit általában magaddal kapcsolatban érezhetsz.

Soronként egy választ jelölj, attól függően, hogy mennyire értesz egyet az adott állítással!

- | | nagyon egyetértek | egyetértek | nem értek egyet | nagyon nem értek egyet |
|--|-------------------|------------|-----------------|------------------------|
| a. általánosságban elégedett vagyok magammal | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. időnként azt gondolom, hogy egyáltalán nem vagyok jó | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. úgy érzem, hogy számos jó tulajdonságom van | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. képes vagyok arra, hogy olyan jól tegyem a dolgaimat, ahogy azt az emberek többsége teszi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. úgy érzem, nem sok mindenre lehetek büszke | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. néha hasznavehetetlennek érzem magam | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g. úgy érzem, legalább olyan értékes vagyok, mint mások | 1 | 2 | 3 | 4 |
| h. szeretném többre tartani magam | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. mindent egybe vetve hajlamos vagyok csődtömegnek érezni magamat | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. pozitívan értékelem, kedvelem magam | 1 | 2 | 3 | 4 |

46. Az elmúlt 7 napban milyen gyakran fordultak elő veled az alábbiak?

(Soronként egy választ jelölj be!)

- | | szinte soha | néha | gyakran | szinte mindig |
|---|-------------|------|---------|---------------|
| a. nem volt étvágyad, nem akartál enni | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. nehezen tudtál koncentrálni | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. lehangoltnak érezted magad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. úgy érezted, hogy kényszeríteni kell | 1 | 2 | 3 | 4 |

magad, és nagy erőfeszítésedbe kerül,

- e. szomorú voltál
 f. nem tudtad elvégezni a feladataidat (otthon, munkában, iskolában)

1	2	3	4
1	2	3	4

47. Mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal?

(Soronként egy választ jelölj!)

- | | nagyon egyetértek | inkább egyetértek | nem tudom | inkább nem értek egyet | nagyon nem értek egyet |
|--|-------------------|-------------------|-----------|------------------------|------------------------|
| a. minden szabályt megszeghetsz, ha úgy tűnik nincs értelme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. bármely szabályt betartok, amit be akarok tartani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. valójában nagyon kevés abszolút szabály van az életben (amit minden körülmények között be kell tartani) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. nehéz bármiben is bízni, mert minden változik | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. valójában senki sem tudja mi az, amit elvárnak tőle az életben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. soha semmiben nem lehetsz biztos az életben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

48. Előfordultak-e veled az alábbiak?

(Soronként egy választ jelölj!)

- | | egyáltalán nem | egyszer | kétszer | 3-4-szer | 5 vagy többször |
|---|----------------|---------|---------|----------|-----------------|
| a. több mint egy napra elszöktem otthonról | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. azon gondolkoztam, hogy kárt tegyek magamban | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. azon gondolkoztam, hogy öngyilkosságot kövessek el | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. kárt tettem magamban | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. öngyilkosságot kíséreltem meg | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

A következő két kérdés ismét ismét a kábítószerrel kapcsolatos

49 Mit gondolsz, az alábbi helyek közül hol tudnál könnyen hozzájutni marihuánához vagy hasishoz, ha akaakarnál?

(Több választ is bejelölhetsz!)

- ☐ 1 nem tudok ilyen helyet
- ☐ 1 utcán, parkban
- ☐ 1 iskolában
- ☐ 1 diszkóban, bárban
- ☐ 1 dílernek (kereskedőnek) a lakásán
- ☐ 1 Interneten keresztül
- ☐ 1 plázában
- ☐ 1 máshol (írd le!).....

50 Ha valaha használtál valamilyen kábítószer, mint pl. marihuána, ecstasy vagy amfetaminok, hogyan jutottál hozzá?

(Több választ is bejelölhetsz)

- ☐ 1 soha nem próbáltam ki semmilyen illegális kábítószer
- ☐ 1 idősebb testvérem adta
- ☐ 1 egy nálam idősebb barátom adta
- ☐ 1 egy velem egy idős, vagy nálam fiatalabb barátom adta
- ☐ 1 valaki adta, akiről már halottam, de nem ismerem személyesen
- ☐ 1 egy idegentől kaptam
- ☐ 1 baráti társasággal osztottunk rajta
- ☐ 1 egy barátomtól vettem
- ☐ 1 valakitől vettem, akiről már halottam, de nem ismerem

- ☐ 1 idegentől vettem
- ☐ 1 egyik szülőm adta nekem
- ☐ 1 otthon vettem el szüleim engedélye nélkül
- ☐ 1 más módon (írd le!).....

Végül még néhány dologgal kapcsolatosan szeretnénk a véleményedet megismerni

51 Mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal?

(Soronként egy választ jelölj!)

- | | Teljesen | Inkább igen | Inkább nem | Egyáltalán nem | Nem tudom |
|---|----------|-------------|------------|----------------|-----------|
| a. A drogozás sokkal veszélyesebb, mint az alkohol vagy a cigaretta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| b. Ha valaki csak a könnyű drogot próbálja ki, akkor sincs már visszaút. | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| c. Keményen kell büntetni a fogyasztókat is, mert csak így lehet visszaszorítani a drogozást. | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| d. Akinek szilárd hite van, az nem nyúl kábítószerhez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| e. Bármilyen rossz helyzetbe is kerül valaki, a drog nem megoldás. | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| f. Felesleges annyi pénzt költeni elvonókúrákra, a drogosok megérdemlik a sorsukat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| g. Meg lehet érteni, hogy a kilátástalan helyzetben lévő fiatalok a drog felé fordulnak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| h. Csak az igazán kemény drogot nem szabad kipróbálni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| i. Nem a kábítószeres fiatalok a bűnösök, hanem a terjesztők. | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| j. Minden kultúrának megvannak a kábítószerai, csak tudni kell használni azokat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| k. A drogokat már úgysem lehet | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |

viasszaszorítani.

- l. A drog olyan, mint a korábbi nemzedékeknek az alkohol.

1	2	3	4	0
---	---	---	---	---

- m. A drogozás része a modern szórakozásnak.

1	2	3	4	0
---	---	---	---	---

52. Az alábbiakban ellentétes tulajdonság-párokat látsz. Kérjük, jellemezd segítségükkel a kábítószer-fogyasztókat. Jelöld a hozzád legközelebb eső értéket. (pl. ha úgy gondolod, hogy a kábítószerfogyasztó inkább óvatos, akkor jelöld be az 1-est vagy a 2-est az első sorban, stb.)
(Soronként egy választ jelölj!)

a.	óvatosak	1	2	3	4	5	merészek
b.	férfiak	1	2	3	4	5	nők
c.	magányosak	1	2	3	4	5	társkeresők
d.	határozottak	1	2	3	4	5	befolyásolhatók
e.	tájékozatlanok	1	2	3	4	5	tájékozottak
f.	becsületesek	1	2	3	4	5	bűnözők
g.	városiak	1	2	3	4	5	falusiak
h.	békések	1	2	3	4	5	agresszívek
i.	szegények	1	2	3	4	5	jómódúak
j.	fiatalabbak	1	2	3	4	5	idősebbek

53. Hányszor fordult elő veled, hogy berúgtál?
(Minden sorban egy választ jelölj be!)

	0-szor	1-2-szer	3-5-szor	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	ennél többször							
a. életed során	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7						
1	2	3	4	5	6	7								
b. az utóbbi 12 hónapban	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7						
1	2	3	4	5	6	7								
c. az utóbbi 30 napban	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7						
1	2	3	4	5	6	7								

**Köszönjük, hogy válaszaiddal
segítetted a munkánkat!**

ÉRTELMEZŐ SZÓTÁR

Ez a szótár a kérdőívben található kábítószeresek értelmezését, néhány általunk ismert szinonima vagy hasonló hatóanyagú szer felsorolását tartalmazza.

NYUGTATÓ/ALTATÓ: Seduxen, Xanax, Rivotril, Andaxin, Elenium, Frontin, Stesolid, Frisium, Librium, Nobrium, Rudotel, Grandaxin, Anteplepsin, Eunocin, Dormicum, Imovane, Sevenal, Stilnox, Etival, Dorlotyn, Hipnoval, Noxyron, Tardyl

MARIHUÁNA, HASIS: kender, vadmender, THC, „spangli”, „fű”, „zöld”, „joint”, gnüzm, „haska”, „csoki”, „spagó”, hasisolaj, „mariska”

AMFETAMINOK: stimuláló szerek, speed, „szpíd”, „gyors”, „amfet”, „Ice”, Ephedrin,

ECSTASY: XTC, „EX”, „bogyó”, „Eki”, „E”, extazi, „Éva tableta”, „Eksztázis”, „labda”, „X”

HEROIN: „hernyó”, „hercsi”, „H”, „HRN”, „nyalcsi”, „barna”

MÁS OPIÁTOK: máktea, máktej, metszett mák, morfium, lengyel kompót, codein, coderit (nem köhögés csillapításra)

LSD: „bélyeg”, „korong”, „tripp”, „trinyó”, „papír”, „lecsó”, „sav”

KOKAIN: „koks”, „kokó”, „kók”, „hó”, „kóla”, „fehér”

SZÍPUZÁS: szerves oldószerek, ragasztók, hígítók vagy csavarlazító gőzének belélegzése, butil-amilnitrit, „rush”, „popper”

GHB: folyékony ecstasy

MÁGIKUS GOMBA: légyölő galóca

Az alábbi négyzetek a feldolgozáshoz szükségesek. Kérjük, ezeket hagyj üresen!

--	--	--

--	--	--

--	--

--

--	--

--	--

--	--

--

15. A GYORS HELYZETFELMÉRÉS ÉS VÁLASZ INTERJÚ VÁZLATA AZ INTRAVÉNÁS KÁBITÓSZERHASZNÁLTA JELENSÉGÉRE ÉS ELTERJEDTSÉGÉRE VONATKOZÓAN

Az interjúk felvétele során az alábbi 5 területre fókuszálunk:

- 1. Az intravénás kábítószer-használat jelenségével és elterjedtségével összefüggő makroszociális hatások;**
 - 2. Az intravénás kábítószer-használat területi jellemzői;**
 - 3. Az intravénás kábítószer-használat egészségügyi következményeinek megjelenése;**
 - 4. Az intravénás kábítószer-használattal kapcsolatos kockázati magatartások jellemzői;**
 - 5. A jelenség kezelése kapcsán jelenleg alkalmazott, illetve rendelkezésre álló intervenciós lehetőségek és azok jellemzői.**
-

- 1. Az intravénás kábítószer-használat jelenségével és elterjedtségével összefüggő makroszociális hatások**

CÉL: Szélesebb kontextusban értelmezni az iv. kábítószer-használat jelenségét, egyéni és társadalmi, környezeti hatásait.

ALAPKÉRDÉSEK:

- Milyen környezeti, társadalmi jelenségek, hatások, tényezők segítik elő, illetve gátolják az intravénás droghasználat terjedését?
- Milyen környezeti, társadalmi jelenségek, hatások, tényezők súlyosbítják, illetve javítják az intravénás droghasználat kedvezőtlen egészségügyi következményeit?
- Milyen környezeti, társadalmi jelenségek, hatások, tényezők segítik elő, illetve gátolják a jelenség kezelésére történő beavatkozásokat?

Konkrét kérdések:

Milyen környezeti, társadalmi jelenségek, hatások, tényezők segítik elő, illetve gátolják az intravénás droghasználat terjedését?

- Milyen főbb változások történtek a helyi közösségben, amelyek hatással lehettek az intravénás droghasználat terjedésére vagy megjelenésére?
- Történt-e a megyében/városban kábítószer-előállítás; vannak-e arrafelé tranzitszállítmányok, hogyan jut az iv. fogyasztókhoz jellemzően a kábítószer?

- Van-e olyan társadalmi csoport, amely különösen veszélyeztetett az intravénás droghasználat tekintetében?
- Milyen földrajzi jellemzők befolyásolják (segítik elő vagy korlátozzák) az intravénás droghasználat terjedését?
- Milyen társadalmi, környezeti jellemzők, hatások befolyásolják (segítik elő vagy korlátozzák) az intravénás droghasználat terjedését?
- Történt-e valamilyen változás a lakosság összetételében az elmúlt időszakban (pl. bevándorlók, menekültek számának emelkedése, elvándorlás, turizmus fejlődése, etnikai csoportok létszámának növekedése), amely befolyásolhatja az intravénás droghasználat fejlődését?
- Milyen gazdasági jellemzők befolyásolhatják az iv. droghasználat terjedését (pl. foglalkoztatás, mobilitás, városiasodás, jövedelmi egyenlőtlenségek, egyéb negatív szociális, társadalmi hatások)?
- Milyen politikai (adott esetben helyi) és gazdasági hatások járulhatnak hozzá az intravénás droghasználat terjedéséhez (pl. bizonytalan gazdasági helyzet, gyors politikai változások stb.)

Milyen környezeti, társadalmi jelenségek, hatások, tényezők súlyosbítják, illetve javítják az intravénás droghasználat kedvezőtlen egészségügyi következményeit?

- A helyi egészségügyi hálózat nyújt-e szolgáltatásokat (kezelést) a kábítószer-problémával küzdőknek?
- Milyen mértékben érvényesül a „drog-törvény” elrettentő hatása a kábítószer-fogyasztás, kiemelten az intravénás kábítószer-fogyasztás alakulására? Mennyire hatékony a rendőrség, az ügyészség, a bíróságok működése e tekintetben?
- Létezik-e diszkrimináció valamely faji, etnikai csoport vagy más társadalmi csoport irányába, amely hatással lehet az iv. droghasználatból adódó egészségügyi következményekre?
- Történt-e valamilyen változás a lakosság összetételében az elmúlt időszakban (pl. bevándorlók, menekültek számának emelkedése, elvándorlás, turizmus fejlődése, etnikai csoportok létszámának növekedése), amely befolyással bírhat az intravénás droghasználat egészségügyi következményeire?
- Vannak-e a férfi és a női szerepeknek olyan jellemzői, amelyek hatással lehetnek az iv. droghasználat egészségügyi következményeire?
- Melyek azok a főbb egészségügyi problémák, amelyek érintik a lakosságot, kiváltképpen az intravénás droghasználókat?
- A szociális ellátás rendszere nyújt-e segítséget a kábítószer-problémával küzdőknek? Melyek ezek?
- Hogyan vélekednek a lakosság különböző csoportjai és intézményei, hogyan viszonyulnak az intravénás droghasználókhoz? (helyi önkormányzat, családok, civil szervezetek, iskolák stb.)
- A háztartások, családok jellemzően támogatják vagy elutasítják az iv. droghasználó fiatalot?
- Jelentkeztek-e, jelen vannak-e a szexuális viselkedéssel összefüggő problémák az iv. droghasználók körében, a helyi közösségben?

Milyen környezeti, társadalmi jelenségek, hatások, tényezők segítik elő, illetve gátolják a jelenség kezelésére történő beavatkozásokat?

- Milyen egészségügyi intézmények léteznek a megyében/városban (önkormányzati, állami finanszírozásúak, civil kezdeményezések, informális eü-i szolgáltatások)? Kik dolgoznak ezekben?
- Van-e olyan helyi kezdeményezés, helyi fórum, ahol a problémával kapcsolatos beavatkozások megvalósítása megvitatásra kerülhet?
- Az oktatási intézmények segítik, segítenék-e ezeket a beavatkozásokat?
- Van-e olyan civil szervezet, amely intravénás droghasználókkal (is) foglalkozik?

- Van-e erőforrás, lehetőség az intravénás droghasználat területi jellemzőivel, valamint az ellátásuk hatékonyságával kapcsolatos vizsgálatok elvégzésére illetve a problémakezelés, kezelő intézmények evaluációjára.
- Milyen szerep jut az egyháznak, egyházi közösségeknek a jelenség kezelésében? Hogyan vélekednek ezek a közösségek az intravénás droghasználatról és a droghasználók szexuális viselkedéséről? Milyen kapcsolatban állnak ezek a közösségek egymással?
- Van-e olyan faji, etnikai, nyelvbeli vagy más megkülönböztetés, amely elősegíti vagy gátolja a problémakezelést?
- Vannak-e olyan különleges időszakok vagy ünnepek a helyi közösségben, amikor ezek az események befolyásolják a jelenség elterjedtségét, jellemzőit? (pl. olyan évszak, amikor nehéz a közlekedés, fesztiválok, ünnepek sok turistával stb.)
- Történt-e valamilyen változás a lakosság összetételében az elmúlt időszakban (pl. bevándorlók, menekültek számának emelkedése, elvándorlás, turizmus fejlődése, etnikai csoportok létszámának növekedése), amely befolyással bírhat a problémakezelés alakulására?
- Milyen tömegkommunikációs eszközök, erőforrások állnak rendelkezésre, amelyek segíthetnek a problémakezelésben? Kik vagy kik birtokolják, felügyelik az írott és az elektronikus médiát?
- Kik azok, akik helyi szinten döntéshozó pozícióban vannak vagy befolyással bírhatnak a problémakezelésre?

1.1.

Milyen környezeti, társadalmi jelenségek, hatások, tényezők segítik elő, illetve gátolják az intravénás droghasználat terjedését?

iv. droghasználatot

KULCSTÉNYEZŐK

Elősegítő tényezők

Gátló tényezők

Azonosító:

1.2.

Milyen környezeti, társadalmi jelenségek, hatások, tényezők súlyosbítják, illetve javítják az intravénás droghasználat kedvezőtlen egészségügyi következményeit?

IV. DROGHASZNÁLAT EÜ-I KÖVETKEZMÉNYEIT

KULCSTÉNYEZŐK

JAVÍTÓ tényezők

SÚLYOSBÍTÓ tényezők

Azonosító:

1.3.

Milyen környezeti, társadalmi jelenségek, hatások, tényezők segítik elő, illetve gátolják a jelenség kezelésére történő beavatkozásokat?

A JELENSÉG KEZELÉSÉT

KULCSTÉNYEZŐK

ELŐSEGÍTŐ tényezők

AKADÁLYOZÓ tényezők

2. Az intravénás kábítószer-használat területi jellemzői

CÉL: Megérteni, megismerni az intravénás kábítószer-használat jelenségének aktuális és potenciális hatásait, valamint feltérképezni milyen eszközökkel csökkenthető a terjedése.

ALAPKÉRDÉSEK:

- A kábítószer-fogyasztás elterjedtsége és jellemzői
- Az intravénás droghasználat elterjedtsége és jellemzői
- *Az intravénás droghasználók jellemzői és elérhetőségük*

Konkrét kérdések:

A kábítószer-fogyasztás elterjedtsége és jellemzői

- Amennyiben vannak megszerezhető adatok – kérjétek el!
- Milyen típusú szerek vannak jelen? Egyes szertípusok mennyire elterjedtek és kiknek a körében? Körülbelül mennyi lehet a számosságuk?
- Földrajzilag, illetve helyileg milyen települések érintettek jelentősen, milyen társadalmi csoportok veszélyeztetettek?
- Mióta van jelen a kábítószer-probléma a megyében/városban? Hogyan változik a szerfogyasztás elterjedtsége?

Az intravénás droghasználat elterjedtsége és jellemzői

- Mennyire elterjedt az iv. droghasználat? Mekkora számosságú kör lehet? Jellemzően kik használnak intravénásan kábítószer?
- Milyen típusú szereket használnak intravénásan?
- Milyen társadalmi csoportok a legérintettebbek. Milyen a szociális, illetve az anyagi helyzetük az érintetteknek?
- Hol és hogyan szerzik be a szert, illetve a szerhasználathoz szükséges eszközöket?
- Mennyire jellemző a közös tű használat? Mennyire gyakori körökben különböző fertőző betegségek előfordulása? Milyen jellegű betegségek ezek?
- Hogyan alakul az intravénás droghasználat elterjedtsége? Mikor detektálták az első ilyen esetet? Milyen a terjedés üteme?

Az intravénás droghasználók jellemzői és elérhetőségük

- Milyen jellemzőkkel írhatók le azok a droghasználók, akik nem fogyasztanak intravénásan kábítószer?
 - Mi jellemzi az intravénás droghasználókat?
 - Milyen drogkarrier jellemzi az intravénás drogfogyasztókat?
- Jellemzően hol találhatóak az intravénás droghasználók? Hol élnek, hol vásárolnak, hol fogyasztanak (lövik be magukat)?

MÁTRIX AZ INTRAVÉNÁS DROGHASZNÁLAT ELTERJEDTSÉGÉNEK FELTÁRÁSÁRA:

JELLEMZŐ	SZINT	MAGYARÁZAT
Az iv. droghasználat (IDH) története	Nincs jelen Ritka Növekvő Kimutatható Múltban volt jelen	IDH nincs jelen vagy nagyon ritka. IDH csak most jelent meg. IDH terjedése észlelhető. IDH egy ideje jelen van. IDH létezik, de jelenleg megállt.
Az IDH elterjedtsége	Nincs jelen Ritka Nem gyakori Közepes szintű Magas szintű Nagyon magas szintű	Nincs róla információ, adat. Szórványos elterjedtség. A prevalencia >1/1000 (felnőtt) A prevalencia 1/100 és 1/1000 közt. A prevalencia < 1/100 A prevalencia < 5/100
Az IDH elterjedtségének dinamikája	Nincs jelen Csökkenő Állandó Növekvő	- IDH kevésbé elterjedt. Az IDH száma állandónak tűnik. Az IDH száma növekszik
Az IDH dinamikája – drogok típusa szerint	Nincs Csökkenő Állandó Szélesedő (kiterjedő)	- Kevesebb fajta drogot injektálnak. Ugyanazokat a drogokat injektálják. Újabb fajta drogokat is injektálnak.

Az IDH dinamikája – társadalmi csoportok	<p>Nincs IDH</p> <p>Csökken</p> <p>Állandó</p> <p>Terjedő, szélesedő</p>	<p>-</p> <p>Kevesebb társ. csop. érintett</p> <p>Ugyanazok a társ. csop. érintettek</p> <p>Újabb, több társ. csop. érintett</p>
IDH megoszlása az adott térségben, városban	<p>Nincs jelen</p> <p>Koncentrálódik</p> <p>Koncentrálódik és szóródik</p> <p>Szétszórt</p>	<p>-</p> <p>Egy adott területen található.</p> <p>Több területen található, de egyes helyeken koncentrálódik.</p> <p>Mindenhol jelen van.</p>
Társadalmi megoszlás	<p>Nincs</p> <p>Koncentrált</p> <p>Generalizált</p> <p>Koncentrált és generalizált</p>	<p>-</p> <p>Egy adott társadalmi csoportban jellemző.</p> <p>Minden társadalmi csoportban előfordul.</p> <p>Minden társadalmi csoportban előfordul, de némelyben jóval nagyobb az elterjedtsége.</p>

2.1.

A különböző szerhasználati típusok

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

VAN-E TUDOMÁSUK A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓKNAK ARRÓL,
HOGY VANNAK AKIK INTRAVÉNÁSAN HASZNÁLNAK VALAMILYEN SZERT?

KAPCSOLATBAN VANNAK-E VELÜK?

MIT GONDOLNAK, HOGYAN VÉLEKEDNEK A NEM IDH-K AZOKRÓL,
AKIK INTRAVÉNÁSAN HASZNÁLNAK KÁBÍTÓSZERT?

2.2.

A kábítószerhez való hozzáférhetőség, különös tekintettel az intravénásan használt szerekre

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

MILYEN TÍPUSÚ KÁBÍTÓSZEREK HOZZÁFÉRHETŐK?

Milyen intravénásan is használható szerek hozzáférhetők??

MILYEN TÍPUSÚ SZEREKET HASZNÁLNAK INTRAVÉNÁSAN?

Hogyan szerzik be az intravénásan használható drogokat?

TÖRTÉNIK-E ILLEGÁLIS ELŐÁLLÍTÁS A MEGYÉBEN/VÁROSBAN?

HONNAN KERÜL A VÁROSBA, MEGYÉBE AZ ILLEGÁLIS KÁBÍTÓSZER?

2.3.

Az intravénás droghasználók véleménye különböző típusú kábítószeres használatáról és injekálásáról

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

MILYEN TÍPUSÚ DROGOKAT INJEKTÁLNAK?

VAN-E OLYAN SZER, AMIT NEM HASZNÁLNAK INTRAVÉNÁSAN?

VAN-E OLYAN SZER, AMIT JELENLEG INJEKTÁL, DE TERVEZI, HOGY A KÉSŐBBIEKBEN

MÁSKÉPPEN FOGJA HASZNÁLNI?

2.4.

A kábítószer-fogyasztás elterjedtsége

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

Különböző típusú kábítószeres prevalenciája (elterjedtsége)

Becsült életprevalenciérték a felnőtt népesség körében

Kiknek a körében elterjedtek egyes szertípusok?

2.5.

Az intravénás droghasználat elterjedtsége

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

Különböző típusú kábítószeres intravénás használatának prevalenciája (elterjedtsége)

Becsült életprevalenciérték a felnőtt népesség körében

Kiknek a körében elterjedt az intravénás droghasználat?

Azonosító:

2.6.

Az intravénás droghasználat trendjének változásai

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

Mikor detektálták az első iv. eseteket?

Hol jelent meg először ez a jelenség?

Növekszik vagy csökken az intravénás alkalmazás?

Azonosító:

2.7.

A kábítószer-fogyasztó, de intravénásan nem használó populáció jellemzői

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

Milyen társadalmi csoportok érintettek?

Társadalmi státusz, réteg

Nem, kor, iskolai végzettség, foglalkozás, jövedelem

etnikai hovatartozás, egyéb jellemzők

Azonosító:

2.8.

Az intravénás droghasználók jellemzői

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

Milyen társadalmi csoportok érintettek?

Társadalmi státusz, réteg

Nem, kor, iskolai végzettség, foglalkozás, jövedelem

etnikai hovatartozás, egyéb jellemzők

Azonosító:

2.9.

Az intravénás droghasználók drogkarrierje

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

Mikor történik jellemzően az első szerhasználat?

Mikor történik jellemzően az első intravénás szerhasználat?

Folyamatosan intravénásan használják vagy előfordul, hogy adott

Körülmények hatására megszakítják?

Mikor kerülnek kapcsolatba először jellemzően valamilyen segítő szervezettel

vagy keresnek először kezelést? (hány évvel az iv. droghasználat kezdetét követően)

Általában mennyi ideig tart az intravénás alkalmazás?

Hogyan végződik?

Azonosító:

2.10.

Az intravénás droghasználók előfordulása

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

A város/megye mely részén élnek? Milyen körülmények között?

Hova járnak megszerezni a kábítószer és az alkalmazáshoz szükséges eszközöket?

Hol használják (lövik be) jellemzően az anyagot?

Azonosító:

2.11.

AZ INTRAVÉNÁS DROGHASZNÁLAT ELTERJEDTSÉGÉNEK FELTÁRÁSA

JELLEMZŐ	SZINT	MAGYARÁZAT	INFORMÁCIÓFORRÁS
Az iv. droghasználat (IDH) története	Nincs jelen Ritka Növekvő Kimutatható Múltban volt jelen		
Az IDH elterjedtsége	Nincs jelen Ritka Nem gyakori Közepes szintű Magas szintű Nagyon magas szintű		
Az IDH elterjedtségének dinamikája	Nincs jelen		

	Csökkenő Állandó Növekvő		
Az IDH dinamikája – drogok típusa szerint	Nincs Csökkenő Állandó Szélesedő (kiterjedő)		
Az IDH dinamikája – társadalmi csoportok	Nincs IDH Csökken Állandó Terjedő, szélesedő		
IDH megoszlása az adott térségben, városban	Nincs jelen Koncentrálódik Koncentrálódik és szóródik		

	Szétszórt		
Társadalmi megoszlás	Nincs Koncentrált Generalizált Koncentrált és generalizált		

3. Az intravénás kábítószer-használat egészségügyi következményeinek megjelenése

CÉL: Szélesebb kontextusban értelmezni az iv. kábítószer-használat jelenségét, egyéni és társadalmi, környezeti hatásait.

ALAPKÉRDÉSEK:

- Milyen káros egészségügyi következményekkel észlelhetők az intravénás droghasználóknál?
- Mennyire elterjedtek ezek a káros egészségügyi következmények?
- Milyen trend jellemző az egészségügyi következmények alakulására?

Konkrét kérdések:

- Milyen fertőző betegségek megjelenése hozható összefüggésbe az intravénás alkalmazással? (
 - AIDS,
 - HIV,
 - Hepatitis B, C,; Egyéb Hepatitis,
 - szexuális úton terjedő betegségek,
 - egyéb bakteriális, vírusos fertőzések)
- Milyen fertőző betegségek hozhatók összefüggésbe a szexuális viselkedéssel? -- - AIDS,
 - HIV,
 - Hepatitis B, C,; Egyéb Hepatitis,
 - szexuális úton terjedő betegségek,
 - egyéb bakteriális, vírusos fertőzések)
- Milyen egyéb egészségügyi problémák hozhatók összefüggésbe az intravénás alkalmazással? (
 - nem halálos és halálos kimenetelű túladagolás,
 - kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek,
 - halálozási ráta az iv. droghasználók körében,
 - fizikai egészségkárosodás az intravénás alkalmazás következtében,
 - mentális károsodás, amely összefüggésbe hozható a kábítószer-fogyasztással
- Milyen egészségügyi problémák és káros hatások kapcsolódnak az intravénás droghasználók életkörülményeihez, életstílusához?
 - tuberkolózis,
 - erőszakos cselekmények és balesetek (lehet okozója vagy áldozata is)
 - egyéb betegségek és problémák.

3.4.

Hepatitis C

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

Az első Hepatitis C IDH eset megjelenése

A Hepatitis C fertőzés elterjedtsége IDH között

Az új Hepatitis C esetek előfordulásának üteme

Az új Hepatitis C esetek előfordulásának üteme (IDH között)

Hogyan változik az Hepatitis C fertőzöttség elterjedtsége IDH és más droghasználók körében?

3.6.

Szexuális úton terjedő betegségek

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

Milyen szexuális úton terjedő betegségek vannak jelen? (gonorrhoea, syphilis, herpes stb.)

Milyen szexuális úton terjedő betegségek jellemzők az IDH-ra?

Milyen arányban fordulnak elő ezek a betegségek az IDH körében?

Azonosító:

3.8.

**Nem halálos és halálos kimenetelű túladagolások, kábítószer-fogyasztással
összefüggő halálesetek, halálozási ráta az IDH körében**

KÉRDÉSEK

A JELENSÉG LEÍRÁSA

Hány túladagolós haláleset történt a megyében/városban?

Ezek közül hány esetről ismert, hogy IVH volt?

Milyen típusú kábítószer okozta a halálesetet?

Túladagolós esetek száma:

- halállal végződő

-nem halállal végződő

Milyen szertípus volt jellemző?

A halálos és nem halálos kimenetelű túladagolások trendje

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek száma

Halálozási arány az IDH körében

Mik a főbb okok a halálozások kapcsán?

4. Az intravénás kábítószer-használattal kapcsolatos kockázati magatartások jellemzői

CÉL: Értelmezni, feltárni a kockázati magatartások körét és jellemzőit az iv. droghasználók körében. Megvizsgálni, hogy miért jelennek meg ezek a kockázati magatartások, valamint, hogy hogyan csökkenthetők ezek.

ALAPKÉRDÉSEK:

- Milyen típusú kockázati magatartások jelennek meg az intravénás droghasználók körében?
- Mennyire elterjedt, milyen gyakori ezek megjelenése?
- Miért jelennek meg ezek a kockázati magatartások az IDH körében?
- Jellemzően kik azok, akiknek a körében gyakori a kockázati magatartások előfordulása?
- Hogyan tudnák az IDH magukévá tenni a kockázatcsökkentő viselkedést?

Konkrét kérdések:

- Milyen intravénás alkalmazási módok növelik a fertőző betegségek előfordulásának kockázatát?
- Mennyire magas ezek előfordulása?
- Milyen szexuális magatartás növeli a fertőző betegségek előfordulásának kockázatát?
- Mennyire magas ezek előfordulása?
- Milyen viselkedés növeli a túladagolások vagy egyéb egészségügyi következmények előfordulását?
- Mennyire magas ezek előfordulása?
- Milyen információkkal rendelkeznek az IDH-k az intravénás alkalmazással, valamint a szexuális viselkedésükkel összefüggésbe hozható rizikótényezőről?
- Hogyan befolyásolják a szociális/csoport normák az intravénás kockázati magatartást IDH körében?
- Hogyan befolyásolják a szociális/csoport normák a szexuális kockázati magatartást az IDH körében?
- Hogyan befolyásolják a szociális/csoport normák a túladagolás és más egészségügyi problémák előfordulásának kockázatát?
- Miként gyakorol befolyást az a társadalmi környezet, melyben az intravénás alkalmazás illetve a szexuális viselkedés megjelenik a kockázati magatartások előfordulására az IDH körében?
- Mely speciális intravénás droghasználó csoport körében magasabb a kockázati magatartások előfordulása?
- Milyen helyi kezdeményezések történtek a kockázati magatartások előfordulásának csökkentése érdekében?
- Milyen szociális, gazdasági és jogi eszközöket alkalmaznak a jelenség befolyásolására?

4.1.

Milyen intravénás alkalmazási módok növelik a fertőző betegségek előfordulásának kockázatát?

Kockázati tényezők

A JELENSÉG LEÍRÁSA

megosztott tű/fecskendő

fertőzött, nem tiszta drog

fecskendőben veszi a drogot

elosztják az előkészített anyagot fecskendőbe

filterek megosztása

egymás eszközeinek használata

Azonosító:

4.2.

Milyen intravénás alkalmazási módok növelik a fertőző betegségek előfordulásának kockázatát? Mennyire magas ezek előfordulása?

Kockázati tényezők**A JELENSÉG LEÍRÁSA**

megosztott tű/fecskendő

hozzávetőleges becslés: mennyire magas az előfordulási arány

fertőzött, nem tiszta drog

fecskendőben veszi a drogot

hozzávetőleges becslés mennyire magas az előfordulási arány

elosztják az előkészített anyagot fecskendőkbe

hozzávetőleges becslés: mennyire magas az előfordulási arány

filterek megosztása

egymás eszközeinek használata

hózzávetőleges becslés: mennyire magas az előfordulási arány

lv. kockázati magatartások előfordulásának megoszlása

Kb. hány főt érinthet

Jellemzően kik ők?

Azonosító:

4.3.

Milyen szexuális magatartás növeli a fertőző betegségek előfordulásának kockázatát?

Kockázati tényezők

A JELENSÉG LEÍRÁSA

védekezés nélküli szexuális aktus

több partner, gyakori partnerváltások

alkalmi partnerek

állandó partner mellett más is

nem IDH partner

szexuális szolgáltatás pénzért vagy drogért

anális szex, szex azonos neműek között

szexuális beavatási szertartás

Azonosító:

4.4.

Milyen szexuális magatartás növeli a fertőző betegségek előfordulásának kockázatát?

Mennyire magas ezek előfordulása?

Kockázati tényezők

A JELENSÉG LEÍRÁSA

védekezés nélküli szexuális aktus

hózzávetőleges becslés: mekkora az előfordulási arány

több partner, gyakori partnerváltások

alkalmi partnerek

hózzávetőleges becslés: mekkora az előfordulási arány

szexuális szolgáltatás pénzért vagy drogért

hózzávetőleges becslés: mekkora az előfordulási arány

Mennyire jellemző a szexuális kockázati magatartások előfordulása?

Kb. hány főt érinthet?

Jellemzően kik ők?

Azonosító:

4.5.

Milyen viselkedés növeli a túladagolások vagy egyéb egészségügyi következmények előfordulását?

Kockázati tényezők

A JELENSÉG LEÍRÁSA

több drog együttes használata

az egyedül, magányosan történő szerhasználat

kábítószeres tisztaságának (hatóanyag-koncentrációjának) változása

használat előtt nem ellenőrzött drog

Azonosító:

4.7.

Milyen információkkal rendelkeznek az IDH-k az intravénás alkalmazással, valamint a szexuális viselkedésükkel összefüggésbe hozható rizikótényezőkről?

Kockázati tényezők

A JELENSÉG LEÍRÁSA

megosztott tű/fecskendő

elosztják az előkészített anyagot fecskendőkbé

fecskendőben veszi a drogot

védekezés nélküli szex

Azonosító:

4.8.

Hogyan befolyásolják a szociális/csoport normák az intravénás kockázati magatartást IDH körében?

Kockázati tényezők

A JELENSÉG LEÍRÁSA

megosztott tű

megosztott fecskendő

elosztják az előkészített anyagot fecskendőkbe

házilag készített fecskendők

egymás eszközeinek használata

Azonosító:

4.9.

Hogyan befolyásolják a szociális/csoport normák a szexuális kockázati magatartást az IDH körében?

Kockázati tényezők

A JELENSÉG LEÍRÁSA

védekezés nélküli szexuális aktus

több partner, gyakori partnerváltások

alkalmi partnerek

állandó partner mellett más is

nem IDH partner

szexuális szolgáltatás pénzért vagy drogért

anális szex, szex azonos neműek között

szexuális beavatási szertartás

Azonosító:

4.15.

Összefoglalás

Kockázati tényezők

Milyen tényezők befolyásolják

Lehetséges beavatkozások

a kockázati magatartás előfordulását

f

5. A jelenség kezelése kapcsán jelenleg alkalmazott, illetve rendelkezésre álló intervenciók lehetőségei és azok jellemzői.

CÉL: feltárni az intravénás droghasználat egészségügyi következményeinek csökkentése érdekében jelenleg alkalmazott beavatkozási módszereket, politikákat és meghatározni a jövőbeni intervenciók irányát, eszközeit.

ALAPKÉRDÉSEK:

- Jelenleg milyen beavatkozási módszerek, politikák léteznek az intravénás droghasználók és az intravénás droghasználat káros egészségügyi következményeinek kezelésére, csökkentésére vonatkozóan?
- Amennyiben léteznek ilyen beavatkozások, politikák, azok mennyire hatékonyak?
- Milyen egyéb beavatkozásokra lenne szükség?

Kulcsterületek:

- Megelőzés,
- Egészségmegőrzés és ártalomcsökkentés,
- Kezelés
- Politikai befolyásolás

Konkrét kérdések:

A jelenlegi beavatkozások

- Típusa, célja, a beavatkozás tárgya,
- Céltartalmú stratégiák és alkalmazott módszerek,
- Lefedettség, elérhetőség, a beavatkozások földrajzi lefedettsége,
- Hozzáférhetőség, alkalmasság (a problémakezelésre),
- Megvalósíthatóság, hatékonyság, hatásosság és a beavatkozások korlátai,
- A beavatkozásokat támogató és gátló tényezők.

5.1.

Megelőzés: milyen típusú beavatkozások léteznek

**Prevenációs eszközök Lefedettségi és elhelyezkedési
célcsoportok**

Célok, tevékenységek,

stratégiák

f

Elérési programok

Közösségi programok, események

Utcai szociális munka

Azonosító:

Azonosító:

5.4.

Helyi kezdeményezések, politikai eszközök

Eszközök	Lefedettség és elhelyezkedés	Célok, tevékenységek,
-----------------	-------------------------------------	------------------------------

célcsoportok		
---------------------	--	--

stratégiák

Helyi felvilágosító kampányok

f

Helyi ingyenes szűrések biztosítása

Azonosító:

5.9.

Milyen beavatkozásokra lenne szükség?

Jelenlegi beavatkozások beavatkozások	Szükséges változások	Új
--	----------------------	----

Prevenció

f

Egészségmegőrzés

Kezelés

Helyi kezdeményezések, politika

DEMOGRÁFIA

2. Mikor született?évhónap

3. Legmagasabb iskolai végzettsége?

4. Ön jelenleg...

egyedülálló	1
házas	2
azonosnemű szexpartnerrel él	3
más nemű szexpartnerrel él	4
elvált	5
özvegy	6
más azaz:	7

bizonytalan/ nem tudja	77
nem válaszol	88

5. Milyen körülmények között él most?

saját lakásban	1
valaki más lakásában	2
albérletben	3
hajléktalanszálláson	4
utcán	5
máshol azaz:	6
bizonytalan/ nem tudja	77
nem válaszol	88

6. Mióta él jelenlegi címén?évhónap

7. Postai irányítószáma?

nem biztos/ nem tudja	9977
nem válaszolt	9988

8. Ha hajléktalan, a város mely részén él?

.....	
nem biztos/ nem tudja	9977
nem válaszolt	9988

9. Kivel él együtt?

	igen	nem	nem biztos/ nem tudja	nem válaszolt	nem kellett rákérdezni
senkivel, egyedül	0	1	7	8	9
házastárssal	0	1	7	8	9
más nemû szexpartnerrel	0	1	7	8	9
azonos nemû szexpartnerrel	0	1	7	8	9
más családtaggal vagy barátokkal	0	1	7	8	9
18 év alatti gyerekekkel	0	1	7	8	9
más felnőttel	0	1	7	8	9
egyéb azaz:					

10. Hajléktalannak tartja - e magát?

Nem	0
Igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

DROGHASZNÁLAT

11. Használta - e valaha az alábbiakat?

			Az utolsó 30 napban...					
	valaha I / N		az első használat életkora	hányszor használta? (napok)	hány nap használta injektálva?	hányszor injektálta ?	hány nap használta injektálá s nélkül?	hány nap használta injektálás nélkül más ok miatt?
alkohol	0	1						
marihuána/hasis	0	1						
crack	0	1						
kokain	0	1						
heroin	0	1						
kokain és heroin keverve	0	1						
nem felírt methadon	0	1						
más opiátok	0	1						
amfetamin származékok	0	1						
más drog azaz:.....	0	1						

Csak IDU-ra vonatkozó kérdések

12. Az utóbbi 30 napban hányszor injektált kábítószer?

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni 999

13. Az utóbbi 30 napban hányszor használt olyan eszközöket injektáláshoz, amikről tudta, hogy korábban már más is használta őket?

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni 999

14. Hányszor használta más eszközét, úgy, hogy valakinek fizetett pénzzel vagy droggal vagy mással az eszközök használatért?

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni 999

15. Mivel tisztítja az eszközöket használat előtt, ha tudja, hogy már korábban más is használta őket?

csak vízzel

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni	999	
fertőtlenítővel és vízzel		
.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni	999	
alkohollal, vízzel és peroxiddal		
.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni	999	
meleg vízzel		
.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni	999	
más módon, azaz.....		
.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni	999	

15. Most azokról az emberekről kérdezem, akik eszközeit használta:

férj/ feleség/ szerető

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

más szexpartner

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

más rokon

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

barát

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

drogárus

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888

	nem kellett rákérdezni	999
idegen	.....
	nem biztos/nem tudja	777
	nem válaszolt	888
	nem kellett rákérdezni	999
más ismerős	.....
	nem biztos/nem tudja	777
	nem válaszolt	888
	nem kellett rákérdezni	999

17. Azon alkalmakkor, amikor korábban mások által már használt eszközökkel injektált, hányszor használta őket az alábbi helyeken?

saját lakás	.....
	nem biztos/nem tudja	777
	nem válaszolt	888
	nem kellett rákérdezni	999
az a hely, ahol fizetett a drogért	.....
	nem biztos/nem tudja	777
	nem válaszolt	888
	nem kellett rákérdezni	999
valaki más otthona	.....

	nem biztos/nem tudja	777
	nem válaszolt	888
	nem kellett rákérdezni	999
elhagyott épület	.....
	nem biztos/nem tudja	777
	nem válaszolt	888
	nem kellett rákérdezni	999
park, utca	.....
	nem biztos/nem tudja	777
	nem válaszolt	888
	nem kellett rákérdezni	999
autó	.....
	nem biztos/nem tudja	777
	nem válaszolt	888
	nem kellett rákérdezni	999
nyilvános WC	.....
	nem biztos/nem tudja	777
	nem válaszolt	888
	nem kellett rákérdezni	999
más, azaz.....	.....
	nem biztos/nem tudja	777

nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

18. Az utóbbi 30 napban hányszor használt olyan főzőedényt, szűrőt és/vagy hígításra való vizet, amit már más is használt Ön előtt?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

19. Van - e tudomása róla, hogy használt - e olyan eszközt, amit Ön előtt egy AIDS vagy HIV fertőzött használt?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

20. Most azokról az emberekről kérdezem, akik Ön után használták az Ön eszközeit.

Az utóbbi 30 napban hányszor és kinek adta kölcsön eszközeit használatra?

férj/ feleség/ szerető

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

más szexpartner

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

más rokon

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni 999

barát

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni 999

drogárus

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni 999

idegen

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni 999

más ismerős

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni	999
------------------------	-----

21. Az utóbbi 30 napban hányszor használt teljesen új, nem használt eszközöket?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

21.a. Átlagosan, ha teljesen új, soha nem használt eszközöket használ, hányszor használja, mielőtt megszabadulna tőle?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

DROGHASZNÁLAT AZ ELMÚLT 48 ÓRÁBAN

22. Használt valamilyen drogot - alkoholt is beleértve - az elmúlt 48 órában?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

22.a Milyen drogot - az alkoholt is beleértve - használt az elmúlt 48 órában?

Alkohol

nem	0
-----	---

	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9
marihuána/hasis			
	nem	0	
	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9

crack

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

kokain

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

heroin

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

heroin és kokain keverve

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

nem felírt methadon

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

más opiátok

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

amfetamin származékok

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

más drogok, azaz.....

Az elmúlt 48 órában:

b./ amikor használt drogokat injektálta - e őket?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

c./ használt - e az injektlás során olyan eszközöket, amelyeket megelőzően már más használt?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

d./ ha használt ilyen eszközöket, megtisztította - e valamivel őket?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

e./ kölcsönadta - e az Ön által használt eszközöket másoknak is használatra?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

f./ használt - e teljesen új, még sohasem használt eszközöket?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

KEZELÉS

23. Részt vett - e valaha életében drog kezelésen vagy detoxikáció?

	Valaha I / N		kezelésben eltöltött hetek száma	mikor kezelték az utóbbi időben? (év)	kezelési idő az elmúlt 30 napban
methadon méregtelenítés					
methadon kezelés					
ambuláns drogmentes					
bentlakásos kezelés					
elvonó a börtönben					
más, azaz:.....					

24. Az elmúlt évben próbált - e - sikertelenül - bejutni drog kezelésre, vagy detoxikációra?

a./ Ha igen, hányszor?

b./ Miért nem sikerült?

Nem volt alkalma.

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

Nem volt elég pénze.

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

Nem volt hely, várólistára került.

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

A program nem fogadott nőket, ill. nőket gyerekekkel.

nem	0
-----	---

igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

Kapott időpontot, de nem ment el.

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

Börtönbe került, mielőtt a program elkezdődött volna.

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

Más, azaz:

SZEXUALITÁS

Most a szexuális szokásairól beszélgetünk és minden - akár állandó, akár alkalmi - partneréről.

25. Az utóbbi 30 napban hányszor volt, került szexuális (vaginális, orális és/vagy anális) kapcsolatba?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

26. Az utóbbi 30 napban hány különböző emberrel volt vaginális, orális és/vagy anális szexuális kapcsolata?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

27. Szexpartnerei között feltehetőleg hány injekció használó volt?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

28. Hány szexpartnere volt nő?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

29. Hány szexpartnere volt férfi?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888

nem kellett rákérdezni	999
------------------------	-----

Heteroszexuális férfiak

Az utóbbi 30 napban hányszor fordult elő (összes szexuális partnerére értve), hogy:

30. Péniszét a partnere vaginájába tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

30.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

31. Péniszét a partnere szájába tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

31.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....

nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

32. Száját a partnere vaginájához tette?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

32.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt partnere latex védekezést?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

33. Péniszét a partnere végelébe tette?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

33.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....

nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

Biszexuális férfiak

Az utóbbi 30 napban hányszor fordult elő (női szexuális partnerére érve), hogy:

34. Péniszét a partnere vaginájába tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

34.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

35. Péniszét női partnere szájába tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

35.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

36. Száját a partnere vaginájához tette?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

36.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt partnere latex védekezést?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

37. Péniszét női partnere végbelébe tette?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

37.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

Az utóbbi 30 napban hányszor fordult elő (férfi szexuális partnerére érve), hogy:

38. Péniszét a partnere szájába tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

38.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

39. Péniszét a partnere végbelébe tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

39.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

40. Partnere péniszét a szájába vette?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

40.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt partnere óvszert?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

41. Partnere a péniszét a végbelébe tette?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

41.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt partnere óvszert?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	

nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

Meleg férfiak

Az utóbbi 30 napban hányszor fordult elő (összes szexuális partnerére értve), hogy:

42. Péniszét a partnere szájába tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

42.a/A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

43. Péniszét a partnere végbelébe tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

43.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

44. Partnere péniszét a szájába vette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

44.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt partnere óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

45. Partnere a péniszét a végbelébe tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

45.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt partnere óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

Heteroszexuális nők

Az utóbbi 30 napban hányszor fordult elő (összes szexuális partnerére értve), hogy:

46. Partnere a péniszét a vaginájába tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

46.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

47. Partnere a péniszét a szájába tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

47.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

48. Partnere a száját a vaginájához tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

48.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt partnere latex védekezést?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

49. Partnere a péniszét a végbelébe tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

49.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....

nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

Biszexuális nők

Az utóbbi 30 napban hányszor fordult elő (összes szexuális partnerére értve), hogy:

50. Partnere a péniszét a vaginájába tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

50.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

51. Partnere a péniszét a szájába tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

51.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

52. Partnere a száját a vaginájához tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

52.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt partnere latex védekezést?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

53. Partnere a péniszét a végbelébe tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

53.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt óvszert?

.....

nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

Az utóbbi 30 napban hányszor fordult elő (összes szexuális partnerére értve), hogy:

54. Partnere a száját a vaginájához tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

54.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt latex védekezést?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

55. Száját a partnere vaginájához tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

55.a/ A fenti alkalmak közül partnere hányszor használt latex védekezést?

Meleg nők

Az utóbbi 30 napban hányszor fordult elő (összes szexuális partnerére értve), hogy:

56. Partnere a száját a vaginájához tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

56.a/ A fenti alkalmak közül hányszor használt latex védekezést?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

57. Száját a partnere vaginájához tette?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

57.a/ A fenti alkalmak közül partnere hányszor használt latex típusú védekezést?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

DROG/PÉNZ SZEXUÁLIS SZOLGÁLTATÁSÉRT CSERÉBE

58. Az utóbbi 30 napban hányszor fordult elő, hogy az alábbi drogokat használta a szexuális aktus előtt vagy alatt?

Alkohol

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

marihuána/hasis

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

crack

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

kokain

.....

	nem biztos/nem tudja	777	
	nem válaszolt	888	
	nem kellett rákérdezni		999
heroin	.....	
	nem biztos/nem tudja	777	
	nem válaszolt	888	
	nem kellett rákérdezni		999
heroin kokainnal keverve	.....	
	nem biztos/nem tudja	777	
	nem válaszolt	888	
	nem kellett rákérdezni		999
nem felírt methadon	.....	
	nem biztos/nem tudja	777	
	nem válaszolt	888	
	nem kellett rákérdezni		999
más opiátok	.....	

nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

amfetamin származékok

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

más drogok, azaz.....

.....		
nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

59. Kapott - e valaha drogot szexuális szolgáltatásért cserébe?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

59.a/ Az utóbbi 30 napban hányszor kapott drogot szexuális szolgáltatásért cserébe?

.....		
nem biztos/nem tudja	777	

nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

59.b/ Milyen drogot kapott az utóbbi 30 napban szexuális szolgáltatásért cserébe?

Alkohol

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

marihuána/hasis

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

crack

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

	nem kellett rákérdezni	9
kokain		
	nem	0
	igen	1
	nem biztos/nem tudja	7
	nem válaszolt	8
	nem kellett rákérdezni	9
heroin		
	nem	0
	igen	1
	nem biztos/nem tudja	7
	nem válaszolt	8
	nem kellett rákérdezni	9
heroin kokainnal keverve		
	nem	0
	igen	1
	nem biztos/nem tudja	7
	nem válaszolt	8
	nem kellett rákérdezni	9
nem felírt methadon		
	nem	0
	igen	1

	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9
más opiátok			
	nem	0	
	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9
amfetamin származékok			
	nem	0	
	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9
más drogok, azaz.....			
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9

60. Adott - e valaha drogot szexuális szolgáltatásért cserébe?

nem	0
igen	1

nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

60.a/ Az utóbbi 30 napban hányszor adott drogot szexuális szolgáltatásért cserébe?

.....

nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

61. Milyen drogot adott az utóbbi 30 napban szexuális szolgáltatásért cserébe?

Alkohol

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

marihuána/hasis

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

crack

	nem	0	
	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9

kokain

	nem	0	
	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9

heroin

	nem	0	
	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9

heroin kokainnal keverve

	nem	0	
	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	

	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9
nem felírt methadon			
	nem	0	
	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9
más opiátok			
	nem	0	
	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9
amfetamin származékok			
	nem	0	
	igen	1	
	nem biztos/nem tudja	7	
	nem válaszolt	8	
	nem kellett rákérdezni		9
más drogok, azaz.....			

62. Fizettek - e valaha önnek szexuális szolgáltatásért cserébe?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

62.a Az utóbbi 30 napban ez hányszor történt meg?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

63. Fizetett - e valaha szexuális szolgáltatásért cserébe?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

63.a/ Az utóbbi 30 napban ez hányszor történt meg?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

64. Ön szexuális beállítottságát tekintve:

Heteroszexuális?

Meleg (csak férfiak)?

Leszbikus (csak nők)?

Biszexuális?

Egyéb, azaz.....

EGÉSZSÉG

Most az egészségi állapotáról és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről kérdezem.

65. Hányszor közölte Önnel az orvos, hogy az alábbiak közül bármelyikkel fertőzött:

	összesen hányszor ?	mikor kezelték utoljára?
Hepatitis B		
Gonorrhea		
Szifilisz		
Genitális fekély		
Chlamydia		
Genitális herpesz		
Csak nőknek		
Trichomonas		
Vaginális candidiasis		

66. Jelenleg terhes - e?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

Most a HIV vérvizsgálatról kérdezem. Ez a vírus okozza az AIDS-t.

67. Hányszor volt HIV vizsgálaton (csak a vérvizsgálat számít)?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

68. Hányszor kapott eredményt ezekről?

.....	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

69. Mikor volt az előző vizsgálata?

.....év	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

70. Mikor tesztelték utoljára?

.....év.....hónap	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

71. Megkapta - e az utolsó vizsgálat eredményét?

nem	0
igen	1

nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

72. Közölték - e valaha Önnel, hogy fertőzött az AIDS vírusával?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

73. Mikor mondták először, hogy az AIDS vírusával fertőzött?

.....év

nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt	888	
nem kellett rákérdezni		999

74. Közölték - e Önnel, hogy AIDS-szel összefüggő betegsége van?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

75. Mikor közölték Önnel, hogy AIDS-szel összefüggő betegsége van?

.....év

nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

76. Közölték - e Önnel, hogy AIDS-e van?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

77. Mikor közölték Önnel, hogy AIDS-e van?

.....év	
nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

78. Melyik állítás írja le legjobban azt a kockázatot, hogy AIDS-t kap?

semmi esélye, 0%	0
kis esélye, 25%	1
közepes az esélye, 50%	2
nagy az esélye, 75%	3
teljesen biztos, 100%	4
már AIDS-es	6

nem biztos/nem tudja 7

nem válaszolt 8

Most a Hepatitis mindhárom típusáról (A, B, C) fogom kérdezni.

79. Hányszor volt hepatitis vizsgálaton?

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni 999

80. Hányszor kapott eredményt ezekről?

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni 999

81. Mikor volt az előző vizsgálata?

.....év

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni 999

82. Mikor tesztelték utoljára?

.....év.....hónap

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

nem kellett rákérdezni	999
------------------------	-----

83. Megkapta - e az utolsó vizsgálat eredményét?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

84. Közölték - e valaha Önnel, hogy fertőzött hepatitis vírusával?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

85. Mikor mondták először, hogy a hepatitis bármely típusával fertőzött?

.....év

nem biztos/nem tudja	777	
nem válaszolt		888
nem kellett rákérdezni		999

86. Közölték - e Önnel valaha, hogy hepatitisszel összefüggő betegsége van?

nem	0
igen	1

nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

87. Mikor közölték Önnel, hogy hepatitisszel összefüggő betegsége van?

.....év

nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

88. Közölték - e Önnel valaha, hogy A, B vagy C típusú hepatitisze van?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

89. Mikor közölték Önnel, hogy hepatitisze van?

.....év

nem biztos/nem tudja	777
nem válaszolt	888
nem kellett rákérdezni	999

90. Melyik állítás írja le legjobban azt a kockázatot, hogy hepatitist kap?

semmi esélye, 0%	0
kis esélye, 25%	1

közepes az esélye, 50%	2
nagy az esélye, 75%	3
teljesen biztos, 100%	4
már fertőzött	6
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

AIDS - prevenció

91. A mi programunkon kívül, volt - e valaki a közösségben valaha is, aki az AIDS-el kapcsolatban információt, vagy kockázat csökkentő eszközöket (fertőtlenítő, óvszer) adott volna önöknek?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

92. Az elmúlt 30napban kapott - e (kivéve a beküldő személyt):

információt az AIDS megelőzéséről?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

fertőtlenítőt?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

főzőt, vagy szűrőt?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

tiszta tût utcai szociális munkástól?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

óvszert, latex védekezési módszert, vagy információt?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

beutalást drogkezelő programba?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

beutalást tûcsere programba?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

beutalást HIV vizsgálatra vagy más egészségügyi illetve szociális szolgáltatásra?

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8
nem kellett rákérdezni	9

93. Tett - e valamit az elmúlt 30 napban, ami csökkentette az AIDS fertőzés veszélyét?

csökkentett intravénás droghasználat?

nem	0
igen	1

nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

csökkentett tű megosztás?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

gyakrabban fertőtlenített tűk?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

csökkentette szexuális partnereinek számát?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

gyakrabban védekezett óvszerrel, vagy latex védekezéssel?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

megváltoztatta - e szexuális szokásait?

nem	0	
igen	1	
nem biztos/nem tudja	7	
nem válaszolt	8	
nem kellett rákérdezni		9

LETARTÓZTATÁS

Most a bűnüldözéssel való kapcsolatáról kérdezem.

94. Az életében összesen hányszor tartóztatták le bűncselekmény miatt vagy hányszor bírságolták meg?

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

95. Mennyi időt töltött életében börtönben?

.....év.....hó.....nap

nem biztos/ nem tudja 77

nem válaszolt 88

nem kellett rákérdezni 99

96. Az elmúlt 30 napban hányszor tartóztatták le vagy bírságolták meg bűncselekmény miatt?

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

97. Hány napot töltött az elmúlt 30 napban börtönben?

.....

nem biztos/nem tudja 777

nem válaszolt 888

MUNKA ÉS JÖVEDELEM

Most a munkájáról és jövedelméről kérdezem.

98. Melyik megállapítás írja le legjobban a jelenlegi foglalkozási helyzetét?

- | | |
|--|----|
| munkanélküli, álláskereső | 01 |
| munkanélküli, nem keres állást | 02 |
| teljes munkaidőben dolgozik (min 35h/hét) | 03 |
| részmunkaidőben dolgozik (kevesebb mint 35h/hét) | 04 |
| van állása, de nem dolgozik, mert betegállományban van, vagy szülési szabadságon stb.? | 05 |
| teljes időben háztartásbeli | 06 |
| iskolás | 07 |
| nyugdíjas | 08 |
| beteg, nem képes dolgozni | 09 |
| börtönben van | 10 |
| katona | 11 |
| más, azaz..... | 12 |

99. Az elmúlt 30 napban milyen jövedelemforrásai voltak?

fizetett állás, fizetés, üzlet

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

segély

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

betegállomány

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

munkanélküli segély

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

házas társ, család, barát

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

árak adás-vétele

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

gyermektámogatás (GYES; GYED)

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

illegális tevékenység (pl. drogeladás is)

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

prostitúció

nem	0
igen	1
nem biztos/nem tudja	7
nem válaszolt	8

más, azaz.....

100. Az elmúlt 30 napban összesen mennyi pénze jött össze?

5000 Ft	1
5-10000 Ft	2
10-15000 Ft	3
15-100000 Ft	4
100000 Ft fölött	5
nem tudja/ nem biztos	7
nem válaszolt	8

Köszönöm a segítségét.

Dátum:.....év.....hó.....nap

AZ INTERJÚKÉSZÍTŐ KIEGÉSZÍTÉSEI ÉS MEGFIGYELÉSEI

1. Volt - e az interjúalanynak problémája a kérdések meg értésében?

nem	0
igen, néha	1
igen, többnyire	2
nem tudja/ nem biztos	7

2. Őszinte volt - e az interjúalany?

nem	0
igen, néha	1
igen, többnyire	2
nem tudja/ nem biztos	7

3. Képes volt - e válaszolni?

nem	0
igen, néha	1
igen, többnyire	2
nem tudja/ nem biztos	7

4. Biztos - e abban, hogy a válaszok pontosak voltak?

nem	0
igen, néha	1
igen, többnyire	2
nem tudja/ nem biztos	7

A válaszokkal adódott problémákat kérem fejtse ki a következő oldalon.

PROBLÉMÁS KÉRDÉSEK

Oldalszám:

Kérdés száma:

Probléma:.....
.....

Oldalszám:

Kérdés száma:

Probléma:.....
.....

Oldalszám:

Kérdés száma:

Probléma:.....
.....

Oldalszám:

Kérdés száma:

Probléma:.....
.....

Oldalszám:

Kérdés száma:

Probléma:.....
.....

Oldalszám:

Kérdés száma:

Probléma:.....
.....

Oldalszám:

Kérdés száma:

Probléma:.....
.....

Más megjegyzés:

Interjúkészítő neve..... Száma:.....

17. ROMA FIATALOK ÉS KÁBÍTÓSZEREK

EGÉSZSÉGES IFJÚSÁGÉRT ALAPÍTVÁNY - OKRI

□□ □□ □ □□ □□

ROMA FIATALOK ÉS KÁBÍTÓSZEREK VÉGÉN TÖLTSD KI)

(EGYEDI AZONOSÍTÓ, A

Budapest, 1122 Maros u. 6/a.

3-567-566

2004. OKTÓBER-NOVEMBER

A VÁLASZADÁS ÖNKÉNTES! A KÉRDŐÍV NÉVTELEN

12-30 ÉV KÖZÖTTIEKTŐL! (12-16 ÉV, 17-22ÉV, 23-30 ÉV)

Kérdező neve:

□□□

Kérdőív sorszáma:(hagyd üresen!)

□□□

Adatfelvétel helye (kerület):

□□□

Adatfelvétel helyszíne:

□

1 – lakás

2 – utca

3 – segítő szolgálat helysége

4 – vendéglátóipari egység

5 – egyéb, éspedig:

Gyermek-, fiatalkorú (12-18 év) esetén szülő engedély

□

1- van, írásbeli

2- van, szóbeli

Mikor készült az interjú: hó□□, nap□□

Hány percig tartott:

□□□

Hányadik szint?

□□

Hogyan jutottál a válaszadóhoz?

1. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ egyedi azonosítójú válaszadó által

(egyedi azonosító előállítás: születési év utolsó két számjegye és hónapja : 1985, május - 05 + a válaszadó neme – 1 – férfi, 2-nő + megjelölt jelenlegi kerület arab számmal! pl. 13. + jelenlegi lakhelyének házszáma pl. 22. Így a példa kódja: 850511322.)

2. egyéb, és pedig:.....

☐

OLVAD FEL A KÉRDEZETTNEK!!!

Ennek a kérdőívnek a kitöltésével Ön egy tudományos kutatáshoz és a romák jobb egészségügyi ellátását célzó program kidolgozásához nyújt segítséget.

A kérdőív névtelen, nem tartalmazza az Ön nevét és semmilyen olyan információt, amely alapján Önt azonosítani lehetne. A kérdőívekhez a kutatókon kívül senki nem férhet hozzá. A feldolgozás után az adatokat csak összesített formában közöljük, egyénre vonatkozó információt nem adunk soha senkinek.

A kérdőív kitöltése önkéntes!

Nagyon fontos számunkra, hogy Ön véleménye és ismeretei szerint válaszoljon. A válaszadásnál nincsenek jó vagy rossz válaszok, mi az Ön személyes véleményére vagyunk

ELŐSZÖR KÉRDEZD MEG, HOGY ROMÁNAK VALLJA-E MAGÁT! CSAK AZZAL KÉSZÍTS INTERJÚT, AKI SAJÁT BEVALLÁSA SZERINT ROMA!

kíváncsiak, az a fontos számunkra, hogy Ön mit gondol, hogy Önnel mi történt! Ne felejtse el, hogy válaszait titkosan kezeljük!

Először szeretnénk feltenni néhány személyes kérdést.

Szociális,
demográfiai kérdések

SZ1. A kérdezett neme:

☐

1 – férfi

2. - nő

SZ2a. Születési ideje

a születési év utolsó két számjegye

☐

19....., **b.** hónap: a hónap megnevezése számmal

□□

99 – NV/A

SZ3. Családi állapot

.....

□

1 – házas és házastársával él együtt, élettársával él együtt

2 – házas, de külön élnek

3 – hajadon/nőtlen szülőkkel él

4 – hajadon/nőtlen egyedül él

5 – hajadon/nőtlen nevelőintézetben él

6 – Elvált, de közös lakásban él

7 – Elvált és külön él

8 – Özvegy

99 – NV/A

SZ4. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

□□

1 – Általános iskola 8 osztálynál kevesebb

2 – Általános iskola 8 osztály

3 – Szakmunkásképző

4 – Szakközépiskola

5 – Gimnáziumi érettségi

6 – Felsőfokú (főiskola, egyetem)

99 –NV/A

**Ha jelenleg is jár valamilyen iskolába, a megfelelő kód elé írj egy 1-est. Pl. ált
isk.: 11.**

Csak az iskolába járóktól kérdezd! Ha nem jár ugorj az SZ6-ra!

SZ5.a Előfordult-e olyan, hogy több napig „lógott” (nem ment iskolába és nem volt beteg sem?) ☐

1 - soha nem fordult elő, mindig megyek

2 – egyszer már előfordult

3 – többször volt ilyen

4 – gyakran előfordul

5 – hacsak lehet nem megyek iskolába

6 – nem járok iskolába, de beíratk (kellene)

7 - nem járok iskolába, de nem is kellene

99 – NV/A

SZ5b. Ha igen, tudtak e róla a szüleid?

☐

1 – igen

2 – nem

99 – NV/A

00 - NT

SZ6. Hányadik kerületben lakik?

..... ☐

(Kérdezd meg a házsámot is! Utca név nem kell!)

☐☐☐

SZ7. Hány Önnel együtt élő gyermek van a családban?

☐☐☐

99 – NV/A

SZ8. Hány éve él jelenlegi lakóhelyén, ugyanabban a lakásban, házban?

☐☐

99 – NV/A

00 - NT

SZ9. Hányan élnek együtt a lakásban, házban (közös háztartásban)?

□□

99 – NV/A

00 - NT

SZ10. Hány szobás a lakás, ház?

□□

99 – NV/A

SZ11. Jelenleg dolgozik-e?

□

- 1 - igen, teljes munkaidőben
- 2 - igen, részmunkaidőben, rendszeresen (kevesebb, mint heti 36 óra)
- 3 - alkalmi munkát végzek
- 4 - nem

99 – NV/A

SZ12. Mennyi pénzt költ körülbelül egy hónapban?

□□□□□□

99 – NV/A

00 - NT

SZ13. Sportol-e valamit rendszeresen? (heti rendszerességgel)

□

- 1 – igen, egyesületben, versenyszerűen
- 2 – igen, csak úgy magamnak
- 3 – haverokkal
- 4 - nem

99 – NV/A

SZ14. Milyen gyakran jár templomba? (vagy vallási jellegű összejövetelre?)

☐

1 – minden nap

2 – hetente többször

3 – hetente egyszer

4 – havonta néhányszor

5 –ennél ritkábban

6 – soha

99 – NV/A

00 - NT

A következőkben a hazai egészségügyi ellátással kapcsolatos tapasztalataira lennénk kíváncsiak.

Egészségügy

E1a. Volt-e valaha olyan betegsége, amivel kórházba került?

☐

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

NEM VAGY NV/A VÁLASZ UTÁN TOVÁBB AZ E6 –RA!

HA TÖBBSZÖR IS VOLT, AKKOR AZ UTOLSÓ ALKALOMRA VONATKOZNAK A KÉRDÉSEK!

probléma?

E1b. Mi volt a

☐

.....

99 – NV/A

00 - NT

E1c. Mikor történt? (évszám)

□□

19.....

99 – NV/A

00 - NT

HA 2000-NÉL RÉGEBBEN TÖRTÉNT TOVÁBB AZ E6 –RA!
--

E2. Hogyan érezte magát a kórházban?

□

1 – jól bántak velem

2 – kiszolgáltatottnak éreztem magam

3 – nem foglalkoztak velem

4 – kedvesek voltak hozzám

5 – megaláztak

6 - egyéb, éspedig

99 – NV/A

00 - NT

E3. Érte-e hátrányos megkülönböztetés a kórházban azért mert roma?

□

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

E4. Megbízott-e az orvosában?

□

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

E5. Milyen volt a többi beteg viszonya Önhöz?

....□

1 – kedves

2 – elutasító

3 – származása miatt hátrányosan megkülönböztető

4 – agresszív

5 – megalázó

6 – barátságos

7 – segítőkész

8 – vegyes, ilyen is, olyan is

9 – egyéb, és pedig.....

99 – NV/A

00 - NT

E6a. Szívesebben menne-e roma orvoshoz, mint nem romához?

....□

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

00 – NT

E6b. Miért?

□

.....

.....

99 – NV/A

E7. Az elmúlt 1 évben volt-e beteg?

□

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

NEM VAGY NV/A VÁLASZ UTÁN TOVÁBB AZ E 9–RE!

E8a. Fordult-e orvoshoz?

□

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

E8b. Ha nem miért nem?

□

.....

E9. Jellemzően mikor fordul orvoshoz??

□

1 - Soha

2 – Ha visznek

3 – Ha nagyon erős fájdalmaim vannak

4 – Ha semmilyen más módszer nem segített

5 – egyéb, éspedig

99 – NV/A

E10. Ha nem megy orvoshoz, miért nem teszi? TÖBB VÁLASZ IS LHETSÉGES!

□□□

1 – egyáltalán nem járok orvoshoz

2 – nem bízom az orvosokban

3 – kiszolgáltatottnak érzem magam

4 – soha nem éreztem magam annyira betegnek

5 – megaláznak

6 – nem foglalkoznak velem

7 – úgysem tudom betartani az orvosi utasításokat

8 – úgyszintsem pénzem gyógyszerre

9 – nem tudom kivárni míg rám kerül a sor

10 – származásom miatt másképp bánnak velem

11- egyéb, éspedig

99 – NV/A

E11. Szokott-e gyógyszert szedni, ha beteg?

□

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

E12a. Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert?

□

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

NEM VAGY NV/A VÁLASZ UTÁN TOVÁBB A K1-RE!

E12b. Ha igen, melyet? (Ha tudja nevezze meg, ha nem akkor csak a fajtáját írd be, pl. nyugtató, altató, szívgyógyszer stb.)

□

.....

99 – NV/A

A következő néhány kérdésben a kábítószerekkel kapcsolatos véleményére és érintettségére lennénk kíváncsiak.

Kábítószerek

K1a. Fogyasztott-e MÁR VALAHA ÉLETÉBEN valamilyen kábítószer?

□

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

NEM VAGY NV/A VÁLASZ UTÁN TOVÁBB A K4A –RA!

K1b. Ha igen, melyet?

ELSŐ ALKALOMMAL					ELSŐ ALKALOMMAL MILYEN MÓDON			
Szertípus	Elősz	Hogyan	Kitől?	Hol	Cigarettaiban szívva	Szippantva,	Injekciózva	Lenyelve
Nem kell :	ör	jutott	1 barát	használta?				
kávé,	hány	hozzá?		1 utcán				
cigaretta,	évese	1 vettem	2 testvér	2 saját				
alkohol,	n?	2 kaptam	3 unokatestv	lakásban				
gyógyszer		3 loptam	ér	3 más				
ek		4 egyéb	4 haver	lakásában				
			5 ismerős	4 bulin				
			6 ismeretlen	5 diszkóban				
			7 egyéb	6 egyéb zárt helyen				
				7 egyéb				

K1c. Ezek közül melyiket használta többször is?

MILYEN GYAKRAN HASZNÁLTA?

Szertípus	1-5 alkalom	6-10 alkalom	1-20 alkalom	egy időben rendszeresen	jelenleg is, rendszeresen
-----------	----------------	-----------------	-----------------	-------------------------------	---------------------------------

K2a. Fogyasztott-e AZ ELMÚLT EGY ÉVBEN valamilyen kábítószer?

☐

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

K2b. Ha igen, melyet?

AZ ELMÚLT ÉVBEN

**MILYEN
MÓDON**

Szertípus	Hogyan jutott hozzá?	Kitől ?	Hol használta?				
Nem kell:		1 barát	1 utcán				
kávé,	1 vettem	2 testvér	2 saját lakásban				
cigaretta,	2 kaptam	3 unokatestv	3 más lakásában				
alkohol,	3 loptam	4 haver	4 bulin				
gyógyszerek	4 egyéb	5 ismerős	5 diszkóban				
		6 ismeretlen	6 egyéb zárt helyen				
		7 egyéb	7 egyéb				

Cigarettaiban szívva

Szippantva,

Injekciózva

Lenyelve

K3a.
Fogyasztot
t-e AZ

ELMÚLT HÓNAPBAN valamilyen kábítószer?

□

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

K3b. Ha igen, melyet?

AZ ELMÚLT HÓNAPBAN

MILYEN MÓDON

Szertípus	Hogyan	Kitől?	Hol	
Nem kell:	jutott hozzá?	1 barát	használta?	
kávé,	1 vettem	2 testvér	1 utcán	
cigaretta,	2 kaptam	3 unokatestv	2 saját lakásban	
alkohol,	3 loptam	ér	3 más lakásában	
gyógyszer ek	4 egyéb	4 haver	4 bulin	
		5 ismerős	5 diszkóban	
		6 ismeretlen	6 egyéb zárt helyen	
		7 egyéb	7 egyéb	

Cigarettaiban szívva

Szippantva,

Injekciózva

Lenyelve

a miatt?

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

K4a.
Kezelték-e
valaha
kábítószer
-
problémáj

□

NEM VAGY NV/A VÁLASZ UTÁN TOVÁBB A K5A –RA!

K4b. Ha igen, hol?

□

.....

K4c. Hogyan került oda?

□

1 – egy barátom/ismerősön ajánlotta

2 – magamtól mentem el

3 – valaki rávett, hogy kezeltetnem kellene magam

4 – büntetőeljárás alatt álltam (elterelés)

5 –(utcai) szociális munkások, segítők segítségével

6 – egyéb, éspedig

99 – NV/A

K5a. Ismer-e olyan roma fiatalokat, akiknek Ön szerint szükségük lenne kezelésre kábítószer-problémájuk miatt?

□

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

K5b. Ön szerint miért nem mennek el?

□□

.....

.....

99 – NV/A

00 – NT

K6. Baráti, haveri körében körülbelül hányan használnak kábítószeret?

☐

1 –senki

2 – páran

3 – van, aki igen, van, aki nem

3 – sokan

4 – szinte mindenki

99 – NV/A

00 - NT

CSAK AZOKTÓK KÉRDEZD, AKIK JELZTÉK, HOGY HASZNÁLTAK INJEKCIÓVAL KÁBÍTÓSZERT!

K7a. Ha injekciós tűvel adott már be kábítószer

magának, előfordult-e valaha, hogy mások is használták ugyanazt a tűt?

☐

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

00 - NT

K7b. Előfordult-e valaha, hogy mások által használt injekciós tűvel adott be magának kábítószer? ☐

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

00 - NT

K8. Szenved(ett)-e valaha az alábbi fertőző betegségek közül valamelyikben?

☐

Fertőző betegség	Igen most is	Igen volt	Nem
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Hepatitis C			
Hepatitis (ha nem tudja milyen)			
HIV (AIDS)			

K9a. Ismer-e szexuális úton terjedő fertőző betegségeket?

☐

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

K9b. Soroljon fel néhányat!

☐

.....

99 – NV/A

00 - NT

K10a. Volt-e valaha Önnek ilyen betegsége?

☐

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

00 –NT

NEM V AGY NV/A/NT VÁLASZ UTÁN TOVÁBB A K11 –RE!

K10b. Kezelték-e Önt ilyen betegséggel?

☐

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

K11. Fél-e attól, hogy Ön is megfertőződhet?

☐

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

K12. Van-e állandó szexuális partnere?

☐

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

K13. Használt-e már gumi óvszert?

☐

1 – igen

2 - nem

99 – NV/A

K14. Milyen módon védekezik?

☐

1 – nem védekezem

2 – gumi óvszerrel

3 – fogamzásgátlóval

4 – megszakított közösülés

5 – pesszáriummal

6 – változó, de valahogy mindig

7 – változó, van amikor sehogy

8 . egyéb

99 – NV/A

K15. Az elmúlt 1 évben hány különböző emberrel volt szexuális kapcsolata?

☐

1 – egyel sem

2 – egyel

3 – 2-5

4 – 6-10

5 – 11-20

6 – 20-nál többel

99 – NV/A

00 – NT

KÖSZÖNJÜK A SEGÍTSÉGÉT!

18. A KEZELÉSBE JUTÁS NEHÉZSÉGEINEK VIZSGÁLATA INTRAVÉNÁS HASZNÁLÓK KÖRÉBEN MAGYARORSZÁGON

Kliens kérdőív

Kérdezői információk	
Kérdőív felvételének dátuma, időpontja	..... év.....hónap.....nap
A lekérdezés kezdte:	
A lekérdezés vége:	
Lekérdezés helye:	
Kérdező neve:	

A. Demográfiai háttér

1. Mikor született?

<input type="text"/>	év
----------------------	----

2. Neme:

Férfi 1

Nő 2

3. Ön származását tekintve...Több válasz is adható!

Magyar 1

Cigány2
 Német 3
 Román4
 Szlovák 5
 Szerb 6
 Horvát 7
 Egyéb, 8
 éspedig:
 Nem tudja, nem válaszol 999

4. Mi jelenleg a legfőbb jövedelemforrása? Több válasz is adható!

Állandó munka 1
 Alkalmi munka 2
 Segély (munkanélküli, szociális, stb.) 3
 Más tartja el 4
 Egyéb, éspedig:..... 5
 Nem tudja, nem válaszol 999

5. Amennyiben jelenleg nem dolgozik, mióta tart ez az időszak?

Kevesebb, mint egy hónapja 1
 Kevesebb, mint fél éve 2
 Kevesebb, mint egy éve 3
 Több, mint egy éve 4
 Nem tudja, nem válaszol 999

6. Legmagasabb iskolai végzettsége?

8 osztály vagy kevesebb 1

Középiskolánál kevesebb	2
Középiskola	3
Befejezetlen főiskola vagy egyetem	4
Főiskola, vagy egyetem	5
Nem tudja, nem válaszol	999

7. Hány osztályt végzett el?

évet

Nem tudja, nem válaszol 999

8. Előfordult-e valaha általános vagy középiskolai évei alatt, hogy osztályt kellett ismételnie?

Igen	1
Nem	0
Nem tudja, nem válaszol	999

9. Amennyiben igen, mi miatt?

.....

Nem tudja, nem válaszol 999

10. Volt-e olyan időszak az általános vagy középiskolás évei alatt, amikor átmenetileg nem járt iskolába (legalább egy hónapig)?

Igen	1
Nem	0
Nem tudja, nem válaszol	999

11. Amennyiben igen, mi volt az oka?

.....

Nem tudja, nem válaszol 999

12. Jelenleg tanul-e, részt vesz-e valamilyen képzésben, oktatási programban?

Igen 1

Nem 0

Nem tudja, nem válaszol 999

13. Amennyiben igen, miben?

.....

Nem tudja, nem válaszol 999

14. Milyen családban nőtt fel (18 éves koráig)?

Több válasz lehetséges, minden előforduló kategóriát jelölni kell!

Mindkét természetes szülő 1

Anyja/Apa és mostohaszülő 2

Egy szülővel 3

Nevelőszülőkkel 4

Csoportos együttélés 5

(pl. gyermekotthon, nevelőotthon)

Egyéb, éspedig:..... 6

Nem tudja, nem válaszol 999

15. Ön családi állapotát tekintve...

Hajadon/ nőtlen, partner nélkül	1
Hajadon/nőtlen, de partnere van	2
Házas	3
Élettársi viszonyban él	4
Elvált, partner nélkül	5
Elvált, partnere van	6
Özvegy, partner nélkül	7
Özvegy, partnere van	8
Egyéb, éspedig:.....	9
Nem tudja, nem válaszol	999

16. Ön jelenleg kivel él (elmúlt 30 nap)?

Egyedül	1
Nem egyedül, mással	2
Egyéb, éspedig:.....	3
Nem tudja, nem válaszol	999

17. Ö jelenleg hol él?

Szülői lakásban	1
Saját lakásban	2
Egyéb, más lakásban (albérlet, vagy más lakása)	3
Utcán, hajléktalanszállón	4
Egyéb:.....	5
Nem tudja, nem válaszol	999

18. Előfordult-e valaha, hogy utcán, hajléktalanszállón, vagy egyéb közterületen töltött legalább egy éjszakát?

Igen 1
Nem 0
Nem tudja, nem válaszol 999

19. Rendelkezik-e az alábbi dokumentumokkal?

	Igen	Nem	Nem tudja, nem válaszol
Személyi igazolvány, személyi kártya			
Lakcímkártya			
Útlevél			
TAJ-kártya			
Adókérdőív			

20. Véleménye szerint Ön jelenleg milyen körülmények között él másokhoz képest?

Sokkal jobb, mint az átlag 1
Jobb, mint az átlag 2
Átlagos 3
Rosszabb, mint az átlag 4
Sokkal rosszabb, mint az átlag 5
Nem tudja, nem válaszol 999

B. Kapcsolatok

21. Önnek hány közeli barátja van?

Nem tudja, nem válaszol 999

22. Most a droghasználó, közeli barátairól szeretnék egy pár kérdést feltenni.

a. Hány olyan budapesti, közeli (volt a lakásán, ismeri a családtagot) barátja van, aki 2005-ben rendszeresen fogyasztotta a következő drogok valamelyikét (akár többet is): heroin, kokain, amfetamin?

..... fő

b. Hány olyan budapesti, közeli (volt a lakásán, ismeri a családtagot) barátja van, aki 2005-ben rendszeresen fogyasztott ópiátot (heroin, morfium, kodein, más)?

..... fő

ópiát-használó barát

nem ópiát-használó barát

**c. Közülük intravénás
használó:.....fő**

**d. Közülük intravénás
használó:.....fő**

e. Volt eü. kezelésben 2005-

f. Volt eü. kezelésben 2005-

ben:.....fő

ben:.....fő

g. Közülük hány intravénás használó?
.....fő

23. Általában mennyire elégedett az alábbi kapcsolataival?

1: nagyon elégedetlen

5: nagyon elégedett

1.....5	Nem tudja	Nem alkalmazható
---------	-----------	---------------------

Anya

Nevelőanya/ mostohaanya

Apa

Nevelőapa/ mostohaapa

Testvér(ek)

Partner

Házastárs, élettárs

Barátok

C. Egészség

24. Visszatekintve az elmúlt 6 hónapra, mit gondol, milyen volt az általános fizikai egészségi állapota általában?

Nagyon jó 1

Jó 2

Kielégítő	3
Rossz	4
Nagyon rossz	5
Nem tudja, nem válaszol	999

25.a. Volt-e már életében vérvizsgálatos HIV szűrésen?

Igen	1
Nem	0 → Ugrás a 25.e. kérdésre
Nem tudja	999

25.b. Amennyiben már járt vérvizsgálattal egybekötött HIV szűrésen, meg tudná mondani hány alkalommal?

Nem tudja, nem válaszol 999

25.c. Miért ment el szűrésre?

.....

Nem tudja, nem válaszol 999

25.d. Hová ment el szűrésre?

Város, helyiség neve	Szolgáltatást végző intézmény neve	(szűrést)	Nem tudja, nem válaszol
----------------------	---------------------------------------	-----------	-------------------------------

Ugrás a 26.a. kérdésre

Aki a 25.a.-ra „nem”-mel válaszolt:

25.e. Meg tudná mondani, hogy miért nem?

.....

Nem tudja, nem válaszol 999

25.f. Mit gondol, elmenne...

...egy héten belül? 1

...az elkövetkezendő egy hónapon belül? 2

...fél éven belül? 3

...soha nem menne el? 4

Nem tudja, nem válaszol 999

26.a. Volt-e már életében bármilyen fajta hepatitis szűrésen (A, B, C)?

Igen	1
Nem	0 → Ugrás a 26.e. kérdésre
Nem tudom	3

26.b. Amennyiben járt már életében bármilyen fajta hepatitis szűrésen (A, B, C), meg tudná mondani hány alkalommal?



Nem tudja, nem válaszol 999

26.c. Miért ment el szűrésre?

.....

Nem tudja, nem válaszol 999

26. d. Hová ment el szűrésre?

Város, helyiség neve	Szolgáltatást (szűrést) végző intézmény neve	Nem tudja, nem válaszol
----------------------	--	-------------------------

Ugrás a 27. kérdésre

Aki a 26.a.-ra „nem”-mel válaszolt:

26.e. Meg tudná mondani, hogy miért nem?

.....

Nem tudja, nem válaszol 999

26.f. Mit gondol, elmenne...

...egy héten belül? 1

...az elkövetkezendő egy hónapon belül? 2

...fél éven belül?	3
...soha nem menne el?	4
...Nem tudja, nem válaszol	999

27. Mennyire tart attól, hogy megfertőződhet az AIDS vírusával?

Nagyon tart	1
Tart	2
Valamennyire tart	3
Kissé tart	4
Egyáltalán nem tart	5
Nem tudja, nem válaszol	999

28. Mennyire tart attól, hogy megfertőződhet a hepatitis vírussal?

Nagyon tart	1
Tart	2
Valamennyire tart	3
Kissé tart	4
Egyáltalán nem tart	5
Nem tudja, nem válaszol	999

D. Kezelési múlt, kezelési igény

29.a. Előfordult-e az elmúlt egy évben (12 hónapban), hogy Önnek valamilyen egészségügyi, szociális kezelésre, ellátásra lett volna igénye, de nem részesült benne?

Igen	1
Nem	0 → ugrás a 30.a. kérdésre
Nem tudja, nem válaszol	999

29.b. Amennyiben igen, mi volt az?

1.....

2.....

3.....

29.c. Miért nem részesült benne?

1.....

2.....

3.....

30.a. Előfordult-e valaha, hogy Önnek valamilyen egészségügyi, szociális kezelésre, ellátásra lett volna igénye, de nem részesült benne?

Igen	1
Nem	0 → ugrás a 31. kérdésre
Nem tudja, nem válaszol	999

30.b. Amennyiben igen, mi volt az?

1.....

2.....

3.....

30.c. Miért nem részesült benne?

1.....

2.....

3.....

31. Kérem, segítsen kitölteni az alábbi táblázatot.

Igen=1

Nem=0

Nem tudja, nem válaszol=999

	Részesült-e <u>valaha</u> az alábbi kezelési, ellátási formákban, szolgáltatásokban?	Részesül-e <u>jelenleg</u> (elmúlt 30 nap) az alábbi kezelési, ellátási formák, szolgáltatások valamelyikében?
Ambuláns kezelés		
Bent-fekvéses (kórházi)		
pszichiátriai vagy addiktológiai osztály		
Drog rehabilitáció		
Nappali gondozás, ellátás		
Metadon fenntartó kezelés		
Tű- vagy injektláshoz szükséges más egyéb eszköz cseréje szervezetnél helyben		
Tű- vagy injektláshoz szükséges más egyéb eszköz cseréje szervezetnél helyben utcai munkásokon		

keresztül

Fogászat

Bőrgyógyász

Nemibeteg gondozó,
nőgyógyász/urológus

Általános orvosi
kivizsgálás

Tüdőszűrő

HIV szűrés

Hepatitisz szűrés

Gyógyszer felírása

**Pszichológiai tanácsadás,
segítség**

**Munkavállalást segítő
tanácsadás**

**Óvszer szociális
munkástól, egészségügyi
dolgozótól**

32. Kérem, segítsen kitölteni az alábbi táblázatot.

1. Volt-e szüksége, igénye valamelyikre az alábbiak közül az elmúlt 12 hónap alatt?	2. Részesült-e benne? Igen=1 Nem=2 Nem	3. Miért nem?

mindig=3

Nem tudja,
nem
válaszol=999

Ambuláns
kezelés

Bent-fekvéses
(kórházi)

pszichiátriai
vagy
addiktológiai
osztály

Drog
rehabilitáció

Nappali
gondozás,
ellátás

Metadon
fenntartó

kezelés

Tű- vagy
injektáláshoz
szükséges más
egyéb eszköz

Fogászati
kezelés

Bőrgyógyász

Nemibeteg
gondozó,
nőgyógyász/ur
ológus

**Általános
orvosi
vizsgálat**

Tüdőszűrő

**HIV szűrés
(korábban
kérdézzük)**

**Hepatitisz
szűrés
(korábban
kérdézzük)**

**Gyógyszer
felírása**

**Pszichológiai
tanácsadás,
segítség**

**Munkavállalás
t segítő
tanácsadás**

33. Arra kérem, hogy osztályozza ezeket az állításokat a szerint, hogy mennyire ért velük egyet. CSAK ARRRA A KEZELÉSI FORMÁRA KÉRDEZNI, AMELYIKRE SZÜKSÉGE, IGÉNYE VOLT AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN, AKÁR MEGKAPTA, AKÁR NEM.

A JELENLEG KEZELÉSBEN LÉVŐKTŐL IS MEG KELL KÉRDEZNI!

1-es: egyáltalán nem ért egyet

5-ös: teljes mértékben egyetért

Nem tudja, nem válaszol=999

	Ambulá ns kezelés	Metadon fenntartó kezelés	Nappali ellátás	Bentfekv éses kórházi	Drog rehabilit áció
Túl sokat kell várni arra, hogy ide bejussak.					
Nem tudom, hogyan lehet ide bejutni.					
Nincsenek meg a kezeléshez szükséges dokumentumaim (személyi, TB kártya, stb.) és túl sok utánjárást igényel azokat újra megcsináltatni.					
Félek, hogy valamilyen célra felhasználják az adataimat.					

A drogos barátaim sem akarnak ide bekerülni, és ezért én sem.

Nincs a közelemben ilyen kezelőhely.

Olyan helyen van, ahol az emberek könnyen észreveszik, hogy droghasználó vagyok

Az ilyen ilyen programokban/kezelőhelyeken lekezelően bánnak az emberrel.

Az ilyen helyen a kezelést végzők megbélyegzik az embert.

E. Részvétel a szolgáltatások fejlesztésében, tervezésében, a segítségnyújtásban, érdekképviselés

34. Amennyiben vett már részt /vagy jelenleg részt vesz valamilyen kezelésben, kérem két kiválasztott kezelés esetében értékelje az alábbi állításokat.

1= egyáltalán nem jellemző

5= nagyon jellemző

Nem tudja, nem válaszol=999

Ha egy kezelési formában több alkalommal is volt, a legutóbbi kezelést kérdezze.

	Kezelési forma:	Kezelési forma:

1. A kezelést végzők odafigyelnek/odafigyeltek az igényeimre		
2. A kezelést végzők ismertetik/ismertették velem a házirendet.		
3. A kezelést végzők megkérdezik/megkérdezték, mennyire vagyok/voltam elégedett a kezeléssel.		
4. A kezelést végzők engem is bevonnak/bevontak a velem kapcsolatos döntésekbe.		
5. A kezelést végzők engem is bevonnak/bevontak mások segítségébe.		
6. A kezelést végzők engem is bevonnak/bevontak a szolgáltatások fejlesztésébe, tervezésébe.		
7. A kezelést végzők engem is bevonnak/bevontak a kezelés (program) értékelésébe.		

35. Kérem, segítsen kitölteni az alábbi táblázatot!

<p>Ön szerint mennyire nehéz az alábbi kezelési formákba bejutni?</p> <p>1= egyáltalán nem nehéz</p> <p>5= nagyon nehéz</p> <p>999= nem tudja, nem válaszol</p>	<p>(Amennyiben a válasz 2, 3,4,5):</p> <p>Ön szerint miért? Több okot is felsorolhat.</p>
<p>Ambuláns kezelés</p> <p>(drogambulancia)</p> <p>Metadon fenntartó</p>	

kezelés

Nappali ellátás

Bentfekvéses

kórházi

pszichiátriai vagy
addiktológiai
osztály

Drog rehabilitáció

36. AZ ELMÚLT EGY ÉVBEN GONDOLT-E ARRA...

	Soha/ majdne m soha	Néha	Gyakra n	Mindig/ majdnem mindig
hogya a heroin/amfetamin használatát nem tudja kontrollálni				
hogya a heroin/ amfetamin hiány szorongást okoz				
hogya aggódott-e a heroin/ amfetamin használat miatt				
hogya szeretne-e ha le tudna állni				
hogya milyen nehéz heroin/ amfetamin nélkül				

A kérdőívek (droghasználó, intézményi) lekérdezését követően a kérdezők válaszoljanak a következő két kérdésre:

A MEGBÍZHATÓSÁG ÉRTÉKELESE

A válaszokat jelentősen torzítja-e:

A megkérdezett szándékos félrevezető magatartása, nem őszinte válaszai?

0 - Nem

1 – Enyhén

2 – Közepes mértékben

3 - Nagyon

A megkérdezett képtelen a kérdések megértésére?

0 - Nem

1 – Enyhén

2 – Közepes mértékben

3 – Nagyon

Végezetül írásban szeretnénk Önnek feltenni néhány kérdést. Amennyiben bármivel kapcsolatban segítségre van szüksége, kérem, forduljon a kérdezőnkhöz.

1. Hányszor fordult elő életében hogy Ön ellen büntetőjogi eljárást indítottak? Arra kérem, karikázza be a megfelelő válaszhoz tartozó számot!

☐

alkalommal

nem fordult elő → kérem ugorjon...

2. Amennyiben igen, mi miatt? Kérem, karikázza be a megfelelő válaszhoz tartozó számot. Több választ is bejelölhet.

Kábítószer birtoklása és árusítása	1
Kábítószer fogyasztása, átadása, kínálása	2
Vagyon elleni bűncselekmények (betörés, lopás, bolti lopás, csalás, okmányhamisítás, zsarolás, orgazdaság)	3
Erőszakos bűncselekmények (rablás, gyújtogatás, testi sértés, erőszakos közöszlész, gyilkosság, gondatlanságból elkövetett emberölés)	4
Nem tudom	999

Más egyéb miatt:

3. Volt-e valaha javító-nevelő intézetben? Kérem, karikázza be a megfelelő válaszhoz tartozó számot!

Igen	1
Nem	0
Nem tudom	999

4. Ült-e már életében börtönben?

Igen	1
Nem	0 → Kérem, ugorjon a 6. kérdésre
Nem tudom	999

5. Ha már ült életében börtönben, meg tudná mondani, hogy összesen mennyi időt?

..... évet hónapot

6. Most az alkohol- és drogfogyasztásáról szeretnék egy-két kérdést feltenni. Amennyiben az Ön válasza „igen”, tegyen egy X-et a megfelelő cellába! Kérem, töltsse ki a táblázatot!

	alkohol	marihuán a/ hasis	kokain	Heroin	amfetamin származékok
Használta-e, fogyasztotta-e valaha?					
Mikor használta, fogyasztotta életében először?					
Hány éves kora óta fogyasztja rendszeresen? (ide azt a számot írja, ahány éves kora óta fogyasztja. Pl.: 12, ha 12 éves kora óta fogyaszt egy adott szert rendszeresen)					
Használta-e, fogyasztotta-e az elmúlt 30 napban?					
Használta-e injektálva az elmúlt 30 napban?					
Elmúlt 48 óra					
injektálva					

7. Most a túmegosztásról és más eszközök közös használatáról szeretném Önt kérdezni. Kérem, olvassa el figyelmesen a táblázatot és töltsse ki. Tegyen egy X-et a megfelelő cellába!

	Igen	Nem	Nem tudom
1. Életében használt-e már tűt másokkal közösen?			
2. Az elmúlt 30 napban használt-e tűt másokkal közösen?			
3. Életében használt-e már más eszközöket (szűrő, kanál, filter, stb.) másokkal közösen?			
4. Az elmúlt 30 napban használt-e más eszközöket (szűrő, kanál, filter, stb.) másokkal közösen?			

8. Végezetül a szexuális szokásairól szeretnénk 1-2 kérdést feltenni.

Volt-e Önnek életében szexuális (vaginális, orális és/vagy anális) kapcsolatba? Kérem, karikázza be a megfelelő válaszhoz tartozó számot!

Igen 1 → Kérem, ugorjon a 9. kérdésre.

Nem 0

Nem tudom 999

9. Amennyiben igen, előfordult-e, hogy nem használt óvszert? Kérem, karikázza be a megfelelő válaszhoz tartozó számot.

Igen 1

Nem 0

Nem tudom 999

**10. Az utóbbi 30 napban került-e szexuális (vaginális, orális és/vagy anális) kapcsolatba?
Kérem, karikázza be a megfelelő válaszhoz tartozó számot!**

Igen 1 → Kérem, ugorjon a 11.
kérdésre.

Nem 0

Nem tudom 999

**11. Amennyiben igen, előfordult-e, hogy nem használt óvszert? Kérem, karikázza be a
megfelelő válaszhoz tartozó számot.**

Igen 1

Nem 0

Nem tudom 999

Köszönjük a segítségét!

19. A DRID INDIKÁTOROK MAGYARORSZÁGI ALKALMAZÁSA

Kísérőirat HIV szűrővizsgálat céljára levett vérmintához

Az adatszolgáltatást kérő szerv neve, címe: Országos Epidemiológiai Központ, Járványügyi Osztály 1097 Budapest Gyáli út 2-6	Adatszolgáltatók köre: Drogambulanciák és civil szervezetek
Az adatszolgáltató intézmény neve és címe: 	A vérminta vételének dátuma: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>

A vérminta sorszáma:

Generált kód: Odafele képezhető, de nem visszakövethető. Biztosítja az névtelenséget.	1. Kliens születési (leánykori) első vezetéknévének második betűje, ékezet nélkül			
	2. Kliens születési (leánykori) első keresztnévének harmadik betűje, ékezet nélkül			
	3. Kliens születési évszámának (ééééhnn) negyedik karaktere			
	4. Kliens születési napjának utolsó (ééééhnn) karaktere, napjának 2. karaktere			
	5. Kliens édesanyja leánykori első vezetéknévének második betűje, ékezet nélkül			
	6. Kliens édesanyja leánykori első keresztnévének harmadik betűje, ékezet nélkül			

A kábítószer-használó neme: <input type="checkbox"/> férfi, <input type="checkbox"/> nő
A kábítószer-használó kora: .....év
Az iv. kábítószer-használat kezdete: .....évvel ezelőtt <input type="checkbox"/> nem tudja
Mikor injektált utoljára? <input type="checkbox"/> < 4 hét, <input type="checkbox"/> 4 hét – 1 év, <input type="checkbox"/> > 1 év <input type="checkbox"/> nem tudja

Elsődlegesen injektált szer: ☐ Opiát ☐ Amfetamin ☐ Kokain ☐ Egyéb

Használta kábítószer injektálásához közösen valakivel ugyanazt az injektáláshoz szükséges eszközt (tűt/ fecskendőt/ kanalat/ szűrőt/ vizet/ vattát/ főzőedényt/ aszorbinsavat stb.)?

☐ Igen, < 4 hete ☐ Igen, > 4 hete, de < 1 éve ☐ Igen, > 1 éve ☐ Nem ☐ Nem válaszol

Használta kábítószer injektálásához közösen valakivel ugyanazt a tűt / fecskendőt?

☐ Igen, < 4 hete ☐ Igen, > 4 hete, de < 1 éve ☐ Igen, > 1 éve ☐ Nem ☐ Nem válaszol

Volt valaha ezelőtt HIV szűrésen?	Volt valaha ezelőtt HCV szűrésen?
<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Ha igen, mi az utolsó HIV szűrés dátuma: __ __ / __ __ (év/ hó) <input type="checkbox"/> Nem emlékszik	Ha igen, mi az utolsó HCV szűrés dátuma: __ __ / __ __ (év/ hó) <input type="checkbox"/> Nem emlékszik
Mi az utolsó HIV szűrés eredménye: <input type="checkbox"/> pozitív <input type="checkbox"/> negatív <input type="checkbox"/> nem emlékszik <input type="checkbox"/> nem válaszol	Mi az utolsó HCV szűrés eredménye: <input type="checkbox"/> pozitív <input type="checkbox"/> negatív <input type="checkbox"/> nem emlékszik <input type="checkbox"/> nem válaszol

HIV 1/2 ellenanyag vizsgálat eredményei

Verifikáló módszerek	HIV 1+2	HIV 1	HIV 2
MUREX HIV Ag/Ab Combination			
INNO-LIA HIV I/II Score			
Egyéb:			

Minősítés:

HIV1:

HIV2:

Dátum:

Validálta: _____

20. MAGYARORSZÁGI TÚCSERE PROGRAMOK SZOLGÁLTATÓI PROFILJÁNAK, VALAMINT MŰKÖDÉSI ÉS FINANSZÍROZÁSI STRUKTÚRÁJÁNAK LEÍRÁSÁRA IRÁNYULÓ KÉRDŐÍV

I. Az intézmény adatai

Az alábbi kérdések az intézmény néhány általános adatára vonatkoznak és kizárólag adminisztratív célokat szolgálnak. Az intézmény nevét, címét csak a kutatás céljaira használjuk fel!

(Anya)intézmény címe:

Az intézmény telefonszáma: -----

Az intézmény faxszáma: -----

Az intézményvezető neve: -----

A település neve, ahol az intézmény működik:

Megye: -----

A település lélekszáma: -----

Ha az (anya)intézménytől elkülönül, akkor az alacsony-küszöbű szolgáltatás(ok) megnevezése, címe, telefon és fax-száma:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

A szolgáltatás(ok) vezetőjének neve, foglalkozása és iskolai végzettsége:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

A település neve, ahol a szolgáltatás(ok) működik/működnek:

Megye: -----

A kérdőív kitöltésében résztvevő munkatárs

foglalkozása és iskolai végzettsége: -----

Kérdőív kitöltésének dátuma:

2005.----- hó----- nap

1. Az alacsony küszöbű szolgáltatást nyújtó intézmény fenntartójának szervezeti formája (Kérjük, hogy a válaszlehetőségek közül egyet jelöljön meg! Karikázza be a megfelelő számot!)

Megyei önkormányzat	1
Települési önkormányzat	2
Fővárosi önkormányzat	3
Egyház, egyházi szervezet, vallási közösség, szeretetszolgálat	4
Gazdasági társaság (Bt., Kft., Kht.)	5
Alapítvány, egyesület	6
Természetes személy (szociális vállalkozó)	7
Egyéb, éspedig:	8

Amennyiben az Önök fenntartója és működtetője megegyezik, kérem, ugorjon a 4. kérdésre!

2. Amennyiben az alacsony küszöbű szolgáltatást nyújtó intézmény fenntartója és működtetője eltérnek egymástól, kérem, nevezze meg az intézmény működtetőjének szervezeti formáját. (Kérjük, hogy a válaszlehetőségek közül egyet jelöljön meg! Karikázza be a megfelelő számot!)

Megyei önkormányzat	1
Települési önkormányzat	2
Fővárosi önkormányzat	3

Egyház, egyházi szervezet, vallási közösség, szeretetszolgálat	4
Gazdasági társaság (Bt., Kft., Kht.)	5
Alapítvány, egyesület	6
Természetes személy (szociális vállalkozó)	7
Egyéb, éspedig:	8

3. Amennyiben az alacsony küszöbű szolgáltatást nyújtó intézmény fenntartója és működtetője eltérnek egymástól, kérem, nevezze meg az intézmény fenntartóját és működtetőjét is.

Fenntartó neve	
Működtető neve	

4. Milyen formában történik a szolgáltatás(ok) megszervezése az Önök intézményében?

Tiszta profilú intézmény (egy ellátotti csoport részére azonos feladatok ellátására létrejött intézmény)	1
Vegyes profilú intézmény (az intézmény keretében több ellátási forma teljes körű megszervezésére kerül sor egy telephelyen)	2
Integrált intézmény (az intézmény keretében több szolgáltatási forma kerül megszervezésre egy szervezeti keretben, de különböző telephelyeken)	3

5. Költségvetésre vonatkozó adatok. Kérem, töltsse ki a táblázatot!

	Az anya intézmény teljes bevétele¹⁰	A bevételből az alacsony-küszöbű szolgáltatásokra jutó rész
2004-ben az éves bevétel összege:	Ft	Ft
Eloszlása százalékban	Összesen: 100%	Összesen: 100%
Helyi önkormányzat:		
Közösségi normatíva:		
Utcai normatíva		
Nappali normatíva		
Adomány:		
Pályázat:		
Egyéb:		

¹⁰ Amennyiben nem tud pontos adatot mondani, kérem, becsülje meg. Amennyiben az intézménynek van külföldön végzett tevékenysége, csak a hazai működésre vonatkozó adatokat adja meg!

Egyéb:		
--------	--	--

6. Kérem, adja meg az alábbi információkat az alacsony küszöbű szolgáltatásokat végző segítőkkel/szakemberekkel kapcsolatban!

	fő
Főállású segítők, szakemberek száma	
Részállású segítők, szakemberek száma	
Szerződéses (megbízási, számlás) segítők száma	
Önkéntes segítők száma	

7. Arra kérem, adja meg, hogy az alábbi munkatársak összesen havi hány órában dolgoznak az alacsony küszöbű szolgáltatásokban (Például: amennyiben az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásain belül három főállású alkalmazott dolgozik, az egy hónapban összesen – heti 40 munkaórával számolva – 480 munkaórát jelent)

	Havi összes munkaórák száma
Főállású segítők, szakemberek	
Részállású segítők, szakemberek	
Szerződéses (megbízási, számlás) segítők	
Önkéntes segítők	

8. Kérjük, a tavalyi évre vonatkozólag írja be az alábbi táblázatba az összes, az alacsonyküszöbű szolgáltatásban részesülők életkor és nemek szerinti megoszlását a regisztrált klienseket illetően!

	Kliensek életkora	Nő (fő)	Férfi (fő)
1.	0-15 éves		
2.	16-19 éves		
3.	20-24 éves		
4.	25-29 éves		
5.	30- 34 éves		
6.	35-39 éves		
7.	40-44 éves		
8.	45-49 éves		
9.	50-54 éves		

10.	55-59 éves		
11.	60-64 éves		
12.	65 éves, illetve annál több		

9. Kérjük, becsülje meg a nem regisztrált kliensek nemre vonatkozó arányát!

	Nő (%)	Férfi (%)	Ha nem ismert a neme
Összesen: 100%			

10. Megkülönböztet-e az Önök szolgáltatásaiban alacsony, illetve magas küszöbű szolgáltatásokat?

Igen	1
Nem	2

11. Az Önök szolgáltatása mitől alacsony küszöbű? Kérem, soroljon fel három indokot!

1.....

2.....

3.....

12. Ezen alacsony küszöbű szolgáltatások hogyan jelennek meg?

Egy telephelyen	1
Egy helyszínen	2

Több telephelyen	3
Több helyszínen	4

13. A felsorolt szolgáltatások közül az anya intézmény, illetve az alacsony küszöbű program mely szolgáltatásokat nyújtja igénybevevői számára? Kérem, töltsse ki a táblázatot! A táblázat utolsó oszlopában kérem, becsülje meg, hogy az Ön intézménye által nyújtott a-k szolgáltatások az adott régió (EU-s) mekkora százalékát fedik le!

Szolgáltatások	Anya intézmény		Alacsony küszöbű program		Becslés (%)
	Igen	Nem	Igen	Nem	
Információadás, konzultáció egészségügyi végzettségű szakemberrel	1	2	1	2	
Információadás, konzultáció szociális végzettségű szakemberrel	1	2	1	2	
Információadás, konzultáció önkéntesekkel	1	2	1	2	
Információadás, konzultáció sorstárssal (drogos, volt-drogos)	1	2	1	2	
Telefonos segélyszolgálat	1	2	1	2	
Megkereső tevékenység/utcai szociális gondozás	1	2	1	2	
Jogsegély szolgálat	1	2	1	2	
Krízis intervenció	1	2	1	2	
Elsősegély	1	2	1	2	
Orvosi ellátás	1	2	1	2	
Szűrővizsgálat: hepatitisz, helyben	1	2	1	2	
Szűrővizsgálat: HIV, helyben	1	2	1	2	
Szűrővizsgálatok (hepatitisz, HIV) a magas kockázati csoportok körében (pl. injekciós használók, prostituáltak)	1	2	1	2	
Szűrővizsgálatra (Hepatitisz, HIV) történő beutalás, motiválás	1	2	1	2	
Hepatitisz, HIV tanácsadás	1	2	1	2	
Hepatitisz B vakcináció	1	2	1	2	
Óvszer hozzáféréseinek biztosítása	1	2	1	2	
Tűcsere	1	2	1	2	

Biztonságosabb injektálással kapcsolatos tanácsadás	1	2	1	2	
Éjszakai szállás biztosítása	1	2	1	2	
Tisztálkodási lehetőség	1	2	1	2	
Étel-adás	1	2	1	2	
Klub-szerű ellátási formák szervezése	1	2	1	2	
Csomagmegőrzés	1	2	1	2	
Postafiók biztosítása kliensek számára	1	2	1	2	
Információ átadás, személyes tanácsadás és konzultáció családtagok, hozzátartozók részére	1	2	1	2	
Tréning, továbbképzés a segítők, szociális munkások részére	1	2	1	2	
Önsegítő csoportok	1	2	1	2	
Csoportfoglalkozások	1	2	1	2	
Egyéni elterelés	1	2	1	2	
Csoportos elterelés	1	2	1	2	
Metadon fenntartó kezelés	1	2	1	2	
Más szociális ellátó intézménybe történő irányítás	1	2	1	2	
Más alacsony küszöbű programba történő irányítás	1	2	1	2	
Metadon fenntartó kezelésbe juttatás	1	2	1	2	
Absztinenciát célzó terápiába/rehabilitációs intézménybe való juttatás	1	2	1	2	
Más pszichiátriai betegséget kezelő intézménybe juttatás	1	2	1	2	
Egészségügyi intézménybe történő juttatás (kiv.: fertőző betegségek)	1	2	1	2	
Fertőző betegségek kezelését nyújtó intézményekbe juttatás	1	2	1	2	
Háziorvoshoz történő juttatás	1	2	1	2	

14. Az Önök alacsony küszöbű szolgáltatása, programja milyen segítők/szakembereket alkalmaz?

	Igen	Nem
Pszichiáter és vagy addiktológus	1	2
Szociális munkás	1	2
Pszichológus	1	2
Orvos	1	2
Addiktológiai konzultáns	1	2
Egyéb szociális szakember	1	2
Egyéb dipolmás	1	2
Egyéb egészségügyi szakszemélyzet (pl.: ápoló)	1	2
„Sorstárs”, volt drogos	1	2
Önkéntes	1	2
Szociális asszisztens	1	2
Egyéb,éspedig:	1	2
Egyéb,éspedig:	1	2

15. Amennyiben az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásában gyakorlat, hogy a segítő folyamat bármelyik szakaszába bevonják „sorstársakat” is, kérem, jelölje meg, hogy kiket és milyen rendszerességgel? Amennyiben nem, kérem ugorjon a következő kérdésre!

	Soha	Ritkán	Néha	Gyakran	Mindig
Jelenlegi droghasználó	1	2	3	4	5
Volt droghasználó	1	2	3	4	5
Jelenlegi prostituált	1	2	3	4	5
Volt prostituált	1	2	3	4	5

Alkoholfüggő	1	2	3	4	5
Volt alkoholfüggő	1	2	3	4	5
Egyéb:	1	2	3	4	5
Egyéb:	1	2	3	4	5

16. Amennyiben az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásában gyakorlat, hogy a segítő folyamat bármelyik szakaszába bevonják az ellátottak családtagjait, illetve a számukra fontos személyeket, kérem, jelölje meg kiket és milyen rendszerességgel. Amennyiben nem, kérem, ugorjon a következő kérdésre!

	Soha	Ritkán	Néha	Gyakran	Mindig
Családtag, hozzátartozó, barát, ismerős	1	2	3	4	5
Pártfogó, gyám, más hivatalos személy	1	2	3	4	5
Egyéb:	1	2	3	4	5
Egyéb:	1	2	3	4	5

17. A felvilágosító, tanácsadási szolgáltatásokat illetően foglalkoznak-e a következő tevékenységekkel?

Felvilágosítás, tanácsadás	Igen	Nem
Fertőző betegségekkel kapcsolatban	1	2
Egészséges életmóddal kapcsolatban	1	2
Biztonságosabb injekciós technikákkal kapcsolatban	1	2
Biztonságosabb szex-szel kapcsolatban	1	2
Szociális szolgáltatásokkal kapcsolatban	1	2
Munkahely kereséssel kapcsolatban	1	2

18. Az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásai keretében tartanak-e a droghasználat kockázataival, a kockázat megelőzéssel, valamint a túladagolás kezelésével kapcsolatban a fogyasztók részére ártalomcsökkentő tanácsadást?

Igen	1
Nem	2

19. Amennyiben igen, mennyire jellemző, hogy az alábbi formában történik mindez (ártalomcsökkentő tanácsadás)? Amennyiben nem, kérem, ugorjon a 21. kérdésre!

	Egyáltalán nem jellemző				Teljes mértékben jellemző
Utcai szociális munkásokon keresztül	1	2	3	4	5
Kortársak segítségével	1	2	3	4	5
Sorstársak segítségével	1	2	3	4	5
Háziorvosok segítségével	1	2	3	4	5
Börtönökben	1	2	3	4	5
Kórházakban, sürgősségi eseteket ellátó helyeken	1	2	3	4	5
Rave partykon, szórakozóhelyeken	1	2	3	4	5
Fesztiválokon, parádékon	1	2	3	4	5
Egyéb:	1	2	3	4	5

20. Kérem, jelölje be, hogy az alábbi célcsoportok közül melyek veszik igénybe a droghasználat veszélyeiről és kockázatairól nyújtott felvilágosítást?

Felvilágosítás, tanácsadás	Igen	Nem
Rendőrök, rendőrségi alkalmazottak	1	2
Börtönőrök, börtönben dolgozók	1	2
Droghasználó családtagjai, barátai	1	2
Éjszakai klubok és szórakozóhelyek alkalmazottai	1	2
Pedagógusok, tanárok	1	2
Családsegítő központok alkalmazottai	1	2

21. Amennyiben az alacsony küszöbű programok keretében foglalkoznak tűcsere szolgáltatással és eszközök kiadásával, kérem, mondja meg, mely megoldásokat alkalmazza? (Több válasz is lehetséges!). Amennyiben nem, kérem, ugorjon a 24. kérdésre!

	Igen	Nem
Tűcsere állandó központban	1	2
Mobil busszal történő tűcsere	1	2
Automatán keresztül történő tűcsere	1	2
Szociális munkások utcai megkereső tevékenysége által történő tűcsere	1	2
Sorstársak bevonásával történő, utcai megkeresés segítségével történő tűcsere	1	2

22. A tűcsere szolgáltatáson belül mely eszközök kiadását végzi az Önök intézménye?

	Igen	Nem
--	-------------	------------

Fecskendő és tű	1	2
Érszorító	1	2
Alkoholos törölkendő, fertőtlenítő spray	1	2
Steril víz	1	2
Aszkorbinsav	1	2
Vénaregeneráló kenőcs	1	2
Főzőeszköz/melegítőeszköz (kupak)	1	2
Szűrő	1	2
Víztartó	1	2
Egyéb, éspedig:	1	2

23. Kérem, töltsé ki az alábbi táblázatot a 2004-es évre vonatkozóan. Amennyiben nem tud pontos számot mondani, becsülje meg az adott mennyiséget.

Fecskendő, tű	Darab/év	Nem meghatározható	Nem adnak ki
Mennyit adtak ki?		1	2
Mennyit vettek vissza?		1	2
Mennyit gyűjtöttek össze? (találtak)		1	2

Egyéb eszközök	Darab/év	Nem meghatározható	Nem adnak ki
Érszorító		1	2
Alkoholos törölkendő, fertőtlenítő spray		1	2
Steril víz		1	2
Aszkorbinsav		1	2
Vénaregeneráló kenőcs		1	2

Főzőeszköz/melegítőeszköz (kupak)		1	2
Szűrő		1	2
Víztartó		1	2
Egyéb, éspedig:		1	2

24. Az alacsony küszöbű programon belül milyen betegségekkel kapcsolatban van az intézményében szűrővizsgálat és tanácsadás?

	Szűrés (helyben)	Előzetes tanácsadás	Utólagos tanácsadás
Hepatitis B	1	2	3
Hepatitis C	1	2	3
HIV/AIDS	1	2	3
TBC	1	2	3
Nemi betegségek	1	2	3
Egyéb:	1	2	3

25. Most az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásain belüli segítő folyamattal kapcsolatban szeretnénk néhány kérdést feltenni. Kérem, mondja meg, hogy az alacsony küszöbű programokon belül foglalkoznak-e állapotfelméréssel¹¹? Amennyiben nem, kérem, ugorjon a 32. kérdésre!

Igen	1
Nem	2
Nem tudja	3

¹¹ Állapotfelmérés: a kliens szociális, családi, iskolai/munkahelyi, lakhatási, droghasználati körülményeiről és szokásairól történő dokumentációs folyamat

26. Kérem, mondja meg, hogy az Önök által nyújtott alacsony küszöbű szolgáltatásokat felkeresők esetében az első bejelentkezés után mikor kerül sor az állapotfelmérésre!

Időpont	
1 nap (a bejelentkezést követően azonnal)	1
2-3 nap	2
1-2 hét	3
A kliens igényéhez igazított	4
Nem tudja	5
Egyéb:	6

27. Ki végzi az állapotfelmérést? (Több választ is megjelölhet)

	Igen	Nem
Pszichiáter, addiktológus	1	2
Pszichológus	1	2
Háziorvos	1	2
Szociális munkás	1	2
Szociális munkatárs	1	2
Egészségügyi szakdolgozó	1	2
Addiktológiai konzultáns	1	2
Egyéb diplomás	1	2
Egyéb (pl. sorstárs)	1	2

28. Milyen módszerrel, módszerekkel végzik az állapotfelmérést? (Több választ is megjelölhet)

	Igen	Nem
Személyes beszélgetés (kötetlen)	1	2
Önkitöltős kérdőív (az intézmény által összeállított)	1	2
Személyes beszélgetés (az intézmény által összeállított kérdőív alapján)	1	2
Személyes beszélgetés ASI kérdőív alapján	1	2
Orvosi konzultáció	1	2
Egyéb, éspedig	1	2

29. Kérem, jelölje be, hogy az állapotfelmérés során mire vonatkozó információt gyűjtenek össze? (Több választ is megjelölhet)

	Igen	Nem
Demográfiai alapjellemzők (kor, nem, stb.)	1	2
Drog típusa	1	2
Drog-használat módja (pl. intravénás használat)	1	2
Lakáskörülmények	1	2
Családi, társas viszonyok	1	2
Munkahelyi, iskolai viszonyok	1	2
Pszichiátriai betegségek, panaszok	1	2
Szomatikus betegségek, panaszok (kivéve: fertőző betegségek)	1	2
Fertőző betegségekkel kapcsolatos betegségek, panaszok	1	2
Jelenlegi kontaktusok drogsegítő intézménnyel	1	2
Jelenlegi kontaktusok más segítő intézménnyel	1	2

Korábbi kontaktusok drogsegítő intézménnyel	1	2
Rendőrségi és egyéb jogi problémák	1	2
Anyagi helyzet (segély, támogatás igénylése)	1	2
Egyéb:		
Egyéb:		

30. Az alacsony küszöbű szolgáltatáson belül rögzítenek-e adatokat a kliensről a megkereső (outreach) tevékenység folyamán? Amennyiben nem, kérem, ugorjon a 32. kérdésre!

Igen	1
Nem	2
Nem tudja	3

31. Amennyiben igen, mire vonatkozó információt gyűjtenek össze?

	Igen	Nem
Demográfiai alapjellemzők (kor, nem, stb.)	1	2
Drog típusa	1	2
Drog-használat módja (pl. intravénás használat)	1	2
Lakáskörülmények	1	2
Családi viszonyok	1	2
Munkahelyi, iskolai viszonyok	1	2
Pszichiátriai betegségek, panaszok	1	2
Szomatikus betegségek, panaszok	1	2

Fertőző betegségekkel kapcsolatos betegségek, panaszok	1	2
Jelenlegi kontaktusok drogsegítő intézménnyel	1	2
Jelenlegi kontaktusok más segítő intézménnyel	1	2
Korábbi kontaktusok drogsegítő intézménnyel	1	2
Rendőrségi és egyéb jogi problémák	1	2
Anyagi helyzet (segély, támogatás igénylése)	1	2
Prostitúció	1	2
Egyéb:		
Egyéb:		

32. Az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásait illetően kik vesznek részt a klienssel kapcsolatos döntéshozatalban?

Részt vesz a döntésben	Igen	Nem
Pszichiáter és vagy addiktológus	1	2
Pszichológus	1	2
Háziorvos	1	2
Szociális munkás	1	2
Addiktológiai konzultáns	1	2
Egyéb diplomás	1	2
Egyéb segítő, önkéntes	1	2

Részt vesz a döntésben	Igen	Nem
Az intézmény vezetője	1	2
Az alacsony küszöbű szolgáltatás vezetője	1	2

Az intézmény team-je	1	2
Az alacsony küszöbű szolgáltatás team-je	1	2
Az éppen szolgálatban levő segítő	1	2
A klienssel foglalkozó segítő (kliensgazda)	1	2
A kliens és annak közvetlen környezete	1	2

33. Állítások: mennyire jellemző a következő állítás az Önök alacsony küszöbű szolgáltatására? Kérem, jelölje meg 1-5-ig! (1 egyáltalán nem jellemző, 5 nagyon jellemző)

Állítások	1	2	3	4	5
Az orvos mindig részt vesz annak eldöntésében, hogy melyik szolgáltatás vagy intézmény a legjobb a kliens adott állapotához.	1	2	3	4	5
Az alacsony küszöbű szolgáltatás vezetője mindig részt vesz annak eldöntésében, hogy melyik szolgáltatás vagy intézmény a legjobb a kliens adott állapotához.	1	2	3	4	5
Az anya intézmény vezetője mindig részt vesz annak eldöntésében, hogy melyik szolgáltatás vagy intézmény a legjobb a kliens adott állapotához.	1	2	3	4	5
Team-munka keretében dől el, hogy melyik szolgáltatás vagy intézmény a legjobb a kliens adott állapotához.	1	2	3	4	5
Több terület szakértőinek bevonásával dől el, hogy melyik szolgáltatás vagy intézmény a legjobb a kliens adott állapotához.	1	2	3	4	5
A kliens igényeit minden esetben figyelembe veszik annak eldöntésében, hogy melyik szolgáltatás vagy intézmény a legjobb az ő adott állapotához.	1	2	3	4	5
A kliens által megnevezett kockázatok at minden esetben figyelembe veszik annak eldöntésében, hogy melyik szolgáltatás	1	2	3	4	5

vagy intézmény a legjobb az ő adott állapotához.					
--	--	--	--	--	--

34. Kérem, jelölje be, hogy a segítő folyamat alábbi mozzanatai közül melyeket végzik az alacsony küszöbű programokon belül?

	Igen	Nem
Motiváció felmérés	1	2
Utánkövetés	1	2

35. A különböző stádiumban lévő kliensek együtt vesznek részt a segítő programokban?

Igen	1
Nem	2

36. Kérem, jelölje meg 1-5-ig (1 egyáltalán nem jellemző, 5 nagyon jellemző) a segítő-kapcsolat sikerességének legfontosabb kritériumát az alacsony küszöbű szolgáltatást nyújtó team számára?

Kritériumok	1	2	3	4	5
A kliens rendszeresen látogatja az intézményt	1	2	3	4	5
A kliens elhozza barátait, ismerőseit is	1	2	3	4	5
A kliens droghasználata (gyakorisága) stabilizálódik, vagy csökken	1	2	3	4	5
A kliens droghasználata módja biztonságosabbá válik (pl. áttér az injekciózásról más módszerre)	1	2	3	4	5
A kliens droghasználata megszűnik	1	2	3	4	5

A kliens kockázati magatartásformái stabilizálódnak vagy csökkennek (tűmegosztás, biztonságosabb szex)	1	2	3	4	5
A kliens kockázati magatartásformái megszűnnek	1	2	3	4	5
A kliens bekapcsolódik az intézmény más szolgáltatásaiba is	1	2	3	4	5
A kliens bekapcsolódik más intézmény szolgáltatásaiba is	1	2	3	4	5
A kliens munkahelyet vállal	1	2	3	4	5
A kliens folytatja/befejezi tanulmányait	1	2	3	4	5
A kliens lakhatási gondjai csökkennek (átmenetileg megoldódik)	1	2	3	4	5
A kliens lakhatási gondjai megoldódnak	1	2	3	4	5
A kliens kezelést vállal annak érdekében, hogy csökkentse droghasználatát, vagy absztinens legyen	1	2	3	4	5
Egyéb, éspedig (többet is írhat):	1	2	3	4	5
Egyéb:	1	2	3	4	5

37. Az alacsony küszöbű szolgáltatásban ki(k) nyilvánítják sikeresnek a segítő-kapcsolatot? Kérem, jelölje be (több válasz is lehetséges).

Részt vesz a döntésben	Igen	Nem
Pszichiáter és vagy addiktológus	1	2
Pszichológus	1	2
Háziorvos	1	2
Szociális munkás	1	2
Addiktológiai konzultáns	1	2
Egyéb diplomás	1	2

Egyéb segítő, önkéntes	1	2
------------------------	---	---

Részt vesz a döntésben	Igen	Nem
Az intézmény vezetője	1	2
Az alacsony küszöbű szolgáltatás vezetője	1	2
Az intézmény team-je	1	2
Az alacsony küszöbű szolgáltatás team-je	1	2
A klienssel foglalkozó segítő (kliensgazda)	1	2
A kliens és közvetlen környezete	1	2

38. Ki dönt abban, hogy egy segítő kapcsolat befejezettnek minősül?

Részt vesz a döntésben	Igen	Nem
Pszichiáter és vagy addiktológus	1	2
Pszichológus	1	2
Háziorvos	1	2
Szociális munkás	1	2
Addiktológiai konzultáns	1	2
Egyéb diplomás	1	2
Egyéb segítő	1	2
Kliens	1	2

Részt vesz a döntésben	Igen	Nem
Az intézmény vezetője	1	2
Az alacsony küszöbű szolgáltatás	1	2

vezetője		
Az intézmény team-je	1	2
Az alacsony küszöbű szolgáltatás team-je	1	2
A klienssel foglalkozó segítő (kliensgazda)	1	2
A kliens és közvetlen környezete	1	2

39. Kérem, sorolja fel azt a három legfontosabb tényezőt, ami alapján kiderül, hogy a segítő kapcsolat befejezettnek minősíthető!

1.....

2.....

3.....

40. Mely más intézményekkel, és milyen módon törekednek kapcsolattartásra az alacsony küszöbű szolgáltatáson belül? Kérem, töltsse ki a táblázatot! Tegyen X-et azokba a cellákba, amely intézmények és szolgáltatások esetében kapcsolatot tartanak fenn!

	Más alacsony küszöbű intézmények	Társ- intézmények	Szociális ellátók	Egészségügyi ellátók	Egyéb (pl.: ifjúsági iroda, művház)
Továbbirányítás					
Telefonos esetátadás					

Rendszeres kapcsolattartás					
Közös esetkezelés					

41. Milyen jellegű problémákat tapasztalt működése során az Önök és más segítő intézmény között? Kérem, nevezze meg a három legjellemzőbb okot.

1.....

2.....

3.....

42. Van-e az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásán belül speciális felkészítő tréning a munkatársak számára?

Igen	1
Nem	2
Nem tudja	3

43.a Az orvosi, egészségügyi személyzetet leszámítva kell-e elsősegély tanfolyamot végezniük az intézmény más munkatársainak?

Igen	1
Nem	2
Nem tudja	3

43.b Amennyiben igen, hogyan fedezik ennek a költségét?

Pályázati pénzből	1
Önerőből (az intézmény saját forrásából)	2
Egyéb:	3

44. Részt vesznek-e az alacsony küszöbű programban részt vevő, nem egészségügyi munkatársak a droghasználattal kapcsolatos sürgősségi eseteket ellátó felkészítő tréningben (pl. túladagolás megelőzése)?

Igen	1
Nem	2
Nem tudja	3

45. Van-e az alacsony küszöbű programokban részt vevő dolgozók számára szupervíziós tevékenység?

Igen	1
Nem	2
Nem tudja	3

46. Amennyiben van, milyen jellegű?

Egyéni	1

Csoportos	2
Mindkettő	3

47. Van-e az alacsony küszöbű szolgáltatást érintő belső monitoring tevékenység? Amennyiben nincs, kérem, ugorjon az 52. kérdésre!

Igen	1
Nem	2
Nem tudja	3

48. Amennyiben van, mely tevékenységekre terjed ki?

Tevékenységek	Igen	Nem
Összesítés a kliens forgalomról	1	2
Összesítés a kliensekről	1	2
Összesítés a kiadott/bevett eszközökről	1	2
Kliens elégedettségének felmérése	1	2
Küldő/partner intézmény elégedettségének mérése	1	2
Pályáztató intézmény elégedettségének mérése	1	2
Fenntartó intézmény elégedettségének mérése	1	2
Rendszeres, a működéssel vagy projektekkel kapcsolatos szakmai jelentések készítése (fenntartó, pályáztató felé)	1	2
Rendszeres, a működéssel vagy projektekkel kapcsolatos pénzügyi jelentések készítése (fenntartó, pályáztató felé)	1	2
Egyéb, éspedig (fenntartó, pályáztató felé):		

--	--	--

49. Ki, milyen beosztású személy, vagy személyek végzik a belső monitoring tevékenységet?

Tevékenységek	Intézmény vezető	Az alacsony küszöbű program vezetője	Megbízott munkatársak	Egyéb:
Összesítés a kliens forgalomról	1	2	3	4
Összesítés a kliensekről	1	2	3	4
Összesítés a kiadott/bevett eszközökről	1	2	3	4
Kliens elégedettségének felmérése	1	2	3	4
Küldő/partner intézmény elégedettségének mérése	1	2	3	4
Pályázató intézmény elégedettségének mérése	1	2	3	4
Fenntartó intézmény elégedettségének mérése	1	2	3	4
Rendszeres, a működéssel vagy projektekkel kapcsolatos szakmai jelentések készítése (fenntartó, pályázató felé)	1	2	3	4
Rendszeres, a működéssel vagy projektekkel kapcsolatos pénzügyi jelentések készítése (fenntartó, pályázató felé)	1	2	3	4
Egyéb, éspedig (fenntartó, pályázató felé):	1	2	3	4

50. A monitoring tevékenységhez kapcsolódó adatgyűjtés során keletkezett adatokat milyen formában tárolják?

--	--

Elektronikus úton (számítógépen)	1
Papír alapú formában	2
Mindkettő	3
Egyéb, éspedig:	4

51. Van-e helyi, írásos dokumentum az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásaira vonatkozóan (szabályzat, előírások)?

Igen	1
Nem	2
Nem tudja	3

52. Az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásainak fejlesztése, bővítése benne van-e a helyi fejlesztési tervekben?

Igen	1
Nem	2
Nem tudja	3

53. Amennyiben igen, melyikben?

Intézményi küldetés (mission)	2
Önkormányzati „policy” dokumentum	3

KEF „policy” dokumentum	4
Egyéb:	5

54. Kérem, sorolja fel azt az Ön által 5 legfontosabbnak tartott fejlesztési, bővítési tervet, amelyek az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásaira irányulnak!

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

55. Az Ön véleménye szerint általában az alacsony küszöbű szolgáltatásoknak melyek a célcsoportjai?

56. Kérem, sorolja fel az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásait igénybe vevő “tipikus kliens” öt legfőbb jellemzőjét.

- 1.....

- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

**57. Milyen jellegű problémákat tapasztalt működése során kliens és személyzet között?
Kérem, nevezze meg a három legjellemzőbb okot.**

- 1.....
- 2.....
- 3.....

58. Az alábbi formális/informális szabályzati formák közül melyek működnek az Önök szervezeténél (az alacsony küszöbű szolgáltatások esetében)?

	Igen	Nem
Írásos házirend	1	2
Szóbeli házirend	1	2
Beleegyező nyilatkozat	1	2
Ellátási megállapodás	1	2
Írásos intézményi policy ¹²	1	2

¹² Olyan dokumentum, ami rögzíti az intézmény küldetését, céljait, módszereit, az adatvédelemmel kapcsolatos intézkedéseit

59. A helyhez kötött alacsony-küszöbű tevékenységeket esetében az újonnan bejövő klienssel ismertetik-e a házirend tartalmát?

Igen	1
Nem	2

60. Ha igen, milyen formában teszik ezt? (Több választ is megjelölhet!)

	Igen	Nem
Szóban, egyénileg	1	2
Szóban, csoportosan	1	2
Faliújságra kifüggesztve	1	2
Nyomtatott formában aláíratják vele és átadják	1	2
Egyéb, éspedig:	1	2

61. Kérem, próbálja megbecsülni a következő kérdések esetében a százalékos arányokat a 2004-es évre vonatkozóan! Amennyiben ezekkel kapcsolatban végeztek felmérést, akkor az alapján adjon választ!

	Felmérés (adat) alapján	Saját becslés alapján
Az intézményben kezeltekhez viszonyítva (ha az anya intézmény más szolgáltatásokat is nyújt) a kliensek hány százaléka vett részt az alacsony küszöbű szolgáltatásokban?		
A továbbküldés mekkora része történt a magas küszöbű drogbeteg ellátó szolgáltatások irányába?		

62. Kérem, adja meg az alábbi adatokat a 2004-es évre vonatkozóan. Amennyiben ezekkel kapcsolatban végeztek felmérést, akkor az alapján adjon választ!

	Felmérés (adat) alapján	Saját becslés alapján
Hány főre teszi az Önök alacsony-küszöbű szolgáltatásait igénybe vevő célcsoport nagyságát a régióban?		
Hányan kerültek be az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásaiba?		
Hányan voltak rendszeres igénybe vevői az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásainak?		

63. Végeztek-e már az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásait igénybe vevő kliensek körében valamilyen felmérést a 2004-es évre vonatkozólag a szolgáltatások elégedettségével kapcsolatban?

Igen	1
Nem	2

64. Amennyiben igen, mennyire voltak elégedettek a szolgáltatásokkal? Kérem, karikázza be a megfelelő választ!

	Egyáltalán nem voltak elégedette k				Nagyo n elégede ttek voltak

A szolgáltatást igénybevevők körében	1	2	3	4	5
--------------------------------------	---	---	---	---	---

65. Az Ön tapasztalatai szerint milyen az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásainak megítélése a következő csoportokban?

	Kifejezette n negatív				Nagyo n kedvez ő
A szolgáltatást igénybevevők körében	1	2	3	4	5
A kliens hozzátartozói, családja körében	1	2	3	4	5
A helyi droghasználók körében	1	2	3	4	5
A helyi szakemberek körében, a helyi intézményi közösségben	1	2	3	4	5
Más, szintén alacsony küszöbű szolgáltatásokat nyújtó intézmények körében	1	2	3	4	5
A kapcsolatban álló intézmények körében	1	2	3	4	5
Az alacsony küszöbű szolgáltatásban résztvevő segítők, szakemberek körében	1	2	3	4	5
A „szélesebb szakma” körében	1	2	3	4	5
A helyi közvéleményben	1	2	3	4	5
A helyi politikában	1	2	3	4	5

66. Ön mennyire elégedett az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásaival a 2004-es évre vonatkozólag az alábbi területeken?

	Egyáltalán nem				Teljes mértékben
A kívánt célcsoport(ok) elérése	1	2	3	4	5
Az Önök által működtetett szolgáltatások száma	1	2	3	4	5
Az Önök alacsony küszöbű programjainak elérhetősége	1	2	3	4	5
A szolgáltatások színvonala	1	2	3	4	5
A szolgáltatás eredményessége	1	2	3	4	5
A segítők, szakemberek felkészültsége	1	2	3	4	5
Az állapotfelmérések elvégzése	1	2	3	4	5
A továbbküldés (más intézmények felé) sikeressége	1	2	3	4	5

67. Kérem, nevezze meg általánosságban az alacsony küszöbű szolgáltatások öt legfontosabb előnyét!

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

68. Kérem, nevezze meg általánosságban az alacsony küszöbű szolgáltatások öt legjellemzőbb hátrányát!

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

69. Általában véve az alacsony küszöbű szolgáltatásokat, mi az, ami leginkább változtatásra szorul a hatékonyabb működés érdekében? Kérem, sorolja fel az Ön által három legfontosabbnak tartott okot!

1.....

2.....

3.....

70. Az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásait illetően mi az, ami leginkább változtatásra szorul a hatékonyabb működés érdekében? Kérem, sorolja fel az Ön által három legfontosabbnak tartott okot.

1.....

2.....

3.....

Köszönjük a közreműködését!

21. A magyarországi alacsony-küszöbű programok működési és finanszírozási struktúrájának, szakmai és működési irányelvének, klientúrájának leírására irányuló kérdőív

INTERJÚVÁZLAT: AZ ALACSONY-KÜSZÖBŰ PROGRAMOKKAL KAPCSOLATOS FELMÉRÉS

1. Működés

1.1 A szolgáltatásokat független intézményként, vagy integrálva végzi?

- szakmai profil kialakítása
- munkatársak felvétele
- anyagilag

1.2 Működési költségek: tételek, mi mennyi

1.3 Egyéb (?) költségek

1.4 Források: milyen biztonságosnak érzi a finanszírozási környezetet? (Mennyi a stabil bevétel (önkormányzati támogatás, bér, normatíva) és mennyi az, amiért pályázni kell (vagy folyton lobbizni, minden évben kérdés, hogy pl. az önkormányzat megítéli-e ezt).

2. Célok

2.1 Van-e mission statement-jük?

2.2 Mit tartalmaz (főbb pontok)?

2.3 Mi az Önök alacsony küszöbű szolgáltatásainak legfőbb céljai (tételezen)?

3. Célcsoportok

3.1 Kik az Önök a-k szolgáltatásainak használó célcsoportjai (a nem használókat már kérdeztük a kérdőívben)? Sorolja fel (ív-s, nem ív-s, használó prostituált, stb.)

3.2 Mekkora becsli nagyságát a régióban?

3.3 Speciális célcsoportok: vannak-e?

3.3.1 Melyek azok?

3.4 Van-e testre szabott intervenciós stratégiájuk a következő célcsoportok számára/

Milyen intervenciót használnak a következő célcsoportok esetében (EMCDDA kérdés):

Utcán injektáló használó

Kórházi kezelés alatt álló, túladagoláson átesett kliens

Kezelés előtt álló használók

Kezelést éppen befejező használók

Börtönből kikerülő használók

3.5 Tapasztalnak-e problémákat a célcsoportok elérésével kapcsolatban?

3.5.1 Melyek a legjellemzőbbek?

3.5.2 Mit terveznek ezekkel kapcsolatban tenni?

3.6 Részt vesznek-e a célcsoport tagjai a szolgáltatás működtetésében: sorstársként, team- tagként, valamilyen belső döntéshozói fórum munkájában?

4. Segítő folyamat

4.1 Melyek a legfontosabb tényezők, amelyek nagy/fontos szerepet játszanak a kliens megfelelő szolgáltatásába kerülésénél?

Droghasználat módja

Kliens motiváltsága

Korábbi kezelési karrier figyelembe vétele

A segítő/intézmény személyes kapcsolatai

Egyéb, éspedig:

(segítségként ezekre rá lehet kérdezni)

4.2 A segítő kapcsolat során törekednek-e más, szintén alacsony küszöbű szolgáltatásokat végző intézmények bevonására?

4.3 Amennyiben bevonnak más intézményt is a segítő-kapcsolat folyamat során, azok általában megajánlják-e a segítség folytatását? Együttműködés.

4.4 Mi határozza ezt meg? Mely területeken (szolgáltatás típus)?

4.5 Ki dönt arról, ha egy klienst

4.5.1 bekerüljön

4.5.2 egy saját másik a-k szolgáltatásba küldjenek (a jelen szolgáltatás mellett, „kiegészítésként”),

4.5.3 továbbküldjenek egy másik intézménybe? (Belső döntési mechanizmus)

Orvos (általában)	Intézményvezető
Pszichiáter, addiktológus	Munkatárs (éppen ügyeletes)
Pszichológus	A team
Szociális, mentálhigiénés munkatárs	A team, speciális team-üléseken
Addiktológiai konzultáns	(amik erre vannak rendszeresítve)
Szociális asszisztens	
Egyéb szakember/önkéntes segítő	
Sorstárs	
Egyéb	
(segítségként ezekre rá lehet kérdezni)	

4.6 Milyen okok miatt kerülhet át egy kliens egy

4.6.1 saját másik szolgáltatásba?

4.6.2 másik a-k szolgáltatást nyújtó intézménybe?

4.6.3 másik, magas küszöbű szolgáltatást nyújtó intézménybe?

Terápiás okokból

Nincs elegendő szakember

Nincs megfelelően képzett szakember

Nem áll rendelkezésre elegendő infrastruktúra

Nem áll rendelkezésre megfelelő infrastruktúra

Nincs az intézményben a kliens segítésére megfelelő szolgáltatás

Házirend megszegése miatt

Vannak súlyosabb kliensek is

Egyéb

(segítségként ezekre rá lehet kérdezni)

5. Információ, edukáció (EMCDDA kérdések)

Foglalkoznak-e, rendelkeznek-e a következő szolgáltatásokkal?

5.1 Multimédiás információs anyagok (szóróanyagok, weblapok) használata elsősorban a droghasználathoz kapcsolódó **vészhelyzetek és droghalál megelőzésére**.

5.2 Csoportos tréningek droghasználóknak **kockázat megelőzéssel**, illetve **túladagolással** kapcsolatban.

5.3 **Egyéni/testre szabott kockázat felmérés** az integrált tanácsadási és kezelési program részeként – ha van egyáltalán ilyen.

5.4 Tanácsadás a **börtönben szabadulás előtt** állóknak a fokozott kockázatokkal és megelőzéssel kapcsolatban. Fenntartó kezelések beindítása, folytatása börtönökben

5.5 Használják-e az információs anyagokat pro-aktív módon: azaz nem az a-k telephelyén, hanem a külső helyeken (utca, börtön, fogda, szórakozóhely) használják-e (odaviszik, kézbe adják)?

5.5.1 Ha igen, hol?

5.5.2 Milyen fajta drogokról van ilyen módon elérhető információ?

5.6 Tudnak-e olyan rendőrségi protokollokról, amelyek arra serkentik a droghasználókat, hogy a droghasználatból fakadó vészhelyzetekben értesítsék a megfelelő segélyszolgálatot (mentők)?

5.6.1 Felmerült-e ennek a szükségessége?

5.6.2 Milyen a rendőrséggel a kapcsolatuk?

- segítik/akadályozzák a munkájukat?

- miben segítik/akadályozzák?

6. Szolgáltatások adatai (2004-re vonatkozóak)

6.1 Milyen módon végzik a kliensekkel kapcsolatos adatgyűjtést?

6.1.1 kliensek számát

6.1.2 kliens kontaktok számát

6.1.3 kliensek demográfiai adatait (melyeket gyűjtik, melyeket nem?)

6.1.4 kiadott és visszavett tű, valamint eszközöket illetően

6.2 Tapasztaltak-e az adatgyűjtéssel kapcsolatos nehézségeket?

6.2.1 Melyek a legjellemzőbbek?

6.2.3 Mit terveznek ezekkel kapcsolatban tenni?

6.3 Hányan kerülnek be a célcsoport nagyságához viszonyítva az alacsony küszöbű szolgáltatásba az Önök intézménye esetében a régióból (becslés)?

6.4 Kik számra lennének a legmegfelelőbbek az alacsony küszöbű szolgáltatások, és ehhez képest kik veszik igénybe? **Vagyis a célcsoportot sikerül-e elérniük?**

6.4.1 Hogyan lehetne elősegíteni, hogy a leginkább rászorulóknak vegyék igénybe?

6.4.2 Hogyan lehetne még felhasználóbarátabb az a-k: könnyen elérhető, használható?

6.5 Az intézményben kezeltekhez viszonyítva (ha az „anyaintézmény” más szolgáltatásokat is nyújt) a kliensek hány százaléka vesz részt az alacsony-küszöbű szolgáltatás(ok)ban (becslés)?

6.6 Nem droghasználók

6.6.1 Kliensek száma összesen

6.6.2 Első kontaktusok száma összesen

6.6.3 Kliens kontaktusok száma összesen

6.6.4 Átlagéletkor

6.7 Droghasználók

6.7.1 Droghasználó kliensek száma összesen

6.7.2 Első kontaktusok száma összesen

6.7.3 Droghasználó kliens kontaktusok száma összesen

6.7.4 Átlagéletkor

6.8 Használt drog típusa szerint

6.8.1 Heroin mint elsődleges drog (%)

6.8.2 Amfetamin mint elsődleges drog (%)

6.8.3 Kannabisz mint elsődleges drog (%)

6.8.4 Szipu mint elsődleges drog (%)

6.8.5 Alkohol mint elsődleges drog (%)

6.8.6 Nem-használó kliensek (%)

6.9 Bevétel típusa szerint

6.9.1 Iv használó (%)

6.9.2 Nem iv használó (%)

6.10 Intravénások

6.10.1 Injektáló/tűcserés kliensek száma

6.10.2 Injektáló/tűcserés kliens kontaktusok száma

6.10.3 Régióban/vonzáskörében élő injekciós használók mekkora részét fedi le az a-k program (becslés ha van)?

6.11 Az alacsony küszöbű szolgáltatásokkal kapcsolatba lépő kliensek mekkora része (becslés, vagy adat, ha van) marad bent a szolgáltatásban

6.11.1 pár hónap

6.11.2 fél év

6.11.3 egy év elteltével is?

(Tehát lehet-e a klienseket a szolgáltatásban maradás idő intervalluma szerint csoportosítani, arányukról egyáltalán beszélni)?

6.12 Mik a lemorzsolódás okai (legfőbb okok)?

7. Szakmai háttér

7.1 Módszerek

7.1.1 Milyen elméleti-módszertani megközelítést alkalmaznak az alacsony-küszöbű szolgáltatásoknál? Erre nem lesz válasz: de pl. mediális-, pszichoszociális-, szociális-modell; sorstárs-segítés, networking, hálóba – pl. az utcai munkánál.

7.1.2 Függ-e ez a szolgáltatás formájától?

7.1.3 Melyek azok a módszerek, amelyek kifejezetten jól működnek, „beváltak” az alkalmazás során (pl.: outreach)?

7.1.4 Melyek azok a módszerek, amelyek nem hozták meg a várt eredményt, nem működnek/működtek olyan jól, mint várták (előzőhöz hasonlóan)?

7.1.5 Vannak-e egyedi, Önök által kidolgozott és hatékonyan működő módszerek?

7.2 Tréning, továbbképzés

7.2.1 Segítők közül hányan vettek részt 2004-ben képzésben

- egynaposban
- hosszabb, másoddiplomás jellegűben?

7.2.2 Milyenben?

7.2.3 Segítők közül hányan vesznek részt jelenleg képzésben

- egynaposban
- hosszabb, másoddiplomás jellegűben?

7.2.4 Milyenben?

7.2.5 Mi/Ki finanszírozza?

8. Értékelés, jövőkép

8.1 Hogyan látja Ön *általában* a hazai alacsony küszöbű szolgáltatások jövőjét (optimista, pesszimista)?

8.1.1 Miért?

8.1.2 Mit kellene tenni és kinek (minisztérium, helyi önkormányzat, intézmény-vezető, team, általában a szakma?)

8.2 Hogyan látja *az Ön* alacsony küszöbű szolgáltatásának jövőjét (optimista, pesszimista)?

8.2.1 Miért?

8.2.2 Mit kellene tenni és kinek (minisztérium, helyi önkormányzat, intézmény-vezető, team, általában a szakma?)

8.3 Ön milyennek látja/ítéli a hazai alacsony küszöbű programok közötti együttműködést? (Tapasztal-e problémákat? Amennyiben igen, melyek azok?)

8.4 Mely – saját - alacsony küszöbű szolgáltatási formáiban tapasztalt nehézséget, problémát?

8.4.1 Mik ennek az okai? (lehet, hogy erre már válaszolnak majd az adatgyűjtéssel és a célcsoport elérésével kapcsolatban korábban).

8.5 Tervezi-e ezen nehézségek, problémák enyhítését?

8.5.1 Hogyan, milyen formában?

Érdemes lenne egy külön kérdéscsoportot arra szentelni, hogy a működés során milyen további problémák merülnek fel: (finansziális, érdekképviselési, érdekérvényesítési, jogi, drogpolitikai, PR, társszervezetekkel történő együttműködési stb.) és milyen megoldási javaslatok vannak.

8.6 Környezet

8.6.1 Milyen az Önök a-k szolgáltatásainak megítélése

- szakmai körében
- önkormányzat körében
- lakosság körében
- célcsoport körében?

8.6.2 Érdeklődik-e az Önök a-k szolgáltatásai iránt a:

- KEF,
- önkormányzat,
- anyaintézmény,
- helyi sajtó?

8.6.3 Van-e, működik-e valamilyen helyi drogpolicy, tervezés?) Policy – a-k tágabb környezete a kérdés!

22. A droghelyzetkép kialakításához szükséges információk

Rendőrség, ügyészség, pártfogók

- a városi rendőrség „jogosítása” kiterjed-e a kábítószer felderítésre?
- a bűnüldöző feladattal megbízott rendőrség személyi állománya elegendő-e a kapitány és munkatársai szerint?
- A fiatalkorú bűnelkövetők számának alakulása, és a tipikus bűncselekmények
- a rendőri eljárások száma (kábítószerrel való visszaélés) az elmúlt évben
- az ügyészi szakig eljutott esetek száma
- az elterelésre utaltak száma

Iskolai szintér

- a képzett drogkoordinátorok aránya az általános és középfokú intézményekben
- az iskolai egészségfejlesztő és drogprevenciós programok gyakorisága és a programokkal érintett diákok aránya
- a városban található iskolák száma, típusa, a bejáró és kollégista diákok aránya

Szociális és egészségügyi ellátórendszer

- drogambulancia, addiktológia, pszichiátria, reszocializációs intézmények, elterelésre jogosult szervezetek és a drogszakemberek számbavétele a városban, vagy ha nincsenek helyben - az ellátásra kötelezett intézmények távolsága elérhetősége, a várakozás ideje
- a városban bejelentett lakóhellyel rendelkező kezeltek, ellátottak számának alakulása
- ártalomcsökkentő programok, alacsony küszöbű ellátások a városban
- Családsegítő Szolgálat és a Nevelési Tanácsadó valamint más a drogproblémával kapcsolatba kerülő szociális és egészségügyi intézmények, civil szervezetek felsorolása, funkcióinak tisztázása – a hiányok, fehér foltok felderítése a rendszerben.
- Van-e elegendő drogismeretük a veszélyeztetett korosztállyal kapcsolatba kerülő intézmények alkalmazottainak? Milyen hiányok érezhetők a drogjelenség természetéről a munkatársak és vezetőik szerint?

KEF

- a Fórum szakmai és személyi összetétele (döntéshozók aránya, a szakmai munkába, a helyzetkép elkészítéséhez szükséges tevékenységek elvégzésére bevonható személyek száma)
- készült-e valamilyen helyzetelemzés eddig? Ennek eredményei?
- A KEF presztízsének, ismertségének áttekintése a városban, milyen szinten áll a probléma tudatosítása a közéletben és a lakosság körében?

További statisztikai adatok

- a lakónépesség száma
- a fiatalok aránya, a veszélyeztetett korúak aránya (14-20 évesek)
- tendenciák (lakónépesség csökkenése vagy növekedése, fejlődő régióhoz vagy hátrányos helyzetű régióhoz tartozik a város, pl. munkalehetőségek, munkanélküliek aránya)

23. A veszélyeztetett korú diákok prevenció igényeinek és szükségleteinek, valamint a szerhasználat szempontjából becsült védettségük és veszélyeztetettségük mérésére alkalmazott kérdőív:

1. Helytelenítéd azt, ha az emberek a következőket teszik?

A válaszodnak megfelelő helyre soronként tegyél X jelet!

	Nem helytele- nitem	Helytele- nitem	Nagyon helytele- nitem	Nem tudom eldönteni
Ha egy-egy szál cigit elszívna				
Napi egy csomag cigit elszívna				
Napi egy-két pohár sört megiszna				
Ha hetente egy-két pohár sört megiszna				
Ha kipróbálják a marihuánás cigarettát				
Ha hetente több szál marihuánás cigarettát elszívna				
Ha évente egyszer-kétszer berúgnak				
Ha hetente berúgnak				
Ha nem ügyelnek a biztonságos szexre				
Ha nem tartják be az egészséges táplálkozás elveit				

2. Mennyire tartod valószínűnek az életed során az alábbiak bekövetkezését?

A megfelelő oszlopba húzz X jelet, soronként csak egy válasz lehetséges!

	Nagyon valószínű	Valószínű	Nem valószínű	Biztosan nem	Nem tudom eldönteni
Naponta tíz vagy több szál cigarettát fogok elszívni					
Minden emberrel megtalálom a közös hangot					
Kipróbálom a marihuánás cigarettát					

Minden esetben betartom a törvényeket					
Állandóan ügyelni fogok arra, hogy mit eszem					
Hetente többször inni fogok egy-két pohár bort vagy sört					
Kipróbálok keményebb drogokat is (extasy-t, heroint)					
A rendszeres sportolás életem része lesz					
Egyáltalán nem iszom alkoholt, és sohasem dohányzom					

3. Mi a véleményed az alábbi állításokról? A megfelelő oszlopba tegyél X jelet! Soronként csak egyet jelölhetsz!

Állítások, vélemények	egyetérték	Nem érték egyet	Nem tudom eldönteni
Bármilyen rossz helyzetbe is kerül valaki, a drog nem megoldás.			
A könnyű drogok engedélyezése csak növelné a fogyasztást.			
Nem a kábítószeres fiatalok a bűnösök, hanem a terjesztők.			
Akinek szilárd hite van, az nem nyúl kábítószerhez.			
A drogozás sokkal veszélyesebb, mint az alkohol vagy a cigaretta.			
Meg lehet érteni, hogy a kilátástalan helyzetben lévő fiatalok a drog felé fordulnak.			
Minden kultúrának megvannak a kábítószerai, csak tudni kell használni azokat.			
A drog olyan, mint a korábbi nemzedékeknek az alkohol.			
A drogozás része a modern szórakozásnak.			

A drogokat már úgysem lehet visszaszorítani.			
Ha valaki csak a könnyű drogot próbálja ki, akkor sincs már visszaút.			
Ha legalizálnák a könnyű drogokat, vissza lehetne szorítani a drogkereskedelmet.			
Keményen kell büntetni a fogyasztókat is, mert csak így lehet visszaszorítani a drogozást.			
Csak az igazán kemény drogot nem szabad kipróbálni, a marihuana nem tartozik ezek közé.			
Felesleges annyi pénzt költeni a kezelésükre, a drogosok megérdemlik a sorsukat.			

4. Mennyire érdekelnek az alábbi témák?

	Egyáltalán nem érdekel	Egy kicsit érdekel	Nagyon érdekel
Mi szükséges a kiegyensúlyozott boldog élethez?	1	2	3
Milyen a drogok hatása?	1	2	3
Melyek a környezetvédelmi elvek?	1	2	3
A szexualitással kapcsolatos ismeretek?	1	2	3
A korszerű táplálkozás?	1	2	3
A különböző emberekkel hogyan érted meg magad?	1	2	3
Párkapcsolatok és a boldog családi élet?	1	2	3
Törvények, büntetendő tettek és büntetések?	1	2	3
A szexuális úton terjedő betegségek	1	2	3

5. Hogy érzed, mennyit tudsz ezekről a témákról?

	Szinte semmit	Kevesebbet, mint amennyit szeretnék	Elegendőt
Mi szükséges a kiegyensúlyozott boldog élethez?	1	2	3
Milyen a drogok hatása?	1	2	3
Melyek a környezetvédelmi elvek?	1	2	3
A szexről?	1	2	3
A korszerű táplálkozásról?	1	2	3
A különböző emberekkel hogyan értem meg magam?	1	2	3
Párkapcsolatokról és a boldog családi életről?	1	2	3
Törvényekről, büntetendő tettekről és a büntetésekről?	1	2	3
Szexuális úton terjedő betegségekről?	1	2	3

6. Kitől fogadsz el, vagy fogadnál el legszívesebben tanácsot az alábbi témákban?

	Taná- raimtól	Szüleim- től	Külső szakér- tőtől	Bará- taimtól
Arról, hogy mi szükséges a boldog és kiegyensúlyozott élethez	1	2	3	4
Arról, hogy milyen a drogok hatása	1	2	3	4
A környezetvédelemről	1	2	3	4
A szexről, a kiegyensúlyozott nemi életről, a betegségekről	1	2	3	4
A korszerű táplálkozásról	1	2	3	4

Arról, hogy mi kell ahhoz, hogy a különböző emberekkel jól megértsem magam	1	2	3	4
A párkapcsolatokról, a boldog családi élethez szükséges dolgokról	1	2	3	4
A törvényekről, a büntetendő tettekről és a büntetésekről	1	2	3	4

Munkádat köszönjük!