

sób istotny w zależności od takich cech wyróżniających grupy respondentów, jak wykształcenie, zawód, płeć, wiek, miejsce zamieszkania (wieś, miasto).

4. Efekt sytuacji psychospołecznej wywiadu. Można założyć, że takie cechy sytuacji psychospołecznej wywiadu, jak np. aktywna obecność osób trzecich, czas i miejsce prowadzonego wywiadu itp., wpływają na istotne statystycznie różnice w rozrzucie błędów.

Wywiad kwestionariuszowy jest obecnie masowo stosowaną techniką zdobywania informacji w socjologii. Badacze zaczęli posługiwać się nim znacznie wcześniej, niż wzięto go na warsztat systematycznej i krytycznej refleksji metodologicznej. Pytanie, które powinno być stale obecne w świadomości każdego, kto decyduje się na penetrację rzeczywistości społecznej za pomocą omawianego narzędzia, można sformułować następująco: jaka jest wiarygodność (wartość poznawcza) zebranego materiału empirycznego i jak można ją zwiększyć w przyszłości?

Wyniki analizy zewnętrznej i wewnętrznej określając globalny rozmiar błędu dają częściową odpowiedź na pierwszą połowę pytania. Natomiast pozostałe procedury omówione w końcowej partii artykułu ustalają źródła błędów. Znając te źródła możemy w następnych badaniach kontrolować je w większym niż dotychczas stopniu — to zaś stanowi już odpowiedź na drugą połowę pytania o sposoby unaukowania w wyższym stopniu socjologii empirycznej.

Krystyna Lutyńska, Neonila Szeszenia

WSTĘPNE WYNIKI ZEWNĘTRZNEJ WERYFIKACJI ODPOWIEDZI RESPONDENTÓW W WYWIADZIE NA TEMAT ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH*

I. Uwagi wstępne

Jednym z ważnych problemów metodologicznych w socjologii jest sprawa trudności sprawdzania podstawowych danych, zbieranych za pomocą różnych technik. Pomijając już kwestię badania opinii ludzi na różne tematy posiadamy również bardzo mało możliwości sprawdzania danych dotyczących faktów. Nie rozporządzamy bowiem ani tak precyzyjnymi przyrządami badawczymi podobnymi do tych, jakie np. posiadają przyrodnicy, a za których pomocą można by sprawdzać wiarygodność zeznań badanych osób — ani też otrzymując nawet te same informacje z dwóch różnych źródeł nie zawsze jesteśmy pewni, które z nich są bardziej zbliżone do rzeczywistości. Wreszcie — co również nie jest bez znaczenia, wszelkiego rodzaju próby weryfikacji danych są bardzo pracochłonne, trudne do przeprowadzenia i wymagają odpowiednich środków.

Mimo tych trudności socjologowie zarówno na Zachodzie, jak i u nas podejmowali różne próby sprawdzania danych zebranych w oparciu o jedną technikę za pomocą innej techniki¹.

* Praca została wykonana i częściowo subwencjonowana w ramach współpracy z Department of Medical Care and Hospitals, School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA (kierownik badań doc. dr hab. Janusz Indulski).

¹ Por. H. H. H y m a n, *Interviewing in Social Research*, Chicago, 1954, s. 120—121 i 234.

W Polsce ze znanych nam tego typu prób można wspomnieć, że w ostatnich latach właśnie w Łodzi głównie z inicjatywy Z. Gostkowskiego podejmowano szereg badań, których celem było porównywanie informacji otrzymywanych z dwóch różnych źródeł lub za pomocą różnych technik. Niektóre z tych badań, np. badania prowadzone przez K. Słomczyńskiego i A. Sztudynger-Kaliszewicz, zostały już zakończone i wyniki ich można znaleźć w opublikowanych artykułach². Wyniki innych badań — z których warto wymienić przede wszystkim badania K. Boruckiej, K. Brzozowskiej i A. Sztudynger-Kaliszewicz nad wiarygodnością danych ze spisu rolnego oraz M. Stefanowskiej weryfikujące dane uzyskiwane w wywiadach nad czytelnictwem prasy i tzw. konsumpcją kulturalną — nie zostały jeszcze w całości opracowane³.

Badania nastawione wyłącznie na skontrolowanie wiarygodności danych z wywiadów poprzez powtarzne wywiady zostały przeprowadzone w 1966 r. w Krakowie. Autorem ich był nie socjolog, ale lekarz — F. Sawicki⁴.

Wydaje się, że w tego typu badaniach jednym z najtrudniej-

² K. M. Słomczyński, *Wpływ oficjalnej i prywatnej sytuacji wywiadu na wypowiedzi respondentów w środowisku inteligencji, Analizy i próby technik badawczych*, t. I, red. Z. Gostkowski, Wrocław—Warszawa—Kraków 1966, s. 186. Ten sam autor porównywał także wypowiedzi respondentów w ankiecie audytoryjnej, w wywiadzie indywidualnym i w ankiecie pocztowej. Por. B. Bielańska, K. M. Słomczyński, *Z doświadczeń realizacji ankiety audytoryjnej i wywiadu zbiorowego w środowisku studenckim*, [w:] *Analizy i próby...*, t. II, 1968, s. 121; K. M. Słomczyński, *Zastosowanie ankiety pocztowej w powtórny kontakt*, [w:] *tamże* s. 239. W obu tych artykułach chodziło jednak nie o weryfikację danych uzyskanych jedną techniką poprzez zastosowanie innej, ale o inne problemy. A. Sztudynger-Kaliszewicz, *Badania wiarygodności zeznań w spisie powszechnym*, [w:] *Analizy i próby...*, t. I, 1966, s. 257—281.

³ Badania K. Boruckiej, K. Brzozowskiej i A. Sztudynger-Kaliszewicz były przeprowadzone w Łodzi w r. 1968, a badania prowadzone przez Z. Gostkowskiego i M. Stefanowską — w Piotrkowie Trybunalskim w r. 1969.

⁴ F. Sawicki, *Przewlekłe nieswoiste choroby układu oddechowego wśród mieszkańców Krakowa — Ocena wiarygodności wywiadów*, „Przeegląd Epidemiologiczny”, 1969, t. XXIII, nr 1, s. 109—120; i tenże, *Ocena błędów ankietera*, *tamże*, 1969, t. XXIII, nr 2, s. 309—318.

szych problemów jest sprawdzanie informacji uzyskiwanych od respondentów podczas wywiadów z danymi zawartymi w tzw. dokumentach urzędowych. Wiąże się to przede wszystkim z tym, że właściwie tylko bardzo nieliczne zeznania respondentów można porównywać z materiałami znajdującymi się w różnego rodzaju dokumentacji. Niesprawdzalne są właściwie (tj. za pomocą dokumentów urzędowych) nie tylko wszelkie opinie wypowiedziane przez badane osoby, ale również większość informacji dotyczących faktów, np. sposobów spędzania wolnego czasu, uczęszczania do szkół, wydatków, „dorabiania” pracą dodatkową. Jak dotąd nie udało się wypracować technik sprawdzania w ten sposób również deklarowanego czytelnictwa prasy, uczęszczania do kin i teatrów itp. Wydawałoby się, że np. bardzo łatwo w odpowiednich dokumentach urzędowych można by sprawdzić dane — podawane przez badane osoby w pamiętnikach, ankietach wypełnianych czy wywiadach — jak datę urodzenia, stan cywilny, wykształcenie czy zarobki. Tymczasem okazuje się, że:

1. Nie zawsze wszystkie potrzebne do sprawdzenia dokumenty znajdują się w jednym miejscu (np. w miejscu pracy badanego, w radzie narodowej itp.) i trzeba ich szukać.

2. Nigdy nie możemy mieć pewności, czy wszystkie dokumenty są wiarygodne — mogą być one sfałszowane w jakimś celu świadomie (np. data urodzenia, świadectwo szkolne) lub nieświadomie (np. pomyłka wpisującego)⁵.

⁵ Wiarygodność pewnych danych urzędowych może budzić szereg wątpliwości. Ze wspomnianych już badań nad spisem rolnym prowadzonych przez A. Kaliszewicz i K. Borucką wynikało, że dane oficjalne znacznie nieraz różnią się od rzeczywistości. Związane jest to zarówno z tendencją osób objętych spisem do zaniżania ilości posiadanego inwentarza żywego, jak i niedbałym i niesumiennym wypełnianiem swych obowiązków przez niektórych komisarzy spisowych. Tak więc arkusze spisowe nie są dobrym materiałem do kontroli wypowiedzi respondentów w wywiadach na temat posiadanego np. drobiu. Również — co stwierdzono w innych badaniach — i stosowana przez wiele lat w pierwszym okresie po wojnie 8-stronicowa ankieta personalna nie byłaby odpowiednim dokumentem, za którego pomocą można by np. sprawdzać odpowiedzi respondentów dotyczące zawodu ojca lub działalności w okresie okupacji.

Mimo tych zastrzeżeń różni badacze ponawiają próby weryfikacji danych uzyskanych w badaniach socjologicznych poprzez dane znajdujące się w dokumentach oficjalnych. Trzeba tu podkreślić, że najwięcej możliwości do wykonywania tego typu weryfikacji mają lekarze i socjologowie medycyny, którzy wypowiedzi respondentów, co do stanu ich zdrowia, korzystania z opieki lekarskiej itp. mogą sprawdzać z dokumentacją znajdującą się w różnych placówkach służby zdrowia. Tego typu badania były podejmowane za granicą, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych⁶. Wyniki niektórych z nich wskazują na duże znaczenie takich weryfikacji⁷.

W Polsce — o ile nam wiadomo — konfrontacją danych uzyskanych w wywiadach z respondentami z danymi zawartymi w dokumentacji oficjalnej zajmowali się jedynie socjolog A. Sztaudynger-Kaliszewiczowa i wspomniany już lekarz F. Sawicki wraz z innymi współpracownikami Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny. A. Sztaudynger-Kaliszewicz porównywała dane ze spisu powszechnego z danymi uzyskanymi drogą wywiadów socjologicznych i z dokumentacją dostępną w kwaterrunku.

F. Sawicki sprawdzał zgodność pomiędzy informacjami o przebytych chorobach, uzyskanymi w wywiadach, z odpowiednimi adnotacjami o leczeniu się z powodu tych chorób w dokumentacji przychodni ogólnych⁸. Badania jego, podobnie jak ba-

⁶ Por. obszerną literaturę podaną w zakończeniu artykułów F. Sawickiego wymienionych w przypisie 4.

⁷ Tak np. w badaniach prowadzonych przez Centrum Statystyki Medycznej w Stanach Zjednoczonych stwierdzono około 10% niezgodności między dokumentacją a wypowiedziami respondentów. Por. *Odpowiedzi co do hospitalizacji w ankietowych badaniach zdrowia*. U. S. Department of Health, Education and Welfare. National Centre for Health Statistics, Waszyngton 1965, seria 2, nr 6.

⁸ Sztaudynger-Kaliszewicz, *op. cit.*, s. 274; F. Sawicki, M. Wysocki, L. Twardowska, Z. Obrzut, *Ocena zgodności pomiędzy informacjami o niektórych chorobach układu oddechowego i serca uzyskanymi w wywiadach i danymi o tych chorobach w dokumentacji w przychodniach*, „Zdrowie Publiczne”, 1969, nr 1, s. 25—31.

dania amerykańskie wykazały — jak stwierdza autor w zakończeniu swego artykułu — znaczne rozbieżności między danymi uzyskanymi z dwóch różnych źródeł⁹.

Międzynarodowe Badania Porównawcze nad Wykorzystaniem Opieki Zdrowotnej zapoczątkowane w 1968 r. i prowadzone pod patronatem Światowej Organizacji Zdrowia stworzyły możliwości podjęcia przez lekarzy i socjologów nowych prób porównania danych z wywiadów z informacjami zawartymi w dokumentach oficjalnych. W ramach tych badań powstało kilka interesujących projektów studiów metodologicznych¹⁰. Wśród nich najbardziej zaawansowany jest projekt przygotowany w Saskatchewan. Celem tych badań miała być ocena sprzeczności między odpowiedziami respondentów w wywiadach a dokumentacją prowadzoną przez lekarzy i szpitale. Analiza miała objąć błędy: ankietera, respondenta, instrumentu i przetwarzania danych¹¹.

Niezależnie od projektu badań w Saskatchewan w Łodzi w latach 1969—1970 w ramach tych samych Międzynarodowych Badań Porównawczych przeprowadzono badania weryfikacyjne, porównujące odpowiedzi respondentów z zapisami w dokumentach znajdujących się w ogólnych poradniach rejonowych. W niniejszym komunikacie przedstawiamy pierwsze rezultaty naszych prac. Trzeba podkreślić, że jest to opracowanie wstępne. Chcielibyśmy w nim jedynie podać pierwsze wyniki dokonanych analiz, zwrócić uwagę na pewne problemy i postawić kilka hipotez, które ewentualnie można będzie w przyszłości sprawdzić w bardziej pogłębionym studium.

⁹ Sawicki i in.: *Ocena...*, s. 30.

¹⁰ W Belgradzie: „A Validation of Hospital Admissions and Physician Visits”; w Saskatoon: „A Response Record Discrepancy Study”; w Zagrzebiu: „Validation of Hospital Admissions and Physician Visits”. Por. D. Rabit, *Preliminary Manual of Methodology Studies*, Baltimore 1969.

¹¹ Projekt badań: *Ocena sprzeczności odpowiedzi — dokumentacja w badaniach w Saskatchewan*, „Biuletyn Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia w Akademii Medycznej w Łodzi”, 1969, nr 7 (tylko do użytku wewnętrznego). Nie jest nam wiadome, czy ten projekt badań został zrealizowany i jakie są ewentualne wyniki przeprowadzonych analiz.

II. Informacja o badaniach, założenia, procedura badawcza i próba krytycznej oceny materiałów

Celem naszych badań było porównanie odpowiedzi respondentów na dwa pytania wybrane z kwestionariusza wywiadu z zapisami lekarzy w kartach rejestracyjnych pacjentów w ogólnych poradniach rejonowych. W przeprowadzonych analizach ograniczyliśmy się tylko do sprawdzenia faktu bytności poszczególnych respondentów w poradniach. Uwzględniliśmy natomiast różne (trzy) okresy, w których te porady miały miejsce. Wyróżniliśmy także dwa rodzaje wywiadów: bezpośrednie (z respondentami dorosłymi, dotyczące ich samych) i pośrednie (dotyczące dzieci do lat 14, za które odpowiadali ich opiekunowie).

Badania zostały przeprowadzone na terenie Łodzi w dwóch dzielnicach: Śródmieście i Górna. Objęłyśmy nimi dziesięć poradni znajdujących się w rejonach zamieszkałych przez respondentów zbadanych w wywiadach socjologicznych¹². Ogólna liczba respondentów, z którymi przeprowadzono wywiady w Łodzi w ramach Międzynarodowych Badań Porównawczych nad Wykorzystaniem Opieki Zdrowotnej wynosiła 1257 osób. Nasza analiza weryfikacyjna objęła tylko te osoby, które miały swoje karty rejestracyjne w ogólnych poradniach rejonowych¹³. Były to: 524 osoby dorosłe i 111 dzieci do lat 14.

Do weryfikacji zostały wybrane dwa pytania z wywiadu: pytanie części A z kwestionariuszy dla dorosłych i dla dzieci oraz pytanie nr 142 z kwestionariusza dla dorosłych.

Pytanie części A brzmiało: „Czy w ciągu ostatnich dwu tygodni [ankieter musiał pokazać kalendarz] korzystał(a) Pan(i) z porady lekarskiej w którymś z następujących miejsc?” Kafeteria tego pytania zawierała 10 możliwości odpowiedzi. Wśród tych

¹² Jedną poradnię z dzielnicy Śródmieście musiałybyśmy wyeliminować z badań ze względu na długo trwający tam remont i reorganizację.

¹³ Musiałyśmy również zrezygnować ze sprawdzania wywiadów przeprowadzonych z tymi respondentami, których kart chorobowych nie można było odnaleźć w rejestracjach ogólnych.

odpowiedzi dla dorosłych sprawdzana była tylko jedna, dotycząca korzystania z ogólnej poradni rejonowej, a dla dzieci dwie: dotycząca bytności w poradni ogólnej oraz bytności w poradni dla dzieci. Odpowiedzi na to pytanie zostały sprawdzone w poradniach w stosunku do wszystkich respondentów — 524 dorosłych i 111 dzieci.

Ponieważ chcieliśmy zweryfikować odpowiedzi respondentów dotyczące różnych okresów czasu, jako drugie pytanie kontrolne wybrałyśmy pytanie nr 142. W tym jednak wypadku weryfikowałyśmy tylko zeznania tych osób, które podały, że ich stałym miejscem porad jest ogólna poradnia rejonowa.

Pytanie nr 142 brzmiało: „Kiedy był(a) Pan(i) tam [chodzi o poradnię rejonową ogólną] ostatnim razem u któregoś z lekarzy? Czy było to”:

„Więcej niż 2 tygodnie temu, ale w ciągu 12 miesięcy?” (Odpowiedź ta została wybrana w 167 wywiadach z dorosłymi i w 58 wywiadach pośrednich dotyczących dzieci).

„Więcej niż 12 miesięcy temu? (Odpowiedź ta została wybrana w 47 wywiadach dla dorosłych i w 47 wywiadach pośrednich).

„Nigdy?” (Odpowiedź tę wybrano w 4 przypadkach).

Uzyskane od respondentów odpowiedzi na oba pytania były sprawdzane w poradniach w dwóch kierunkach. Po odszukaniu wszystkich kart rejestracyjnych zbadanych w wywiadach osób, zajmujących razem tzw. wspólnotę mieszkaniową, kontrolowałyśmy zarówno tych ludzi, którzy powiedzieli, że w danym okresie czasu byli w poradni, jak i tych, którzy zeznali, że w danym czasie tam nie byli.

Naszymi badaniami objęłyśmy — jak już była mowa — tylko ogólne poradnie rejonowe¹⁴. Było to celowe z tego względu, że rejestracja poradni jest prowadzona według adresów tzw. wspólnot mieszkaniowych.

Sama procedura badawcza wyglądała następująco: W celu ustalenia faktu korzystania z porad w przychodni rejonowej

¹⁴ W dalszym ciągu artykułu terminu „poradnia” będziemy używać ze względów stylistycznych wymiennie z terminem „przychodnia”. W obu jednak wypadkach chodzi o te same ogólne poradnie rejonowe.

ogólnej w różnych okresach czasu dla wszystkich wspólnot mieszkaniowych objętych badaniem wypełniono specjalnie sporządzone formularze. W formularzach tych odnotowano na podstawie „ankiety wspólnoty mieszkaniowej” tylko nazwiska osób zamieszkałych pod danym adresem oraz przybliżony rok ich urodzenia¹⁵.

Formularze te wypełniały według instrukcji i pod naszą kontrolą przełożone pielęgniarek w poszczególnych przychodniach. Zadanie ich polegało na sprawdzeniu, czy dana wspólnota mieszkaniowa jest zarejestrowana w przychodni, oraz ustaleniu osób zarejestrowanych. Dla osób tych podawały w formularzu datę urodzenia, datę założenia karty chorobowej oraz wszystkie daty porad ambulatoryjnych w okresie ostatnich dwóch lat. Po sprawdzeniu wiarygodności zapisu pielęgniarek sporządzono 635 specjalnych kart, które następnie poddano opracowaniu i analizom statystycznym.

Warto w tym miejscu nadmienić, że pierwotny projekt naszych badań weryfikacyjnych miał objąć i inne zagadnienia. Miałyśmy mianowicie zamiar sprawdzić w dokumentacji szpitalnej odpowiedzi respondentów dotyczące ich pobytów w szpitalach i sanatoriach w ciągu ostatniego roku oraz powodów tych pobytów (pytania nr: 114—120, 122). Z realizacji tego projektu trzeba było jednak zrezygnować.

Weryfikacja musiałaby bowiem polegać na stwierdzeniu, czy w rejestrach wszystkich szpitali łódzkich było, czy nie było zarejestrowanych 1257 nazwisk osób badanych. Ze względów technicznych i z uwagi na ogromne koszty takiego przedsięwzięcia było to niewykonalne.

Bardzo interesujące wydawało nam się także porównywanie przyczyn wizyty w przypadku choroby podawanych przez re-

¹⁵ Zastosowana w badaniach tzw. „ankieta wspólnoty mieszkaniowej” zawierała pytanie o wiek poszczególnych osób razem zamieszkujących, a respondentem mogła być nie tylko głowa rodziny, ale każda dowolnie wybrana przez ankietera osoba powyżej 18 lat. Przypuszczalnie w związku z tym w wielu przypadkach wiek podany w ankiecie był niezgodny z wiekiem obliczonym na podstawie daty urodzenia zamieszczonej w dokumentacji lekarskiej (różnice w granicach kilku lat).

spondetów w wywiadzie z zapisem w dokumentacji lekarskiej. Musiałyśmy jednak zrezygnować i z tego rodzaju weryfikacji ponieważ:

1. Zapisy w dokumentacji lekarskiej w przychodniach nie pozwalały na jednoznaczne zakwalifikowanie głównej przyczyny choroby, z jaką zgłaszał się pacjent, według możliwych do wyboru odpowiedzi w pytaniu nr 30 kwestionariusza wywiadu¹⁶.
2. Dużą trudność sprawiałoby odczytywanie zapisów lekarzy w kartach chorobowych.
3. Brak standaryzacji pojęć języka między lekarzami a ich pacjentami¹⁷.

Sprawdzanie danych z wywiadów przez porównywanie ich z zapisami w poradniach rejonowych może budzić szereg zastrzeżeń. Przystępując do naszych badań byliśmy świadome tego, że karty rejestracyjne w przychodniach nie zawsze są odzwierciedleniem stanu faktycznego. Przeprowadziłyśmy na ten temat szereg ukrytych wolnych wywiadów ze znajomymi lekarzami i pielęgniarkami zatrudnionymi w przychodniach rejonowych oraz same przeprowadziłyśmy tam różnego typu obserwacje. Zebrane informacje wskazują na to, że zapisy w dokumentacji w przychodniach rejonowych mogą budzić wątpliwości przede wszystkim z dwóch powodów: pracy rejestratorek i pewnych praktyk stosowanych przez lekarzy.

Jak wiadomo, kwalifikacje osób zatrudnionych jako rejestra-

¹⁶ Pytanie nr 30 kwestionariusza dla dorosłych — jedyne pytanie, na którego podstawie można by ewentualnie weryfikować odpowiedzi respondentów, dotyczące przyczyny udania się do poradni z podaną przez lekarza w karcie rejestracyjnej diagnozą czy opisem objawów chorobowych — brzmiało następująco: „Czy główną przyczyną zasięgnięcia porady była: choroba, niedomaganie lub uraz; otrzymanie zaświadczenia innego lub recepta; badanie pogładowe (kontrola) lub jakaś inna przyczyna?” Respondent mógł wybrać tylko jedną z podanych wyżej odpowiedzi.

¹⁷ Z tego samego powodu zrezygnowano z podjęcia tego problemu w badaniach w Saskatchewan. O różnicach w określeniu przyczyny choroby w języku medycznym i języku pacjentów pisał w Polsce J. Bejnarowicz. Por. J. Bejnarowicz, *Wiedza medyczna ludności wsi podhalańskiej*, [w:] *Badania socjologiczne w medycynie*, Warszawa 1969, s. 255, 256.

torki w przychodniach rejonowych są na ogół bardzo niskie, a wydajność i jakość ich pracy pozostawiają wiele do życzenia. W kartotekach w niektórych przychodniach obserwowaliśmy nieporządek — kart pewnych pacjentów zupełnie nie można było odnaleźć; przypuszczalnie niektóre z nich zostały zagubione. W wypadku niemożności odnalezienia karty pacjenta w kartotece zrezygnowaliśmy ze sprawdzania wiarygodności jego zeznań uzyskanych w wywiadzie za pomocą dokumentacji znajdującej się w przychodni. W ten sposób, jak się nam wydaje, rezygnując z weryfikacji wielu odpowiedzi badanych osób wyeliminowaliśmy w naszych analizach konsekwencje wynikające z nieporządków panujących w rejestracji niektórych przychodni.

W naszych analizach większe znaczenie mogły mieć natomiast różnego rodzaju praktyki stosowane czasem przez niektórych lekarzy. Jak dowiedzieliśmy się, zdarzyło się np. tak, że jakiś znajomy lekarza (zarejestrowany w danej przychodni) prosił lekarza pracującego w tej przychodni o wypisanie recepty; albo też zgłosił się do przychodni ktoś z rodziny osoby bardzo chorej lub starej np. z prośbą o powtórzenie leku. Aby wypisać receptę, lekarz musi wpisać datę wizyty i nazwę leku do karty rejestracyjnej pacjenta. Tak więc dana osoba mogła wcale nie być w przychodni, a w jej karcie odnotowano datę wizyty. W wywiadzie socjologicznym taka osoba mogła zgodnie z prawdą mówić, że w danym okresie czasu nie korzystała z porad lekarskich w przychodni, a z dokumentacji wynikałoby, że jej oświadczenie jest nieprawdziwe.

Wpisywanie przez lekarzy do kart chorobowych pacjentów wizyt, których faktycznie nie było, mogłoby spowodować, iż według danych z poradni ludzie częściej chodzą do lekarza, niż ma to miejsce w rzeczywistości. Zapewniono nas jednak, że wypadki takie w ogóle są rzadkie i zdarzają się raczej w przychodniach specjalistycznych i przemysłowych niż w ogólnych rejonowych. Mamy zresztą pewne podstawy, aby sądzić, że w badanych przez nas poradniach wypadki takie wcale nie występowały, ewentualnie że było ich bardzo mało. Nasze analizy wykazały bowiem, o czym zresztą będzie mowa dalej, że przypadki po-

dawania przez respondentów wizyt, które nie znalazły potwierdzenia w dokumentacji lekarskiej, występowały o wiele częściej niż przypadki wizyt zanotowanych w kartach chorobowych pacjentów w przychodni, których według zeznań w wywiadach wcale nie było.

Wydaje się zażem, iż mimo tych wszystkich zastrzeżeń dane co do ilości i czasokresu wizyt pacjentów zawarte w dokumentacji w poradniach są bardziej zbliżone do stanu faktycznego niż wypowiedzi respondentów na ten temat. Toteż w badaniach naszych przyjęliśmy założenie, że zapisy w poradniach reprezentują rzeczywistość i można na ich podstawie kontrolować zeznania osób zbadanych w wywiadach socjologicznych.

III. Różne rodzaje zgodności i niezgodności między odpowiedziami respondentów a zapisami w poradniach

W naszych analizach wyróżniłyśmy dwa rodzaje „zgodności” i trzy rodzaje „niezgodności”.

1. Zgodność „negatywna” — występuje wtedy, kiedy respondent w wywiadzie podał, że w danym okresie czasu nie był w poradni i z karty rejestracyjnej również wynika, że nie korzystał z żadnych porad.

2. Zgodność „pozytywna” — występuje wtedy, kiedy respondent podał w wywiadzie, że w danym okresie czasu był jeden lub więcej razy w poradni, a z karty rejestracyjnej wynika, że rzeczywiście tak było. Ilość wizyt podanych w rozmowie z ankierem jest w tym wypadku zawsze równa ilości wizyt zapisanych w dokumentacji.

3. Niezgodność typu pierwszego „zawyżająca” — występuje wtedy, kiedy respondent w czasie wywiadu oświadczył, że w danym okresie czasu był jeden lub więcej razy w przychodni, a w jego karcie rejestracyjnej nie odnotowano w tym czasie żadnej wizyty. Taką odpowiedź badanego można nazwać „nadmierną”. Omyłka respondenta polegała tu na tym, iż twierdził on, że w danym okresie czasu zaistniał fakt (porada w przychodni), którego w rzeczywistości w ogóle nie było.

4. Niezgodność typu drugiego „zanizająca” — występuje wtedy, kiedy respondent w czasie wywiadu oświadczył, że w danym okresie czasu wcale nie był w przychodni, a w karcie rejestracyjnej odnotowano datę co najmniej jednej jego wizyty. Taką odpowiedź osoby badanej podczas wywiadu można nazwać odpowiedzią „niepełną”¹⁸. Omyłka respondenta polega w tym wypadku na tym, iż twierdził on, że fakt pójścia do lekarza w danym okresie czasu nie miał miejsca, podczas gdy w rzeczywistości fakt ten wystąpił.

5. Niezgodność typu trzeciego — występuje wtedy, kiedy respondent w czasie wywiadu podał inną liczbę wizyt (mniejszą lub większą) niż ta, która została obliczona na podstawie rejestracji przyjęć w przychodni. Odpowiedź taką można umownie nazwać odpowiedzią „niedokładną”.

Wszystkie trzy wymienione wyżej rodzaje niezgodności mogą być spowodowane albo przez respondenta odpowiadającego na zadawane mu pytania w czasie wywiadu, albo przez ankietera zapisującego odpowiedzi badanego, albo przez niewłaściwy zapis lekarza w karcie rejestracyjnej. O zapisach w kartach rejestracyjnych pisałyśmy już poprzednio. W komunikacie tym nie będziemy się zajmowały przyczynami błędnych zapisów ankieterów¹⁹. W naszych analizach całą uwagę skupiliśmy na tych niezgodnościach, które wynikają z błędów popełnionych przez respondentów. Ogólnie biorąc niezgodności te mogły być spowodowane różnymi przyczynami: 1. niezrozumieniem pytania przez respondenta; 2. pomyleniem czasokresu, kiedy dana osoba rzeczywiście była w poradni; 3. pomyleniem nazwy czy rodzaju placówki służby zdrowia, która jest stałym miejscem leczenia się; 4. zapomnieniem; 5. świadomie fałszowanym zeznaniem.

¹⁸ Terminy: odpowiedź „nadmierna” — *over-reporting* i odpowiedź „niepełna” — *under-reporting*, były już używane w literaturze amerykańskiej. Por. Rabbit, *op. cit.*, s. 16, i projekt badań w Saskatchewan wymieniony w przypisie 11.

¹⁹ Błędy te mogą być spowodowane bądź niezrozumieniem respondenta, bądź jego własną nieuwagą, niesolidnością, pośpiechem, bądź też różnymi czynnikami sytuacji wywiadu, np. hałasami, przeszkadzaniem przez osoby trzecie itp.

Przedstawione w tej części komunikatu dane liczbowe dotyczą okresu ostatnich dwóch tygodni przed datą wywiadu. Są one rezultatem analizy odpowiedzi wyłącznie na pytanie części A z kwestionariusza. W stosunku do odpowiedzi respondentów na pytanie nr 142 nie mogliśmy tak szczegółowo analizować różnych rodzajów zgodności i niezgodności ze względu na charakter uzyskanych danych.

Ogółem zatem (w okresie dwóch tygodni) wszystkich odpowiedzi zgodnych z zapisami w poradniach było w 520 wywiadach bezpośrednich 474 (91,2% ogółu wywiadów), a niezgodnych — 46 (8,8%). W wywiadach pośrednich odpowiedzi zgodnych było 103 (co stanowi 92,8% wszystkich 111 wywiadów pośrednich), a niezgodnych 8 (7,2%).

W wywiadach bezpośrednich, w których odpowiedzi respondentów były zgodne z zapisami w poradniach (ogółem wywiadów 474), zgodność „negatywna” wystąpiła w 94,6% wypadków, a zgodność „pozytywna” — w 5,4%. W wywiadach pośrednich, w których odpowiedzi respondentów zgadzały się z dokumentacją, zgodność „negatywna” wystąpiła w 89,3% wypadków, a zgodność „pozytywna” — w 10,7%.

W tabeli 1 podano liczebność różnych niezgodności, które wystąpiły w wywiadach obu typów w okresie dwóch tygodni od daty rozmowy.

Tabela 1

Rodzaje niezgodności odpowiedzi respondentów w wywiadach bezpośrednich i pośrednich z zapisami w poradniach

Rodzaje odpowiedzi niezgodnych z zapisami	Wywiady z dorosłymi (bezpośrednie)		Wywiady o dzieciach (pośrednie)	
	l.a.	%	l.a.	%
Odpowiedzi „nadmierne”	24	52,2	1	
Odpowiedzi „niepełne”	12	26,1	6	
Odpowiedzi „niedokładne”	10	21,7	1	
Ogółem	46	100,0	8	

Jak zatem wynika z tabeli 1, w wywiadach bezpośrednich większość odpowiedzi niezgodnych to odpowiedzi „nadmierne”: przeszło połowa badanych osób stwierdziła, iż w określonym czasie (dwóch tygodni) była w przychodni, ale na podstawie braku jakiegokolwiek zapisu w karcie rejestracyjnej można sądzić, że ich zeznania były nieprawdziwe. Inaczej przedstawia się sprawa rodzaju niezgodnych odpowiedzi udzielanych przez respondentów w wywiadach pośrednich. Liczebności są tu wprawdzie bardzo małe, ale widać, że wśród ośmiu ludzi dorosłych odpowiadających za dzieci do lat 14 występuje tendencja do dawania odpowiedzi „niepełnych”, tj. do niepodawania wiadomości o wizytach w poradniach, podczas gdy z kart rejestracyjnych wynika, że takie wizyty miały miejsce.

Tak więc w wywiadach bezpośrednich respondenci mieli skłonność do udzielania odpowiedzi „nadmiernych”, a w wywiadach pośrednich — raczej do dawania odpowiedzi „niepełnych”. Tendencje te w obu typach wywiadów wystąpiły niezależnie od okresu czasu objętego analizą. Czy zatem ankieter pytał o fakty, które mogły mieć miejsce w ostatnich dwóch tygodniach przed wywiadem, czy też o te, które zdarzyły się przed rokiem — kierunek udzielania odpowiedzi niezgodnych nie zmieniał się.

Wy tłumaczenie tych tendencji jest dość trudne i złożone. Być może należy tu szukać związków między pewnymi cechami społecznymi i psychicznymi poszczególnych respondentów, a zwłaszcza ze stanem ich zdrowia. Do spraw tych wrócimy w ostatniej części komunikatu. Pewien wpływ może wywierać także sytuacja społeczna wywiadu, napięcie i zdenerwowanie niektórych badanych osób wywołane samym faktem przyścia obcego człowieka-ankietera i długotrwałym wypytywaniem przez niego wszystkich członków rodziny.

Trudny do interpretacji jest zwłaszcza fakt, że sześć osób (na ogółem osiem) odpowiadających w wywiadach pośrednich udzieliło odpowiedzi „niepełnych”²⁰. Częściowo należy wiązać to z fak-

²⁰ Można by przypuszczać, że matki chcąc pochwalić się przed ankieterem swoją dbałością o stan dziecka będą miały raczej skłonności do udzielania odpowiedzi „nadmiernych”.

tem, że w niektórych wypadkach informacji o dzieciach dostarczała nie matka, ale inny członek rodziny, np. babka lub ojciec²¹.

IV. Wpływ czasu na zgodność odpowiedzi respondentów z zapisami w poradniach

W naszych analizach biorąc za podstawę pytanie nr 142 wyróżniłyśmy trzy okresy: 1. okres ostatnich dwóch tygodni przed datą wywiadu, 2. okres od dwóch tygodni do roku, 3. okres powyżej jednego roku przed wywiadem. Wszystkie odpowiedzi respondentów w wywiadach bezpośrednich i pośrednich zostały podzielone na zgodne z zapisami w przychodniach i niezgodne z dokumentacją lekarską. Jako kryterium podziału na odpowiedzi zgodne i niezgodne przyjęto w tych analizach fakt, czy dany respondent był w określonym czasie w poradni, czy też nie był. Do odpowiedzi zgodnych zostały tu zatem zaliczone odpowiedzi zgodne „negatywnie” i „pozytywnie” oraz niezgodności typu trzeciego (odpowiedzi „nieokładne”). Do odpowiedzi niezgodnych — odpowiedzi „nadmierne” i „niepełne”.

Tabela 2

Zgodność odpowiedzi respondentów w wywiadach bezpośrednich z zapisami w poradniach w różnych okresach czasu

Odpowiedzi respondentów w wywiadzie i zapisy w poradniach były:	Okres czasu					
	ostatnie dwa tygodnie		od dwóch tygodni do roku		powyżej roku	
	l. a.	%	l. a.	%	l. a.	%
Zgodne	474	91,2	140	83,8	33	70,2
Niezgodne	46	8,8	27	16,2	14	29,8
Ogółem	520	100,0	167	100,0	47	100,0

²¹ Stwierdziłyśmy także, że w wywiadach pośrednich te matki, które mówiąc o swoich dzieciach udzielały odpowiedzi niepełnych, popełniały te same błędy odpowiadając za siebie.

Tabela 3

Zgodność odpowiedzi respondentów w wywiadach pośrednich z zapisami w poradniach w różnych okresach czasu

Odpowiedzi respondentów w wywiadzie a zapisy w poradniach były:	Okres czasu					
	ostatnie dwa tygodnie		od dwóch tygodni do roku		powyżej roku	
	l. a.	%	l. a.	%	l. a.	%
Zgodne	103	92,8	44	75,8	9	52,9
Niezgodne	8	7,2	14	24,2	8	47,1
Ogółem	111	100,0	58	100,0	17	100,0

Jak wynika z tabel 2 i 3, różnice procentowe „niezgodności” w różnych okresach czasu są bardzo duże — w wywiadach bezpośrednich ich rozpiętość wynosi 21 punktów procentowych, a w wywiadach pośrednich — 40. Różnice „niezgodności” mierzone w punktach procentowych wzrastają wraz z wydłużaniem się okresu czasu; z tabeli 1 wynika, że między okresem pierwszym (dwa tygodnie) a drugim (od dwóch tygodni do roku) wynoszą one 7,4 punkta, a między okresem drugim a trzecim (powyżej roku) już 13,6. Jeszcze większe różnice tego typu wystąpiły w wywiadach pośrednich — wynoszą one bowiem między pierwszym i drugim okresem 17 punktów procentowych, a między drugim a trzecim — prawie 23.

Tak więc można uznać, że im dłuższy był okres, w czasie którego respondenci musieli przypominać sobie wizyty u lekarzy, tym większe wystąpiły niezgodności między ich wypowiedziami a zapisami w poradniach. Niezgodności te są daleko większe w wywiadach pośrednich niż w bezpośrednich.

Obliczyliśmy również rozmiar błędu *brutto* i rozmiar błędu *netto* osobno dla poszczególnych okresów czasu oraz dla wywiadów bezpośrednich i wywiadów pośrednich²². Błąd *brutto* i błąd

²² Ogólne omówienie pojęcia błędu *brutto* i błędu *netto* daje Hyman, *op. cit.*, s. 226 i 228; oraz B. S. Marks i W. P. Mauldin, *Respon-*

netto obliczałyśmy na tablicy czteropolowej, przyjmując tylko dwie możliwości do sprawdzenia: był w poradni lub nie był w poradni. Tablica taka wyglądała następująco:

		Dane z zapisów w poradni		
		Był	Nie był	
Dane z wywiadów	Był	zgodność <i>a</i>	niezgodność <i>b</i>	<i>a+b</i>
	Nie był	niezgodność <i>c</i>	zgodność <i>d</i>	<i>c+d</i>
		<i>a+c</i>	<i>b+d</i>	

Przypadki obarczone błędem występowały więc w sytuacji, gdy dany respondent nie był w poradni według danych w dokumentacji, zaś w wywiadzie twierdził, że w niej był, i na odwrót w wywiadzie zeznał, że nie chodził do przychodni, faktycznie zaś (tj. według zapisów w kartach rejestracyjnych) zgłaszał się do

se Errors in Census Research, „Journal of the American Statistical Association”, 1950, t. XLV, s. 424. Trzeba podkreślić, że nasze obliczenia błędu *brutto* i *netto* oraz rozważania na ten temat dotyczą tylko tablicy czteropolowej.

niej po poradę. Przypadki te wykazane są na polach *b* i *c* w tablicy. Ich ilość wskazuje na rozmiar błędu *brutto*.

Natomiast błąd *netto* to różnica między ogólną ilością wizyt w poradni według kart rejestracyjnych i według zeznań respondentów. Jest to więc różnica między liczebnościami ($a+c$) i ($a+b$) w tablicy, czyli $c-b^{23}$.

Obliczanie błędu *brutto* jest istotne przede wszystkim dla metodologów. Jego rozmiar wskazuje bowiem ilość błędnych informacji — w wypadku naszych analiz będzie to ilość odpowiedzi respondentów niezgodnych z rzeczywistością (czyli z zapisami w poradniach).

Obliczanie błędu *netto* jest mniej ważne z punktu widzenia metodologicznego, ale może być bardzo pożyteczne, np. dla oceny stopnia wykorzystywania instytucji opieki zdrowotnej, przy posługiwaniu się danymi z wywiadów.

Z obliczeń wynikało, iż dla okresu „ostatnie dwa tygodnie” w wywiadach bezpośrednich rozmiar błędu *brutto* wynosi 36, a procent błędu *brutto* 7,0. Oznacza to, że ilość indywidualnych przypadków odpowiedzi, gdzie zeznania respondentów były niezgodne z rzeczywistością (tj. z dokumentacją), wynosi 36, a procent respondentów, którzy błędnie odpowiedzieli, w stosunku do wszystkich badanych wynosi 7,0.

Rozmiar błędu *brutto* w wywiadach pośrednich wynosi 7, a procent błędu *brutto* — 6,3.

Dla okresu „ostatnie dwa tygodnie” w wywiadach bezpośrednich rozmiar błędu *netto* wynosi 12, a procent błędu *netto* — 2,3. Oznacza to, że różnica między ilością wizyt, które faktycznie odbyły się w poradni (o czym wiemy z karty rejestracyjnej), a ilością tych, o których dowiedzieliśmy się z oświadczeń respon-

²³ Błąd *netto* jest więc zawsze mniejszy niż błąd *brutto* — z wyjątkiem tych sytuacji, w których *b* lub *c* równe jest 0. Dzieje się tak wskutek tego, że przy obliczaniu błędu *brutto* oblicza się odchylenia w obydwóch kierunkach, podczas gdy przy obliczaniu błędu *netto* — jeśli one występują — znoszą się nawzajem częściowo lub całkowicie. W tym ostatnim przypadku, tj. gdyby $b = c$, błąd *brutto* może być bardzo duży, błąd zaś *netto* — równy 0.

dentów, wynosi 12. Różnica ta wskazuje, że gdyby przyjęć ilość odpowiedzi respondentów podanych w wywiadzie za odpowiadającą rzeczywistości, to omyłka wynosiłaby 12 „osobowizyt”. Rozmiar błędu *netto* w wywiadach pośrednich wynosi 5, a procent błędu *netto* — 4,5.

W naszych analizach dla wszystkich trzech okresów czasu ze względu na dokonaną uprzednio kodyfikację mogliśmy obliczyć jedynie rozmiar i procent błędu *brutto*. Obliczenie błędu *brutto* było zresztą dla nas ważniejsze niż błędu *netto*, gdyż — jak już była o tym mowa — błąd ten wskazuje ilość i procent przypadków niezgodnych ze stanem faktycznym.

Tabela 4
Rozmiar i procent błędu *brutto* w wywiadach bezpośrednich i pośrednich

Okresy czasu	Wywiady bezpośrednie		Wywiady pośrednie	
	rozmiar błędu <i>brutto</i>	procent błędu <i>brutto</i>	rozmiar błędu <i>brutto</i>	procent błędu <i>brutto</i>
I. „ostatnie 2 tygodnie”	36	7,0	7	6,2
II. „od 2 tygodni do roku”	27	16,1	14	24,2
III. „powyżej roku”	14	29,8	8	47,1

Wydaje się, że z danych procentowych zawartych w tabelach 2 i 3, jak i z obliczeń rozmiaru i procentu błędu *brutto* można, wyciągnąć następujące wnioski: Przyjmując, że zapisy w poradni odzwierciedlają stan rzeczywisty, można twierdzić, że respondenci lepiej pamiętają fakty z bliższej przyszłości (z okresu ostatnich dwóch tygodni) niż z dalszej. Stwierdzono przy tym, iż prawidłowość ta silniej występuje w wywiadach pośrednich niż w wywiadach bezpośrednich.

V. Wpływ płci, wieku, zawodu i wykształcenia respondenta na zgodność odpowiedzi z zapisami w poradniach

Na udzielenie przez respondentów błędnych odpowiedzi mogą mieć wpływ — o czym już zresztą była mowa wcześniej — różne ich cechy psychiczne, społeczne i demograficzne. Wydaje się, że ważnym czynnikiem, który ewentualnie może oddziaływać na zeznania respondentów w wywiadach dotyczących wykorzystywania instytucji opieki zdrowotnej, jest faktyczny stan zdrowia poszczególnych osób i ich własne wyobrażenia na ten temat. Interesujące również byłoby zbadanie, w jakich rolach występo-

Procenty odpowiedzi zgodnych i niezgodnych z zapisami w poradniach w (N =

Odpowiedzi respondentów i zapisy w poradniach	Ogółem	Cechy				
		I. płeć		II. wiek		
		M	K	urodzeni przed r. 1943	urodzeni od 1942 do 1908 r.	urodzeni w 1908 r. i wcześniej
1	2	3	4	5	6	7
Zgodne	91,2	91,7	90,7	91,7	94,8	82,8
Niezgodne	8,8	8,1	9,3	8,3	5,2	17,2
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

wali wobec ankieterek różni respondenci: w rolach ludzi chorych i cierpiących, czy też jako ludzie zdrowi, silni i nie lubiący się leczyć. W naszych badaniach organiczyliśmy się na razie tylko do sprawdzenia wpływu takich cech zbadanych osób, jak płeć, wiek, zawód i wykształcenie, na udzielanie odpowiedzi zgodnych lub nie z zapisami w przychodniach.

Jak wynika z tabeli 5, procentowo biorąc największe ogólne niezgodności między odpowiedziami respondentów a zapisami w kartach rejestracyjnych wystąpiły: u ludzi najstarszych i najmłodszych wiekiem, u nie pracujących (gospodynie domowe, uczniowie) i u pracowników fizycznych oraz u analfabetów i ludzi z niepełnym wykształceniem podstawowym.

Występujące tu różnice są istotne statystycznie: dla wieku na poziomie $p=0,05$ ($\chi^2=15,6$); dla zawodu na poziomie $p=0,1$ (t Studenta=1,66); dla wykształcenia na poziomie $p=0,1$ (t Studenta=2,65). Charakterystyczne jest natomiast, że różnice w tym zakresie między respondentami obu płci są minimalne i nie są istotne statystycznie²⁴.

Tabela 5

różnych grupach badanych osób (dotyczy okresu: „ostatnie dwa tygodnie”. 520)

respondentów						
III. zawód			IV. wykształcenie			
pracownicy umysłowi	pracownicy fizyczni	nie pracujący	analfabeci i niżej podstaw.	podstawowe	niepełne i pełne średnie	niepełne wyższe i wyższe
8	9	10	11	12	13	14
94,9	90,5	87,7	86,8	90,8	93,6	97,4
5,1	9,5	12,3	13,2	9,2	6,4	2,6
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Procent osób w grupie badanych najstarszych wiekiem, tj. tych, którzy w momencie wywiadu przekroczyli 60 rok życia, a którzy podali informacje niezgodne z zapisami w poradniach,

²⁴ Kobiety tylko nieco częściej niż mężczyźni podawały, że w ciągu ostatnich dwóch tygodni były w poradni, podczas gdy w rzeczywistości tam nie były.

wynosi 17,2, a więc w stosunku do ogółu odpowiedzi niezgodnych (8,8%) jest dwukrotnie wyższy. Respondenci najstarsi mają przy tym zdecydowaną tendencję do udzielania odpowiedzi „nadmiernych”, czyli do podawania w wywiadzie większej ilości wizyt, niż to było w rzeczywistości. Można przypuszczać, że w większości przypadków związane jest to z osłabieniem pamięci u ludzi w podeszłym wieku. Bardzo często chodziło bowiem tylko o przesunięcie czasowe faktycznie wcześniej odbytej wizyty (od dwóch do sześciu dni)²⁵.

Respondenci w wieku średnim (od 25 do 60 roku życia) przypuszczalnie mieli na ogół lepszą pamięć niż badani najstarsi wiekiem. Prawdopodobnie też większość z nich stosunkowo najlepiej mogła koncentrować swoją uwagę na zadawanych im pytaniach. Stąd też w ich wypadku procent ogółu odpowiedzi zgodnych z dokumentacją w poradniach mógł być najwyższy, a niezgodnych — najniższy. W wypadku tej grupy często występowały wszystkie trzy rodzaje błędnych odpowiedzi. Analizując poszczególne przypadki respondentów w wieku średnim stwierdziliśmy tylko, że odpowiedzi „nadmiernych” udzielali ludzie przewlekle chorzy i pozostający na rencie inwalidzkiej (na 4 takie wypadki było aż 3 rencistów)²⁶.

Procent odpowiedzi niezgodnych u respondentów najmłodszych wiekiem (od 15 do 25 roku życia) można, jak się wydaje, tłumaczyć tym, że wielu z tych badanych — jak stwierdzały ankieterki — było w czasie wywiadu bardzo zdenerwowanych i za-

²⁵ Respondenci ci — jak to wynika z wywiadów — cierpią na różne dolegliwości, chorują i leczą się. Częściej też niż inne osoby o czym świadczą liczby wizyt w przychodniach rejonowych — korzystają oni z opieki lekarskiej. Przypuszczalnie też osoby starsze wiekiem na ogół przywiązują do stanu swego zdrowia większe znaczenie niż ludzie młodsi. Możliwe więc, że w trakcie wywiadu mogli oni pamiętać o samym fakcie niedawnej bytności u lekarza, ale myliły im się daty.

²⁶ Być może badani ci obawiali się, że jeśli nie „wykażą” się w wywiadzie odpowiednio częstym chodzeniem do lekarza, co miało być wskaźnikiem ich złego stanu zdrowia, mogą utracić rentę lub zostać przeniesieni do innej grupy inwalidzkiej.

zenowanych. Młodzi respondenci na ogół też częściej niż inni udzielali odpowiedzi „nadmiernych”.

Z III części tabeli 5 wynika, że procentowo biorąc najwięcej w ogóle niezgodnych odpowiedzi udzielili respondenci nie pracujący zawodowo. Były to gospodynie domowe (nie pracujące zawodowo żony) oraz ucząca się młodzież powyżej 14 roku życia. Respondenci z grupy „nie pracujących” udzielali raczej odpowiedzi „nadmiernych”. Nieco mniej — biorąc procentowo — pomyłek (w ogóle odpowiedzi niezgodnych) popełnili badani pracownicy fizyczni, a stosunkowo najmniej pracownicy umysłowi.

Dane dotyczące zawodu należy rozpatrywać łącznie z danymi zawartymi w IV części tabeli 5 (wykształcenie). Wynika z nich zdecydowanie, iż stopień wykształcenia badanych osób ma wpływ na podawane przez nich informacje: im wykształcenie badanych niższe, tym wyższy procent błędnych odpowiedzi w ogóle. Różnice w procentach są w tym wypadku stosunkowo dość duże: tak np. procent ogółu błędnych wypowiedzi wynosi 8,8; procent analogicznych odpowiedzi w grupie analfabetów i osób z niepełną szkołą podstawową — 13,2; w grupie ludzi po szkole podstawowej — 9,2; w grupie badanych z wykształceniem niepełnym i pełnym średnim — 6,4, a w grupie respondentów z wyższymi studiami — tylko 2,6. Warto dodać, że pracownicy fizyczni i ludzie z niższym wykształceniem mniej więcej w jednakowym stopniu udzielali błędnych odpowiedzi wszystkich trzech rodzajów, a pracownicy umysłowi i ludzie z wykształceniem średnim — głównie odpowiedzi „nadmiernych”.

Można zatem stwierdzić, że bardziej wykształcone i pracujące umysłowo osoby popełniały w ogóle mniej błędów niż ludzie o niższym wykształceniu i pracownicy fizyczni. W grupie nie pracujących, w której niezgodnych odpowiedzi było również sporo, gospodynie domowe miały przypuszczalnie w wielu wypadkach wykształcenie niskie, a znów ucząca się młodzież — tak jak już była o tym mowa poprzednio — być może nie zawsze potrafiła się skupić i opanować zdenerwowania. Można sądzić jednak, że przede wszystkim umiejętność zapamiętywania faktów, której nabywa się w szkole, oraz ogólny wyższy poziom umysłowy respondentów

posiadających wykształcenie sprawiły, że udzielili oni odpowiedzi w większości wypadków zgodnych ze stanem faktycznym. (Pewne znaczenie mogło mieć również i to, że respondenci bardziej wykształceni lepiej rozumieli poszczególne pytania i właściwy ogólny cel badań nad wykorzystywaniem instytucji opieki zdrowotnej²⁷).

VI. Wnioski końcowe

Na podstawie przeprowadzonych analiz porównawczych można sformułować kilka następujących uwag:

1. Rozbieżności między odpowiedziami respondentów w wywiadach socjologicznych a zapisami lekarzy w poradniach rejonowych są dość duże — procenty niezgodnych z dokumentacją odpowiedzi wahają się, w zależności od danej zbiorowości i okresu czasu, jakiego dotyczą, od 8,8 do 47,1.

2. Rozbieżności te są mniejsze, gdy pytanie dotyczyło krótkiego i niedawnego okresu czasu (ostatnich dwóch tygodni), a dużo większe dla okresów czasu dalszych i bardziej odległych od daty wywiadu. (Rozmiar błędu *brutto* w wywiadach bezpośrednich waha się od 7,0 do 29,8, a rozmiar błędu *brutto* w wywiadach pośrednich — 6,3 do 47,1).

3. Rozbieżności te są mniejsze w wywiadach bezpośrednich, a dużo większe w wywiadach pośrednich.

4. Z analiz wynikało, że jeśli brać pod uwagę tylko odpowiedzi błędne, tj. niezgodne z zapisami w poradniach, połowa respondentów, którzy odpowiadali sami za siebie, udzielała odpowiedzi „nadmiernych”, tj. podawała takie fakty, które nie znalazły potwierdzenia w dokumentacji. Natomiast w wywiadach pośred-

²⁷ Wpływ płci, wieku, zawodu i wykształcenia respondentów na zgodność ich odpowiedzi w wywiadzie z zapisami w poradniach było również sprawdzane w stosunku do innych okresów czasu „od dwóch tygodni do roku” i „powyżej roku”. W grupach tych liczebności odpowiedzi niezgodnych było bardzo mało (27 i 14). Wszystkie zależności między wyżej wymienionymi cechami respondentów a zgodnością ich odpowiedzi sprawdzone testem χ^2 okazały się nieistotne statystycznie.

nich respondenci mieli większą skłonność do udzielania odpowiedzi „niepełnych”.

5. Większość wszystkich trzech rodzajów błędów była wynikiem złego umiejscowienia w określonym okresie czasu odbytej wizyty. Pomyłki te dotyczyły głównie kilku dni.

6. Stosunkowo najwięcej błędnych, tj. niezgodnych z zapisami w poradniach odpowiedzi udzielili respondenci najstarsi wiekiem oraz posiadający wykształcenie podstawowe i mniej niż podstawowe. Badani najstarsi wiekiem mieli zdecydowaną tendencję do udzielania odpowiedzi „nadmiernych”.

7. Wydaje się, że główną przyczyną błędnych odpowiedzi była zawodność pamięci respondentów. Można również wymienić kilka innych powodów, które przypuszczalnie miały też w pewnych wypadkach wpływ na odpowiedzi respondentów. Oto one: a) przy ogólnym nastawieniu, że w wypadku jakiegoś niedomagania czy choroby trzeba udać się do lekarza — nieprzywiązywanie znaczenia do daty wizyty w poradni; b) trudność koncentracji uwagi na zadawanych pytaniach i nieumiejętność mobilizacji pamięci w takich sytuacjach, jak wywiad; c) zdenerwowanie lub napięcie spowodowane przyjściem obcego człowieka (ankietera) i koniecznością odpowiadania na pytania (ewentualnie obecnością osób trzecich); d) zmęczenie spowodowane długością kwestionariusza²⁸.

W związku z powyższymi uwagami nasuwa się szereg wniosków, które mogą mieć znaczenie dla praktyki badawczej. Dotyczą one przede wszystkim dwóch spraw: wiarygodności danych uzyskiwanych z wywiadów pośrednich oraz sprawy pytań, w których wyraźnie podawane są określone ramy czasowe.

Wydaje się, iż na podstawie naszych analiz można uznać, że informacje tego typu, o które pytano w wywiadach, można uzyskiwać drogą wywiadów pośrednich tylko wtedy, kiedy odpowiadający był osobą w pełni w tym zakresie kompetentną (tj. w tym wypadku osobą dobrze znającą sprawy dziecka). W innym

²⁸ Kwestionariusz wywiadu liczył 293 pytania. Zmęczenie mogło nastąpić pod koniec wizyty ankietera np. u tych matek lub innych osób, które najpierw odpowiadały za siebie, a potem za dwoje lub troje dzieci.

wypadku wiarygodność danych otrzymanych poprzez wywiady może budzić bardzo duże zastrzeżenia.

Warto się również zastanowić nad sensem zadawania tego rodzaju pytań, na których podstawie pragnie się otrzymać informacje na temat pewnych faktów, jakie miały miejsce w czasie określonym przez badania odpowiednimi ramami. Jest to sprawa ogólniejsza, dotycząca nie tylko omawianych badań, ale w ogóle wszelkich badań socjomedycznych, socjologicznych badań nad konsumpcją kulturalną, spędzaniem wolnego czasu itp.²⁹ Z naszych analiz wynikało, że można mieć dość duże wątpliwości co do wiarygodności odpowiedzi odnoszących się do dłuższych okresów czasu niż dwa tygodnie przed datą wywiadu. Jeśli zaś decydujemy się pytać respondentów o fakty, które miały miejsce w okresie np. dwóch miesięcy czy roku, należy wtedy zwracać szczególną uwagę na odpowiedzi ludzi starszych wiekiem oraz osób posiadających niskie wykształcenie.

²⁹ Chodzi tu o zadawanie takich pytań, jak np.: „Ile przeczytał(a) Pan(i) książek w ciągu ostatniego miesiąca” lub „Ile razy był(a) Pan(i) w kinie w ubiegłym roku” itp.

Część IV:

NIKTÓRE ZAGADNIENIA TECHNIK KWESTIONARIUSZOWYCH

Jerzy Koniarek

ANALIZA LOGICZNA PYTAŃ KWESTIONARIUSZOWYCH A ZAGADNIENIA ICH POPRAWNEGO FORMUŁOWANIA I INTERPRETACJI ODPOWIEDZI*

Uwagi wstępne

Wśród stosowanych przez socjologów technik zdobywania danych najczęściej używane są techniki, w których badacz zgłasza zapotrzebowanie na określone informacje za pomocą pytań. Kieruje je do osób, które, jak sądzi, są w stanie dostarczyć pożądanych informacji. Proces komunikowania się za pomocą pytań może mieć charakter komunikowania się bezpośredniego, kiedy to pytający i pytany znajdują się względem siebie „twarzą w twarz”, bądź komunikowania się pośredniego, kiedy to badacz komunikuje się z badanym za pomocą listu, odezwy czy też przesłanego zestawu pytań.

W zależności od sposobu komunikowania się i celów badawczych komunikowanie może przebiegać za pomocą różnego rodzaju pytań — od bardzo ogólnych do bardzo szczegółowych. Niektóre ze sposobów zdobywania informacji wymagają stawiania możliwie precyzyjnych pytań. W określonych sytuacjach badawczych pytania, a właściwie pewna konstrukcja składająca się z szeregu pytań i nazywana zazwyczaj kwestionariuszem,

* Artykuł oparty jest na pracy magisterskiej przygotowanej pod kierunkiem doc. dr. J. Lutyńskiego. Autor korzystał także ze wskazówek doc. dr. T. Pawłowskiego, któremu tą drogą składa podziękowanie.