



## Zgoda poinformowanego i kompetentnego pacjenta w świetle psychologii – wybrane zagadnienia

*Selected aspects of patients' informed and competent consent/  
A psychological approach*

ANNA WOLSKA

Z Katedry Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego w Szczecinie

**STRESZCZENIE.** Artykuł opisuje zgodę poinformowanego i kompetentnego pacjenta w kontekście relacji interpersonalnej badacz – badany. Przedstawiono niezamierzone wpływy ze strony badacza i badanego na wyrażanie zgody oraz „pułapki”, które pojawiają się w trakcie prowadzenia wywiadu klinicznego, będącego podstawą oceny kompetencji badanego do wyrażenia zgody.

**SUMMARY.** The author discusses the problem of patients' informed and competent consent in the context of the interviewer-interviewee relationship. She points out several unintended effects of interviewer and interviewee bias on expression of consent as well as the „traps” involved in the clinical interview in which the interviewee's competency to express consent is assessed.

---

**Słowa kluczowe:** zgoda poinformowanego i kompetentnego pacjenta / psychologia / niezamierzone wpływy badacza i badanego

**Key words:** patients' informed and competent consent/ psychology/ unintended interviewer and interviewee bias

---

Zgoda jest zawsze wyrażana przez poinformowanego i kompetentnego pacjenta podczas trwającej między nim i badaczem (lekarzem, prawnikiem, psychologiem, terapeutą) relacji interpersonalnej. Badacz ma poinformować pacjenta o przedmiocie i skutkach wyrażonej przez niego zgody oraz ocenić jego kompetencje do wyrażenia zgody świadomej. Dla obu uczestników dialogu interpersonalnego ważne jest to, o czym mówią oraz to, jak mówią. Jest oczywiste, że badacz zajmuje w tym dialogu pozycję inną niż pacjent, stąd wysyłane przez obydwu komunikaty, jak również przebieg relacji interpersonalnej, odbierane są przez każdego z nich inaczej.

Badacz ma poinformować pacjenta o przedmiocie i skutkach oczekiwanej zgody, ale w takim zakresie i takim językiem, aby mieć pewność, że pacjent dobrze go zrozumiał. Tylko wtedy bowiem może powziąć

przeświadczenie, że wyrażona zgoda jest w pełni świadoma. Badacz w trakcie uzyskiwania zgody co najmniej dwukrotnie posługuje się diagnozą lub hipotezą diagnozy. Diagnoza/hipoteza jest: po pierwsze – podstawą do wystąpienia o zgodę na: leczenie, badanie, terapię, przesłuchanie itp., po drugie – podstawą do oceny kompetencji pacjenta (klienta, podejrzanego, oskarżonego) do wyrażenia zgody świadomej. Tych dwóch diagnoz/hipotez, niezbędnych do podjęcia dalszego postępowania, nie poprzedza żadna zgoda badanego. Wyraża on zgodę dopiero na następną „oficjalną” diagnozę (w konieczny sposób poprzedzoną wiązką hipotez) i jej skutki.

Na problem zgody poinformowanego i kompetentnego pacjenta można więc spojrzeć z dwóch perspektyw: metodologiczno-aksjologicznej oraz społecznej. Jest rzeczą zrozumiałą, że spotkaniu dwóch osób,

z których jedna – przymuszona okolicznościami zewnętrznymi lub wewnętrznym poczuciem bezradności, czy cierpieniem – wyraża zgodę na zadysponowanie jej prywatnością, a druga tę zgodę przyjmuje, towarzysząc wątpliwości natury etycznej i metodologicznej. Pomocne, jak się wydaje, mogą być tutaj słowa Kirkegaarda [cyt. Podrez 1989, s. 198]: „etyka nie rozpoczyna się w stanie ignorancji, którą trzeba przemienić w wiedzę, ale w wiedzy, która wymaga realizacji”. Badacz wchodząc z pacjentem w relację interpersonalną, w trakcie której uzyskuje w pełni świadomą zgodę badanego, ma przeświadczenie, oparte na wiedzy i doświadczeniu, że to, co czyni, jest dla pacjenta dobre. Badacz postępuje więc z pełną odpowiedzialnością. Z kolei moc wzbudzania odpowiedzialności jest istotną cechą wartości [Straś-Romanowska 1994, Poznaniak 1992]. Innymi słowy, doświadczeniu wartości etycznej towarzyszy poczucie odpowiedzialności za przedmiot będący jej nośnikiem. Te ważne dla obu stron problemy regulują kodeksy etyczno-zawodowe badaczy [Kodeks 1992, Pobocho 1997] oraz instrukcje uzyskiwania zgody [np. Maier-Lenz 1993, Wiatrowski, Giles, Cooke 1996], nawiązujące zawsze do zespołu podstawowych wartości humanistycznych zawartych w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ. Wiele opracowań poświęconych jest wykładni dotyczącej stosowania tych zasad [np. Mirski 1998, Pobocho 1997, Lipowska-Teutsch, Brzeziński, Poznaniak 1994 i wielu innych].

## BARIERY KOMUNIKACYJNE

Uczestnicy dialogu interpersonalnego – badacz i pacjent napotykać na bariery komunikacyjne, które mają co najmniej dwa źródła, mianowicie: językowe i metodologiczne. Język pełni przede wszystkim funkcję komunikacyjną [Tłokiński 1986, Furdal 1977, Dubisz 1990, Jakobson 1989 i inni]. Jego specyfika polega na tym, że każda dyscyplina naukowa nadaje danym terminom

specyficzne dłań znaczenia. Nie istnieje jeden język polski, lecz wiele języków, które różnią się przyporządkowaniem znaczeń [Ajdukiewicz 1985]. Zbiór znaczeń danego języka jest jego aparaturą pojęciową, czyli narzędziem umożliwiającym interpretację faktów. Ta właściwość języka nakłada na badacza (posługującego się swoim własnym językiem oraz językiem dyscypliny naukowej, którą uprawia) obowiązek zapoznania się z językiem pacjenta. Na tej drodze mogą się jednak pojawić takie przeszkody jak np. niechęć badacza do obcego sposobu myślenia lub niedostępność badanego. Zjawisko dywergencji („mówienia obok siebie”), które wtedy może wystąpić, daje efekt przeciwny do zamierzonego, jakim miało być nawiązanie z pacjentem porozumienia, będącego podstawą do wyrażenia przez niego zgody w pełni świadomej.

Drugą barierą komunikacyjną jest przyjęty przez badacza paradygmat, w ramach którego stawia on diagnozy – zarówno te bez zgody pacjenta, jak i te za jego zgodą [Chmielewska-Banaszak 1997, Kuhn 1968, Mannheim 1992, Kowalik 1984, Sęk 1993]. Paradygmat ów, opierając się na kryterium, które pozwala odróżnić istotne problemy („naukowe”) od nieistotnych („nienaukowych”) dopuszcza możliwość uznania tych samych spraw za ważne dla jednej osoby i zarazem mniej ważne lub nieważne dla innej [Chmielewska-Banaszak 1997, Dunbar 1996, Kuhn 1968]. Brak możliwości komunikacji między naukowym i potocznym („nienaukowym”) sposobem interpretacji faktów uzasadnia w interesujący sposób Wolpert [1996]. Twierdzi on, że nauka stosuje inny sposób myślenia niż powszechnie stosowany w życiu. Na co dzień ludzie myślą wg zasad zdroworozsądkowych, szukając związków przyczynowo-skutkowych, wynikających z doświadczenia i obserwacji życiowych. Ten sposób autor nazywa myśleniem naturalnym. Myślenie naukowe (nienaturalne) ma inną strukturę. Nauka jest nienaturalna, a także jej język jest nienaturalny. W zależności od tego, jakim językiem

(naturalnym czy nienaturalnym) w opisie zjawiska posługuje się człowiek, taki wytworzy się obraz tego zjawiska.

Postępowanie badacza, zmierzające do uzyskania zgody od pacjenta, można podzielić na trzy etapy: (1) postawienie diagnozy/hipotezy, (2) poinformowanie pacjenta o przedmiocie zgody, (3) poinformowanie o skutkach zgody (hipotezy, ich weryfikacja oraz tego skutki). Założenia metodologiczne odpowiadające tym etapom stawiają pacjenta w odmiennych sytuacjach. Dla przykładu można się posłużyć trzema wyróżnionymi przez Sęk [1993] rodzajami diagnozy psychologicznej.

*Diagnoza nozologiczna* – pacjentowi przypisuje się jedną z możliwych jednostek chorobowych. W ramach diagnozy różnicowej pacjent jest o tyle ważny dla badacza (psychologa, terapeuty, lekarza, prawnika), o ile daje się zaklasyfikować jako jednostka chorobowa. Konsekwencją tak przyjętej strategii jest tendencja do poszukiwania przyczyn choroby w samym badanym. Nic więc dziwnego, że u pacjentów, wobec których zastosowano ten rodzaj diagnozy nagminnie występuje dysonans poznawczy. Pacjent, wyrażając zgodę, sądził, że badacz będzie zajmował się jego osobą w całości.

*Diagnoza funkcjonalna* – poszerza diagnozę różnicową o wyjaśnianie zaburzeń i określanie możliwości ich usunięcia. Sposób odpowiedzi na pytania w tym schemacie diagnostycznym jest inny niż w modelu różnicowej diagnozy, gdyż jej cel jest inny i inne jest użycie „języka” psychologii. Ten typ diagnozy daje znacznie większe możliwości w porozumiewaniu się badacza ze swoim rozmówcą, lecz jednocześnie stawia badaczowi znacznie większe wymagania. Niezbędne do właściwego prowadzenia diagnozy funkcjonalnej są: szeroka wiedza teoretyczna, sprawność stosowania metod badawczych oraz doświadczenie kliniczne [Sęk 1993].

*Diagnoza interakcyjna* – wydaje się, że z punktu widzenia dialogu interpersonalnego optymalna. Wg Getzelsa [za Sęk 1993, s. 226] kontekst diagnozy interakcyjnej tworzą czte-

ry płaszczyzny organizacji życia społecznego: ideologiczna (tworzy ją kultura), instytucjonalna (role i wymagania społeczne w pryzmacie instytucji), psychologiczna (konkretni ludzie, ich osobowość i określone właściwości psychiczne), podkulturowa (nieoficjalne życie społeczne). Społeczny kontekst takiej diagnozy psychologicznej pozwala osiągnąć dwa cele: ochronę chorej osoby i ochronę systemu społecznego przed utratą normalnej efektywności funkcjonowania.

Diagnoza funkcjonalna i interakcyjna są diagnozowaniem ze względu na pacjenta, ponieważ znajduje się on w centrum uwagi diagnosty. W schemacie funkcjonalnym, wyjaśnianie zachowania odnosi się do osobowości i jej funkcjonowania. W schemacie interakcyjnym diagnozę prowadzi się ze względu na pacjenta i interes społeczny jednocześnie. Pacjent w trakcie spotkania z badaczem rzadko otrzymuje informacje, dla badacza oczywiste, o przyjętych założeniach metodologicznych i ich skutkach. Wiadomo również, że w relacji badacz – badany każda diagnoza/hipoteza posiada określony stopień poprawności wyrażony trafnością zewnętrzną (w wymiarze społecznym; zgodność rezultatów działań zapobiegawczych i korygujących opartych na ustaleniach diagnostycznych z zapotrzebowaniem zgłaszanym przez daną sferę praktyki społecznej) oraz wewnętrzną (w wymiarze indywidualnym; stopień podobieństwa konstruktów wytworzonego przez badacza do rzeczywistości) [Brzeziński, Kowalik 1993]. Rozważając problem wpływu ukrytych założeń metodologicznych na sytuację pacjenta, należy pamiętać, że obie formy trafności będą uzyskiwane w inny sposób, zatem innych informacji trzeba udzielić pacjentowi o przedmiocie zgody. Inne też będą dla niego skutki owej zgody.

Okazuje się, że nie tylko założenia metodologiczne badacza wpływają na sytuację chorego, lecz sam fakt diagnozowania określa sytuację społeczną osoby diagnozowanej [Parsons 1969]. Poddanie osoby diagnozie uruchamia stereotyp społeczny określający rolę

i właściwości funkcjonowania takiej osoby, oczekiwania wobec niej, a przede wszystkim:

- 
- 
- jednostka spostrzegana jest przez innych jako nieodpowiedzialna za swój stan,
  - stan ten jest traktowany jako coś niepożądanego, a tym samym wymaga się od niej, by robiła wszystko, żeby ten stan zlikwidować (leczyła się),
  - zwalnia się ją z pełnienia dotychczasowych ról.
- 
- 

Warto zadać sobie pytania: czy w warunkach uzyskiwania zgody badany jest o takich skutkach informowany? jeśli tak, to czy na nie też wyraża zgodę? w jaki sposób rozłożyć odpowiedzialność za zmienioną sytuację życiową badanego?

### ZGODA POINFORMOWANEGO I KOMPETENTNEGO PACJENTA A PROCES STYGMATYZACJI

Każda diagnoza jest uruchomieniem wobec badanego procesu stygmatyzacji [Poznaniak 1994]. Z punktu widzenia pacjenta wyrażenie zgody jest także zgodą na stygmatyzację społeczną, co szczególnie w psychiatrii i psychologii musi być brane pod uwagę przy informowaniu o skutkach zgody. Temat ten etycznie jest niezwykle delikatny i kontrowersyjny. W takiej sytuacji ważne jest, by racje etyczne poprzedzały racje teoretyczne, metodologiczne czy praktyczne [Brzeziński, Kowalik 1993, Poznaniak 1994]. W diagnozach tych w sposób jawny lub ukryty występuje element wartościowania jednostek i grup społecznych, jeśli wskazuje się, w jaki sposób i pod jakim względem ich społeczne zachowania są niepożądane, szkodliwe, nienormalne. Etykieta diagnostyczna zawiera element generalizacji i jest uproszczoną formą kategoryzacji społecznej, przebiegającej wg procedury zero – jedynkowej: „normalny – nienormal-

ny”, „przystosowany – nieprzystosowany”, „chory – zdrowy” itp. Warto podkreślić, iż diagnoza/hipoteza są stygmatyzujące wielokrotnie także dlatego, że w sposób wartościujący została odczytana i badacz nie uczynił wystarczająco wiele, by taki subiektywny odbiór skorygować. Pewne znaczenie mogą też mieć formalne cechy pisemnej diagnozy/hipotezy, która w ten sposób staje się jakby urzędowym dokumentem nadającym jednostce stygmat [Poznaniak 1994]. Stopień oddziaływania stygmatu Poznaniak [1994] proponuje charakteryzować za pomocą ocen trafności i wiarygodności stygmatu dokonywanych przez otoczenie oraz za pomocą ocen dokonywanych przez samą osobę stygmatyzowaną. Oddziaływanie stygmatu jest tym większe, im bardziej badany skłonny jest go zaakceptować, pogodzić się z nim, pełnić rolę społeczną zgodnie ze stygmatem, a nawet przyjąć nową tożsamość. Otoczenie zaś oczekuje, by diagnoza/hipoteza były stygmatyzujące, ponieważ jest to dobry sposób na uwolnienie się od odpowiedzialności czy choćby współodpowiedzialności za powstanie dewiacji. Może więc wywierać mniejszą lub większą presję na badacza (psychologa, lekarza, prawnika, terapeuty), by wyjaśniając jakieś dewiacyjne zachowanie, badacz zastosował raczej wewnętrzne niż zewnętrzne atrybuty (osobowościowe, biologiczne, a nie społeczne czy sytuacyjne). Różne instytucje społeczne oczekują, by badacz zweryfikował lub wręcz potwierdził ich instytucjonalne protodiagnozy dokonywane po to, by wyodrębnić i naznaczyć jednostki społecznie niedostosowane. Badacz nie zawsze jest świadomy, że jest nie tylko diagnostą, ale także kontrolerem ludzkich zachowań, zwłaszcza wtedy, gdy jest związany formalnie z instytucjami będącymi strażnikami ładu społecznego (np. szpital psychiatryczny, zakład karny, szkoła publiczna itp.). Siemaszko [1993], także Lipowska-Teutsch [1995] przytaczają poglądy, iż właściwą funkcją wielu instytucji formalnej kontroli społecznej jest utrwalanie, a nie zwalczanie dewiacji.

Zgodnie z teorią naznaczenia społecznego [Poznaniak 1988, 1994, Siemaszko 1993] osoba, która naznaczona została jakimś stygmatem, jest karana za próby odsunięcia go od siebie. Próby niezgody nie mają szans powodzenia i mogą działać na niekorzyść osoby protestującej, gdyż wywołują dodatkowe reakcje stygmatyzujące ze strony otoczenia i badacza, mające skłonić go do pogodzenia się ze stygmatem oraz by zachowywała się zgodnie z psychologiczną treścią stygmatu. Okazuje się, że stygmaty tym częściej i skuteczniej przylegają do osób, które czują się wobec nich bezradne i bezsilne, a z otoczenia nie uzyskują wsparcia antystygmatyzującego. Wówczas stygmat zmienia sposób myślenia tej osoby o sobie samej – zaczyna myśleć kategoriami sugerowanymi przez stygmat, a w końcu wierzy, że jest rzeczywiście takim człowiekiem, jak ów stygmat sugeruje i utożsamia się z nim. Spełniane zostają w ten sposób oczekiwania zawarte w stygmatach i osoby te zaczynają patrzeć na siebie samych oczyma tych, którzy ich tak napiętnowali. W stygmatach zawarte jest więc prognozowanie i oczekiwanie dotyczące najbardziej prawdopodobnego stylu zachowania, funkcjonowania umysłowego, emocjonalnego i społecznego. Zwraca się uwagę [Siemaszko 1993, Poznaniak 1994], że niektóre etykiety mogą być dziedziczone społecznie, jak też są takie, które są warunkiem skutecznego leczenia – np. warunkiem skutecznego leczenia alkoholika w AA jest akt samonaznaczenia „jestem alkoholikiem”, co wyraża całkowitą akceptację tożsamości dewiacyjnej.

Czy badany mający wyrazić zgodę, jest o tych procesach i ich skutkach informowany i czy zawsze badacz zdaje sobie z nich sprawę?

### **NIEZAMIERZONY WPLYW OCZEKIWAŃ A UZYSKIWANIE ZGODY**

Gdy badacz (uczony, lekarz, psycholog, prawnik) badający zachowanie człowieka wchodzi w bezpośredni kontakt z badaną

osobą, to między nimi wytwarza się sytuacja społeczna, mająca znaczenie ogólne i szczególnie. Ogólne wynika z tego, że wzajemne oddziaływanie można badać empirycznie, szczególne zaś znaczenie tej sytuacji polega na tym, że wzajemne oddziaływanie na siebie badacza i osoby badanej jest głównym źródłem naszej wiedzy [Rosenthal 1991]. Niezamierzone oddziaływania badacza na badanego w przebiegu tej społecznej relacji są następujące [Rosenthal 1991]:

- 
- 
- błędy rejestracji danych,
  - błędy interpretacji,
  - wpływy biospołeczne (płeć, wiek, rasa),
  - wpływy sytuacyjne (stopień znajomości badanego, zdarzenia i okoliczności spotkania),
  - wpływy psychospołeczne (lęk, potrzeba aprobaty, status, serdeczność),
  - zachowanie badanego (system komunikacji, który jest układem splatających się sprzężeń zwrotnych),
  - badacz (cechy osobowości).
- 
- 

Czynniki te traktowane są najczęściej jako źródła artefaktów relacji interpersonalnej.

Wyrażanie zgody, informowanie, ocena kompetencji podlegają wpływom, choć najczęściej niezamierzonym, tych artefaktów. Wpływ oczekiwań badacza na zachowanie badanego jest ciekawy i najlepiej opisany. Początkowo badano artefakty, a okazało się, że oczekiwania badacza stanowią ważną zmienną interpersonalną o dużym znaczeniu praktycznym i teoretycznym dla zachowania badanego w relacji oraz w konsekwencji, dla wniosków badacza. Oczekiwania te funkcjonują jak samopotwierdzająca się przepowiednia i tworzą efekt Pigmaliона. Jak na wstępie przyjęto, badacz w sytuacji wyrażania zgody przez pacjenta dwukrotnie co najmniej uruchamiał hipotezy uzasadniające podjęcie tej relacji, że celowym jest go leczyć (słuchać, badać, pomagać mu) oraz, że jest on kompetentny. Okazuje się, że skutki niezamierzonej tendencji oczekiwań mogą być groźne.

Badania psychologiczne nad niezamierzonym wpływem oczekiwań badacza na zachowanie badanego mają bogatą historię [Rosenthal 1991, 1996, Sęk 1993]. Swoje wnioski Rosenthal [1991, 1991a] opiera na 185 badaniach eksperymentalnych oraz 57 badaniach przeprowadzonych w sytuacjach życiowych. Najciekawszym pytaniem jest pytanie o to, jak osoba oczekująca czegoś po zachowaniu drugiej osoby daje jej o tym znać i w ten sposób skłania ją do zareagowania zgodnie z oczekiwaniem. Rosenthal zaproponował teorię czterech czynników. Czynnikami, dzięki którym badane osoby spełniają oczekiwania badacza, są wg niego: klimat emocjonalny, jaki tworzy badacz wokół badanego, pozostając z nim w relacji interpersonalnej, uruchomienie sprzężenia zwrotnego, w którym częstsza i bardziej zróżnicowana jest reakcja badacza na zachowanie oczekiwane, wkład – polegający na włożeniu większego wysiłku badacza w celu uzyskania oczekiwanego zachowania badanego, wydajność – polegająca na stworzeniu badanemu lepszych warunków dla jego aktywności, jeśli jest to aktywność oczekiwana. Istotne jest to, że badacz nie jest świadomy uruchomienia tych czynników. Są one przez niego niekontrolowane i niezamierzone.

Brzeziński, Kowalik [1993], Poznaniak [1994] przyjmują, że należy mówić o trzech źródłach oczekiwań występujących u badacza:

- jego osobowość – wysoki poziom oczekiwań przejawiają badacze charakteryzujący się takimi cechami, jak: konformizm, zależność od grupy, sztywność, utrzymywanie dystansu społecznego, impulsywność, nieufność. Istotne jest, że badacze o wysokim poziomie oczekiwań są niejako bardziej inercyjni, jeśli chodzi o przyswajanie informacji odnoszących się do aktualnego funkcjonowania osoby badanej – po prostu informacje bieżące nie są od razu przez nich przyswajane;
- dane uzyskiwane wcześniej – dane dotyczące fizjologii, dane demograficzne, wy-

niki poprzednich badań, dane subiektywne, tzw. „nos kliniczny”;

- uprzednie kontakty z badanym, uprzednie diagnozy wystawiane badanemu.

---

Na podstawie scharakteryzowanych trzech źródeł oczekiwań wstępnych badacz formuluje swoje oczekiwania względem osoby badanej. Wg badań Rosenthala, Babada, Inbara [za: Brzeziński, Kowalik 1993] wyróżnić można oczekiwania badacza dotyczące spodziewanych sukcesów badanego (oczekiwania pozytywne) i spodziewanych niepowodzeń badanego (oczekiwania negatywne). Oczekiwania negatywne tworzą efekt Golema, a oczekiwania pozytywne – efekt Galatei. Okazuje się, że wstępne oczekiwania nie mają postaci ugruntowanego i zamkniętego systemu. Podlegają one ewolucji zróżnicowanej w zależności od działania takich czynników, jak:

- 
- charakter informacji o pacjencie w granicach opozycji *jednoznaczne – dwuznaczne*; im mniejsza ilość informacji dopływa do badacza, tym mniejsza szansa na to, że zmieni on swoje wcześniejsze oczekiwania i odwrotnie, im bardziej informacje są wieloznaczne, tym szybciej owe wstępne oczekiwania mogą być korygowane,
  - charakter oczekiwań klinicysty w granicach opozycji *elastyczne – sztywne*, istotny wpływ mają osobowościowe dyspozycje badacza, o czym wspomniano już wcześniej,
  - stopień niepotwierdzenia wstępnych oczekiwań klinicysty, lokalizowanych w granicach opozycji *niski – wysoki*, istotne są czynniki pośredniczące, jakby „transmitery” informacji między badaczem i badanym. Tworzą je warunki sytuacji, w jakiej zachodzi relacja między badaczem i badanym (np. poczucie badacza, że sprawuje kontrolę nad badanym, atrybucja powodzeń/niepowodzeń badanego) oraz pozawerbalne sygnały komunikacji.
-

Zróznicowane traktowanie badanych przez badacza pociąga za sobą zróznicowane zachowanie się osób badanych. Zmieniowymi pośredniczącymi ze strony badanego są takie, jak: system wartości i przekonań, poziom inteligencji, poczucie własnej wartości, spostrzeganie kontroli nad własnym zachowaniem, status motywacyjny badanego. Zmienne te są szeroko opisywane psychologicznie, nie wydaje się więc celowe przytaczać ich wpływu. Badania wykazały [Rosenberg 1991, 1991a, Brzeziński, Kowalik 1993], że czynnikiem wzmacniającymi efekt oczekiwań jest także lęk przed oceną przeżywany przez badanego. Gdy badani przejawiali niski poziom lęku przed oceną, efekty wpływu oczekiwań badacza na zachowanie badanego były słabe. Wysoki poziom lęku przed oceną u osób badanych znacznie nasilał efekt oczekiwań badacza. Jednocześnie wiadomo, że pośrednicząca rola lęku przed oceną jest tym wyraźniejsza, im bardziej status badanego zbliżony jest do statusu „osoby badanej”, „królika doświadczalnego” itp. Nader często sytuacja wyrażenia zgody jest dla badanego szczególnie nasycona lękiem przed oceną, głównie społeczną, ale też osobistą (własna ocena witalności, zdrowia itp.), przeto niezwykle ważne jest stosowanie zalecenia Rosenberga [1991], by eliminować, zmniejszać poziom lęku.

## WPLYW METODY UZYSKIWANIA ZGODY

Relacja interpersonalna mająca na celu wyrażenie zgody, poinformowanie, a szczególnie uznanie kompetencji badanego do wyrażenia owej zgody przebiega na ogół w trakcie wywiadu. „Pułapki” w badaniu tą metodą, mogące wpływać na przebieg relacji między badaczem i badanym oraz poziom zgody poinformowanego i kompetentnego pacjenta, wiążą się głównie z działaniami badacza [Johnson 1991]. Wywiad podatny jest na co najmniej osiem ważniejszych pułapek, czyhających w badaniu, uświadamiających możliwość niezamierzonej stronniczości badacza. Są to:

- paradygmat uznawany przez badacza, który w sposób zasadniczy wpływa na sposób zadawania określonych pytań, na sposób zbierania informacji oraz interpretację otrzymywanych odpowiedzi;
- niestaranny scenariusz rozmowy, szczególnie często zdarzający się przy stosowaniu metod niestandardyzowanych, gdzie brak jest określonego sposobu w zadawaniu pytań. Wiadomo, że niewielka nawet zmiana w sposobie zadawania pytań może powodować znaczące zmiany w uzyskiwanych odpowiedziach;
- wpływ sposobu analizowania danych – błędna analiza danych prowadzi do błędnych wniosków;
- wpływ cech osoby prowadzącej wywiad, np. płeć, wiek, status społeczny, osobowość, doświadczenie zawodowe; liczne badania potwierdzają [za Johnson 1993], że niedoświadczone osoby prowadzące wywiad nie tylko mają tendencję do godzenia się z faktem zupełnej odmowy udziału w wywiadzie, ale także akceptują więcej odpowiedzi „nie wiem” i odmów udzielania odpowiedzi na zadawane pytania. Osoby doświadczone mają tendencję do wydobywania bardziej kompletnych odpowiedzi na pytania otwarte niż niedoświadczone;
- odstępstwa od protokołu, np. zmiana kolejności pytań, wprowadzanie pytań niepotrzebnych itp.;
- błędne rejestrowanie odpowiedzi. Prowadzący wywiady usiłują przypomnieć sobie i zanotować tyle, ile tylko możliwe z tego, co powiedział badany. Kiedy korzysta się z takiego sposobu, wiele z treści rozmowy ginie, jest niewłaściwie przedstawiona, przekręcona, by nabrała sensu. Nawet jeśli prowadzący wywiad notuje wypowiedzi bezpośrednio po zakończeniu rozmowy, jedynie 31% treści zostaje przypomnianych;
- fałszowanie odpowiedzi, co zdarza się częściej, gdy badaczom stawiane są wymagania szczególnie uciążliwe;

- oczekiwania badacza, których wpływ przedstawiono pokrótce wyżej w tym opracowaniu.

„Pułapki” w czasie prowadzenia wywiadu obejmują nie tylko osobę prowadzącą wywiad. Wymienia się także inne źródła stronniczości badaczy, takie jak: niedostępność badanego, „zły” badany (badany niechętnie udzielający odpowiedzi, niezainteresowany zadawanymi pytaniami itp.), fałszywe informacje dostarczane przez badanego, co może wynikać z zapominania, złego rozumienia pytań oraz wypaczania odpowiedzi tak, aby pokazać się w lepszym świetle, zrobić „lepsze wrażenie” [Johnson 1991].

Okazuje się, że koncentracja uwagi na jednym tylko obszarze prowadzenia wywiadu – na sytuacji jego przeprowadzania – ujawnia wiele źródeł na ogół niezamierzonej stronniczości, mogących mieć wpływ na ocenę kompetencji pacjenta do wyrażenia zgody oraz ilość i sposób dostarczanych informacji o przedmiocie zgody oraz jej skutkach.

## PODSUMOWANIE

Warto zaznaczyć, iż sytuacja społeczna, w jakiej przebiega uzyskiwanie zgody od poinformowanego i kompetentnego pacjenta zawiera w sobie wiele nie zamierzonych, nie kontrolowanych wpływów zarówno ze strony badacza, jak też badanego, tak samo jak każda relacja interpersonalna. Jednak ze względów etycznych istotne jest ograniczanie i kontrolowanie wpływów, mogących odgrywać niekorzystną rolę w procesie wyrażania zgody.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ajdukiewicz K.: Język i poznanie. PWN, Warszawa 1985.
2. Barber T.X.: Pułapki w badaniu: dziewięć rodzajów wpływów związanych z osobami badacza i eksperymentatora. W: Brzeziński J., Siuta J. (red.): Społeczny kontekst badań psychologicznych i pedagogicznych. Wybór tekstów. Wyd. UAM, Poznań 1991.
3. Brzeziński J., Kowalik S.: Społeczne uwarunkowania diagnozy klinicznej. W: Sęk H. (red.): Społeczna psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 1993.
4. Brzeziński J., Poznaniak W.: Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów. Wyd. Humaniora, Poznań 1994.
5. Chmielewska-Banaszak D.: Bariery komunikacyjne świata nauki. Maszynopis niepublikowany, 1997.
6. Dubisz S.: Nauka o języku. Wyd. IKE, Warszawa 1991.
7. Dunbar R.: Kłopoty z nauką. Wyd. Marabut, Gdańsk, Warszawa 1996.
8. Furdal A.: Językoznawstwo otwarte. Opole 1977.
9. Jackowski A.: Sztuka zwana naiwną. Wyd. Krupski i S-ka, Warszawa 1995.
10. Jakobson R.: W poszukiwaniu istoty języka – wybór pism. PWN, Warszawa 1989.
11. Johnson R.F.: Pułapki w badaniu: wywiad jako model przykładowy. W: Brzeziński J., Siuta J. (red.): Społeczny kontekst badań psychologicznych i pedagogicznych. Wybór tekstów. Wyd. UAM, Poznań 1991.
12. Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa. Wyd. PTP, Warszawa 1992.
13. Kowalik S.: Komunikacja językowa. W: Domachowski W. (red.): Z zagadnień psychologii społecznej. PWN, Warszawa 1984.
14. Kuhn T.: Struktura rewolucji naukowych. PWN, Warszawa 1968.
15. Lipowska-Teutsch A.: Co każdy psycholog wiedzieć powinien. Nowiny Psychologiczne 1995, 1, 35–37.
16. Maier-Lenz H.: Implanting multicenter, multinational clinical trials. Drug Inform. J. 1993, 27, 1077–1081.
17. Mannheim K.: Ideologia i utopia. KUL, Lublin 1992.
18. Mirski A.: Asertywność a rozwój człowieka. Zagadnienia etyczności oraz skuteczności treningu asertywności. W: Gapik L. (red.): Postępy psychoterapii. T. 1. Psychoterapia a edukacja. Wyd. UAM, Poznań 1998, 98–109.
19. Parsons T.: Struktura społeczna a osobowość. PWN, Warszawa 1969.
20. Pobocho J.: Jaki kodeks etyczny biegłego psychiatry? Post. Psychiatr. Neurol. 1997, 6, supl. 1/4/, 143–148.



21. Pobocho J.: Język prawa a język psychiatrii sądowej. W: Rzepa T. (red.): O języku i komunikowaniu się. Wyd. US, Szczecin 1998, 105–114.
22. Podrez E.: Człowiek, byt, wartość. PWN, Warszawa 1989.
23. Poznaniak W.: Niektóre dylematy etyczne w naukach społecznych. W: O związkach teoretycznych filozofii nauki i psychologii. Poznańskie Studia z Filozofii Nauki, Warszawa, Poznań 1992, 331–350.
24. Poznaniak W.: Skuteczność procesu stygmatyzowania dzieci z zaburzeniami zachowania. Kwartalnik Pedagog. 1988, 2, 168–174.
25. Rosenberg J.R.: Oczekiwania eksperymentatora, lęk przed oceną oraz rozproszenie niepokoju metodologicznego. W: Brzeziński J., Siuta J. (red.): Społeczny kontekst badań psychologicznych i pedagogicznych. Wybór tekstów. Wyd. UAM, Poznań 1991.
26. Rosenberg M.J.: Gdy dysonans zawodzi: o eliminacji lęku przed oceną z pomiaru postaw. W: Brzeziński J., Siuta J. (red.): Społeczny kontekst badań psychologicznych i pedagogicznych. Wybór tekstów. Wyd. UAM, Poznań 1991a.
27. Rosenberg M.J.: Warunki powstawania oraz konsekwencje lęku przed oceną. W: Brzeziński J., Siuta J. (red.): Społeczny kontekst badań psychologicznych i pedagogicznych. Wybór tekstów. Wyd. UAM, Poznań 1991b.
28. Rosenthal R.: Oczekiwania interpersonalne. Skutki przyjętej przez badacza hipotezy. W: Brzeziński J., Siuta J. (red.): Społeczny kontekst badań psychologicznych i pedagogicznych. Wybór tekstów. Wyd. UAM, Poznań 1991.
29. Rosenthal R.: O społecznej psychologii samospełniającego się proroctwa. Dalsze dane potwierdzające istnienie efektów Pigmaliona i mechanizmów pośredniczących w ich występowaniu. W: Brzeziński J., Siuta J. (red.): Społeczny kontekst badań psychologicznych i pedagogicznych. Wybór tekstów. Wyd. UAM, Poznań 1991a.
30. Rosenthal R.: Science and ethics in conducting, analyzing, and reporting psychological research. Psychol. Sci. 1994, 5, 3, 127–133.
31. Sęk H.: Społeczna psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 1993.
32. Siemaszko A.: Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych. PWN, Warszawa 1993.
33. Straś-Romanowska M.: Pytanie o aksjologiczny kontekst teorii psychologicznych. W: Przesmycka-Kamińska J. (red.): Refleksja nad etycznymi i teoretycznymi podstawami pomocy psychologicznej. Wyd. UW, Wrocław 1994.
34. Tłokiński W.: Mowa, przegląd problematyki dla psychologów i pedagogów. PWN, Warszawa 1986.
35. Wiatrowski W.A., Giles E.R., Cooke E.P.: Development of a system to evaluate and communicate radiation risk. Health Physics 1966, 70, 1, 111–117.
36. Wolpert L.: Nienaturalna natura nauki. GWP, Gdańsk 1996.
37. Wolska A.: Język sądowych orzeczeń psychologicznych w sprawach karnych dorosłych. W: Rzepa T. (red.): O języku i komunikowaniu się. Wyd. US, Szczecin 1998, 93–104.

*Adres: Dr Anna Wolska, Katedra Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego,  
ul. Wawrzyniaka 8, 70-392 Szczecin*