

# Kutatásmódszertan

Vizin Gabriella  
PhD, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta  
Egyetemi adjunktus  
ELTE

KPT 2018

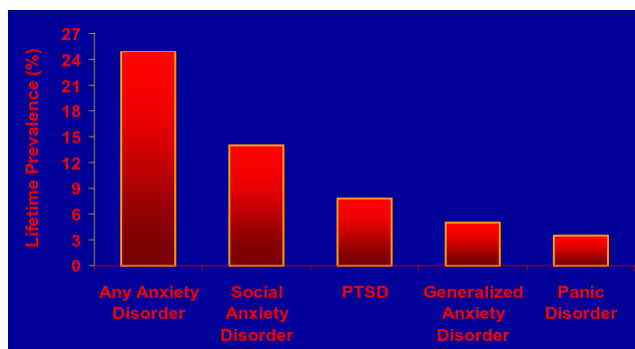
## Mire jó a kutatás?

- ▶ Nem spekulációra hagyatkozunk, hanem hatékonyságvizsgálatokra (A CBT hatékony, ezt be tudjuk bizonyítani hatékonyságvizsgálatok alapján)
- ▶ A személyiségműködésről elméleteket fogalmazhatunk meg és azok érvényességét és hasznosságát megállapíthatjuk (Beck eleinte úgy vélte, a depressziós egyének vagy dependensek, vagy perfekcionistaik, ez összefügg azzal, hogy depressziósok lesznek, később azonban kiderült, csak a dependens személyekre hatnak annyira a különböző negatív életesemények, hogy depressziósok lehetnek, a perfekcionistaikra ez kevésbé volt igaz, illetve más-más hatások kellene ahhoz, hogy valaki végül depressziós legyen)

## Módszerek

- ▶ Megfigyelés (lehet természetes megfigyelés, pl a pszichiátriai osztályon; kontrollált megfigyelés, amikor valamilyen változó mentén figyelünk meg valakit, pl. a kígyófébiást egy kígyó közelében)
- ▶ Esettanulmány: egy személy szisztematikus megfigyelése a vizsgálatok és a terápiás folyamat során. Nagyon jó kiindulása lehet empirikus kutatásoknak (pl. Kis Hans esete, stb), de egyedi és nem vonhatók le az eredményekből oksági következtetések
- ▶ Epidemiológiai kutatás: egy betegség előfordulása, gyakorisága, eloszlása egy adott populációban (incidencia=egy adott időszakban az új esetek előfordulása; prevalencia=egy adott időszakban régi és új esetek gyakorisága)

## Szorongásos zavarok gyakorisága



Anxiety disorders 1  
Kessler et al. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048.  
Kessler et al. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8.

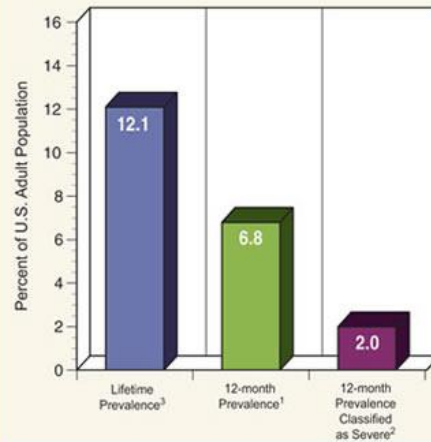
2018. 09. 25.

(In: Polgár and Bitter, 2012)

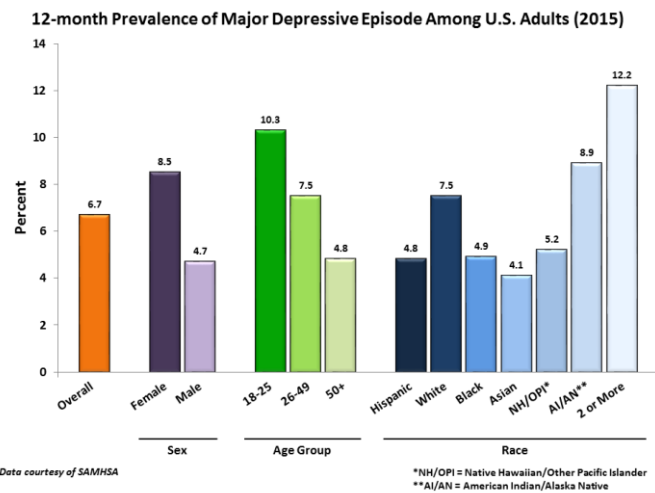
## Szociális szorongás gyakorisága

### Prevalence

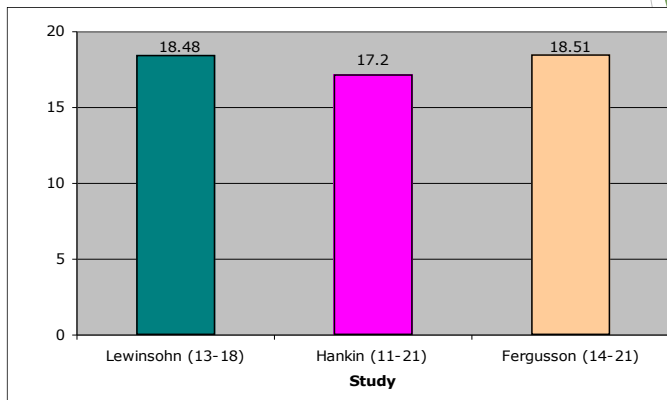
- **12-month Prevalence:** 6.8% of U.S. adult population<sup>1</sup>
- **Severe:** 29.9% of these cases (e.g., 2.0% of U.S. adult population) are classified as "severe"<sup>2</sup>



## 1 éves prevalencia: MD



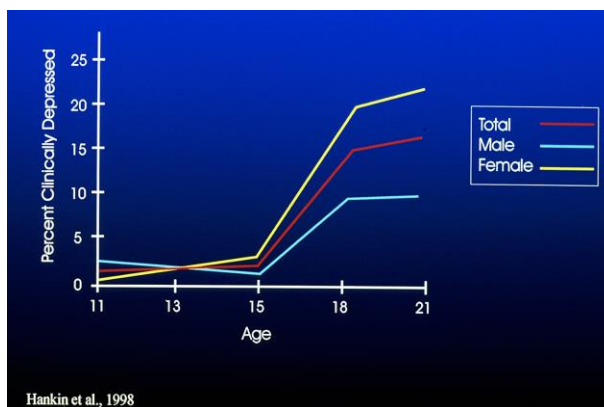
## Depresszió gyakorisága serdülőkorban (élettartam)



Lewinsohn et al. (1993). *J. Abn. Psychol.*, *102*, 133-144.  
 Hankin et al. (1998). *J. Abn. Psychol.*, *107*, 128-140.  
 Fergusson et al. (2002). *Arch. Gen. Psychol.*, *59*, 225-231.

(Arrarson, 2009)

## A depresszió kialakulásának időpontja



Hankin et al., 1998

- ▶ Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A. and McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 128-140.

Depression

2018. 09. 25.

8

(Arrarson, 2009)

## Epidemiológiai kutatások előnye-hátránya

- ▶ Sokszor jelez okokat, összefüggéseket (pl. az alacsony szocioökonómiai státusz összefügg a szkizofrénia megjelenésével: szegényebb közegben gyakoribb a szkizofrénia), azonban valódi okságot nem mutat ki.
- ▶ A veszélyeztető tényezőket fel tudjuk mérni (dohányzás - tüdőrák)
- ▶ Felmérések, interjúk segítik a diagnózisalkotást, de megfelelő-e a mérőeszköz? Valóban fennáll-e a diagnózis? Honnan válogatjuk a résztvevőket? (átfogó vizsgálat kell, nem csak pszichiátriai osztályokról kell válogatni résztvevőket)
- ▶ Válaszadási torzítás! (az adatok retrospektívek)
- ▶ Strukturált diagnosztikai interjúk előnyösek
- ▶ Rizikótényezőket tudunk felmérni az adott zavarra vonatkozóan (korrelációk a betegség és különböző egyéb faktorok között)

## PÉLDÁK: Az öngyilkosság rizikótényezői

- ▶ Elsődleges: pszichiátriai zavar (MD, SCH, szerhasználat zavar)
- ▶ Másodlagos rizikótényezők: korai negatív életesemények, akut pszicho-szociális stresszor, munkanélküliség
- ▶ Harmadlagos rizikótényezők: férfi nem, idős kor, tavasz, reggel

## Szociális szorongás lefolyása

- ▶ Szociális fóbiával küzdő páciensek nagyobb valószínűséggel veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, alacsonyabb a fizetésük, kisebb eséllyel szereznek felsőfokú végzettséget (Magee et al., 1996; Stein et al., 2000; Katzelnick et al., 2001)
- ▶ Családi vagy romantikus kapcsolataik is szegényesebbek, életvagyuk gyengébb, sőt, 21,9%-uk kísérel meg öngyilkosságot (Katzelnick et al., 2001; Davidson et al., 1993)
- ▶ Kezelés nélkül krónikus, hosszan tartó betegség, alacsony felépülési aránnyal (DeWit et al., 1999; Chartier et al., 1998; Grant et al., 2005)

## Korrelációs vizsgálatok

- ▶ Két változó közötti együttjárást vizsgálunk, melynek révén korrelációs együtthatót kapunk ( $r = -1$ -től  $+1$ -ig)
- ▶ Oksági viszonyok feltárására nem alkalmas
- ▶ Az összefüggésnek lehet harmadik oka is: két változó látszólagos összefüggését egy harmadik változó határozza meg
- ▶ Ha nincs korreláció, az oksági hipotézisünk sem érvényes

## PÉLDA: ESS faktorai, SPD faktorai és a maladaptív sémák kapcsolatának vizsgálata BPD-ben

### Célkitűzések

1. Az ESS faktorai (karakterológiai, viselkedési és testi szégyen) valamint a megszégyenítő helyzetekre adott érzelmi reakciók mértékének összehasonlítása borderline személyiségzavarral küzdők (BPD), egyéb pszichiátriai zavarral küzdők, de személyiségzavarral nem küzdők (klinikai kontrollcsoport) (Nem-PD) és egészséges kontroll személyek (HC) körében
2. A krónikus szégyen faktorainak kapcsolata a borderline tünetekkel
3. A korai maladaptív sémák jelenlétének és aktivitásuk mértékének összehasonlítása BPD, Nem-PD és HC csoportok között
4. Az ESS faktorai, az SPD faktorai és a korai maladaptív sémák kapcsolatának vizsgálata BPD, Nem-PD és HC személyek körében

13

## Módszerek

### ▶ 160 fő önkéntes résztvevő:

- ▶ 80 fő mentális zavarral küzdő páciens: 56 fő BPD zavarral küzdő (kor: 30,32; SD:10,31), 24 fő Nem-PD, egyéb mentális zavarral küzdő (34,00; SD:11,37)
- ▶ 80 fő egészséges kontroll (31,56; SD:10,09)

### ▶ Mérőmódszerek:

- ▶ M.I.N.I. Interjú (Mini International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I.)<sup>1</sup>
- ▶ SCID-II Strukturált klinikai interjú (Structured Diagnostic Interview for DSM-IV Axis II, SCID-II)<sup>2,3</sup>
- ▶ Szégyen Élmény Skála (Experience of Shame Scale, ESS)<sup>4</sup>
- ▶ Megalázásra való Érzékenység Skála-1 (Sensitivity to Social Put-Down Scale-1, SPD-1)<sup>5</sup>
- ▶ Derogatis féle Tünetlista (Symptom Checklist-90-R, SCL-90-R)<sup>6</sup>
- ▶ Séma kérdőív (Schema Questionnaire)<sup>7</sup>

### ▶ Statisztikai módszerek:

- ▶ Kovariánsokkal bővített varianciaanalízis Általános Lineáris Modellben (GLM ANCOVA)
- ▶ Pearson-féle parciális korreláció (Benjamini-Hochberg korrekció)
- ▶ SAS 9.2

<sup>1</sup>Balázs és mtsai 1998; <sup>2</sup>First és mtsai 1997; <sup>3</sup>Szádóczky és mtsai 2004; <sup>4</sup>Andrews és mtsai 2002; <sup>5</sup>Gilbert és mtsai 2000; <sup>6</sup>Derogatis, 1977; <sup>7</sup>Young 1999

## Eredmények

### Komorbid profil

- ▶ BPD-vel komorbid kórképek:
  - ▶ major depresszív zavar (80,35%)
  - ▶ generalizált szorongásos zavar (42,86%)
  - ▶ pánikzavar (33,93%)
  - ▶ depresszív PD (30,36%)
  - ▶ elkerülő PD (28,57%)
  - ▶ nárcisztikus PD (14,29%)
  - ▶ paranoid PD (14,29%)
- ▶ Nem-PD csoportban gyakori kórkép:
  - ▶ major depresszív zavar (66,67%)
  - ▶ pánikzavar (37,5%)
  - ▶ szerabúzus (20,83%)
- ▶ Komorbiditási adatokban a két csoport között csak szociális fóbia esetén mutatkozott szignifikáns különbség ( $\chi^2=5,08$ ,  $p<0,05$ )

15

## Eredmények

### A borderline tünetek és a szégyen faktorainak kapcsolata

BPD csoport	BPD tünetek	Karakterológiai szégyen	Viselkedési szégyen	Testi szégyen
(n=56)	Elhagyatottság	0,11	0,19	0,3
	Instabil kapcsolatok	0,23	0,27	<b>0,37*</b>
	Identitászavar	<b>0,50***</b>	<b>0,49***</b>	<b>0,41***</b>
	Impulzivitás	-0,03	-0,05	0,15
	Önsértő magatartás	0,09	0,11	0,14
	Affektív instabilitás	0,04	-0,01	0,06
	Krónikus üresség	0,12	0,16	0,16
	Intenzív harag	0,04	-0,08	-0,04
	Paranoid tünetek	0,1	0,19	-0,07

Pearson parciális korreláció eredményei. \* $p<0,05$ ; \*\*\* $p<0,001$ ; BPD=borderline személyiségzavar

16



Table 1  
Correlations between TOSCA and PFQ-2 shame and guilt measures

		TOSCA	
		Shame	Guilt
PFQ-2	Shame	0.27**	0.11
	Guilt	0.35***	0.11

\*\*  $P < 0.02$ .  
\*\*\*  $P < 0.001$ .

Table 2  
Correlations between TOSCA and PFQ-2 shame scales with measures of psychopathology

Measure	Bivariate correlation		Partial correlations shame residuals	
	TOSCA shame	PFQ-2 shame	TOSCA shame	PFQ-2 shame
BDI	0.26**	0.49***	0.25*	0.13
<i>SCL-90-R</i>				
Anxiety	0.29**	0.49***	0.32**	0.13
Depression	0.38***	0.49***	0.32**	0.07
Hostility	0.15	0.39***	0.23*	-0.02
Interpersonal	0.28**	0.46***	0.29**	0.17
Obsessions	0.35***	0.50***	0.33**	0.15
Paranoia	0.27**	0.36***	0.30**	0.04
Phobia	0.27**	0.39***	0.37***	0.10
Psychosis	0.37***	0.52***	0.37***	0.17
Somatization	0.33**	0.47***	0.30**	0.10
<i>STAI</i>				
State	0.11	0.27**	0.12	0.08
Trait	0.16	0.19	0.18	-0.04

\*  $P < 0.05$ .  
\*\*  $P < 0.02$ .  
\*\*\*  $P < 0.001$ .



PERGAMON

Personality and Individual Differences 32 (2002) 1365–1376

PERSONALITY AND  
INDIVIDUAL DIFFERENCES

www.elsevier.com/locate/jpand

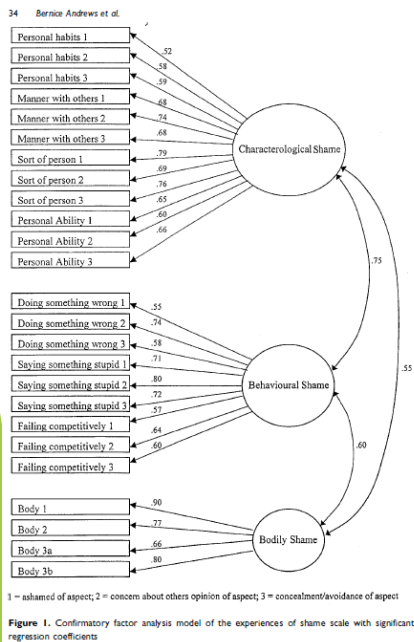
Assessment of shame and guilt in a psychiatric sample:  
a comparison of two measures

Patricia M. Averill<sup>a,\*</sup>, Gretchen J. Dieffenbach<sup>b</sup>, Melinda A. Stanley<sup>b</sup>,  
Joy K. Breckenridge<sup>c</sup>, Beth Lusby<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Maricopa County Psychiatric Center,  
University of Texas-Houston Medical School, 2600 South McGovern Way, Houston, TX 77225-6249, USA  
<sup>b</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Mental Sciences Institute,  
University of Texas-Houston Medical School, USA

## Faktoranalízis

- ▶ Különböző változók együttes változásának vizsgálata. Ha különböző változók együtt változnak, lehet valamilyen közös faktor, amibe csoportosíthatók. Ezt tudjuk kimutatni faktoranalízis révén.
- ▶ Lehet feltáró jellegű a faktoranalízis, és lehet megerősítő jellegű: elméleti modellhez illesztjük a modellünket.



British Journal of Clinical Psychology (2002), 41, 29–42  
© 2002 The British Psychological Society



www.bps.org.uk

### Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale

Bernice Andrews<sup>1\*</sup>, Mingyi Qian<sup>2</sup> and John D. Valentine<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Royal Holloway University of London, UK

<sup>2</sup>Peking University, Beijing, PR China

## Keresztmetszeti és longitudinális vizsgálatok

- ▶ A keresztmetszeti vizsgálatok egy adott időpillanatban felvett mérőeszközök eredményein alapuló korrelációs vizsgálatok. Nem teszik lehetővé a hosszmetzeti kép feltárását, a fejlődés, változás aspektusait, valódi oksági összefüggések feltárását.
- ▶ A hosszmetzeti vizsgálatok képesek a fejlődést is figyelembe venni, ugyanazon emberekkel veszik fel éveket, sőt évtizedekig a mérőeszközöket, szélesebb körű következtetések levonására alkalmas vizsgálatok. Azonban idő és pénzigényesek, tervezési folyamat nehéz, a kivitelezés nehéz (lemorzsolódás kérdése, stb).

## Kísérleti módszer

- ▶ Egyes jelenségek közötti okozati összefüggések vizsgálatára alkalmas kutatási elrendezés.
- ▶ Kísérleti csoport (valamilyen tényezőben manipulált csoport) és kontrollcsoport (ld. pl. hatékonyságvizsgálatok!)

## Klinikai kutatás

- ▶ Olyan, emberen végzett orvostudományi kutatás, amelynek célja egy gyógyításra szánt hatóanyag/terápia tulajdonságainak, hatásainak, illetve az általa kiváltott nem kívánatos hatásoknak a feltárása.
- ▶ Klinikai kérdésre ad választ
  - ▶ Új ismeretek gyűjtése új vagy akár régóta használt kezelési eljárásokról, módszerekről, gyógyszerekről
- ▶ Érveket támaszt alá
  - ▶ az egészségbiztosító támogatásának megszerzésére
  - ▶ új módszerek elterjesztésére

Antal-Uram Dóra (2017) diája alapján

## Klinikai vizsgálatok típusai

- ▶ Kezelések vizsgálata (treatment trial): új eljárások, gyógyszerek hatásának vizsgálata
- ▶ Prevenációs vizsgálat (prevention trial): betegségek megelőzése egészségeseknél, vagy a betegségek kiújulásának megelőzése: ide tartozhatnak gyógyszerek, védőoltások, vitaminok, táplálék kiegészítők, életmódot, viselkedést megváltoztató programok
- ▶ Diagnosztikus vizsgálat (diagnostic trial)
- ▶ Szűrési vizsgálat (screening trial)
- ▶ Életminőség vizsgálatok (quality of life trial): krónikus betegek életminőségét javító módszerek vizsgálata

Antal-Uram Dóra (2017) diája alapján

## Klinikai vizsgálat lépései

1. Klinikai kérdés megfogalmazása
2. Megfelelő bizonyítékok (korábbi eredmények, elméleti háttér)
3. Kutatási elrendezés kiválasztása
4. Bevonási és kizárási kritériumok
5. Mintavétel - szisztematikus, randomizált
6. Eljárás lefolytatása
7. Eredmények értékelése

Antal-Uram Dóra (2017) diája alapján

## Pszichológiai kutatások fő célja

1. Hatékonyságvizsgálat: kezelés különböző formáinak hatékonysága más-más problémák esetén (pszichoterápia eredményei)
2. Folyamatelemzés: a kezelés mechanizmusának vizsgálata, hogyan hat (terapeuta-páciens interakció során bekövetkező eseményeket vizsgálja)
3. Moderátorok vizsgálata: a kezelés hatékonyságát befolyásoló tényezők vizsgálata

Antal-Uram Dóra (2017) diája alapján

## Hatékonyságvizsgálatok fő kérdései

- ▶ Hatékony-e egy adott terápia egy problémánál?
- ▶ Jobb-e, mint más módszerek?
- ▶ Kinél, milyen körülmények között hat?
- ▶ Milyen intenzitású problémánál hatékony?
- ▶ Mivel növelhető a hatékonysága?
- ▶ Milyen mechanizmuson keresztül hat?
- ▶ A terápia melyik komponense hat?

Antal-Uram Dóra (2017) diája alapján

## A kísérleti elrendezés: kísérleti és kontrollcsoportok

- ▶ Randomizált kontrollált vizsgálatok
- ▶ Illesztett kontrollcsoport
- ▶ Kontrollcsoportok típusai:
  - ▶ Nem kap kezelést
  - ▶ Várólistás kontroll (WLC - wait list control)
  - ▶ Figyelmi placebo kontroll
  - ▶ Sztenderd kezelési kontroll (treatment as usual, TAU)
  - ▶ Másfajta kezelést kapó kontroll
  - ▶ Egészséges kontroll

Antal-Uram Dóra (2017) diája alapján

## A csoportba sorolás „vaksága”

- ▶ Egyszeresen vak: a beteg nem tudja, melyik kezelési csoportba sorolták be
- ▶ Kettős vak: sem a vizsgált személy, sem pedig a vizsgálatot végző egészségügyi szakember nem tudja, hogy a vizsgált személy a vizsgálatnak a „beavatkozás”, avagy a „kontroll” ágán kap kezelést

## Szignifikancia

- ▶ A kapott érték véletlenszerű előfordulásának valószínűsége 5% =  $p=0,05$  (az elsőfajú, fals pozitív hiba elkövetésének valószínűsége)
- ▶ A statisztikai szignifikancia ( $p$ )
  - nem ad útmutatót arra nézve, hogy mekkora is a különbség a kísérleti és a kontroll csoportok között.
  - nem mutatja meg, mennyire jelentős a hatás a gyakorlati alkalmazás szempontjából, hogy klinikailag mennyire jelentős a különbség.
- ▶ Cohen-féle hatásméret ( $d$ )
  - Arányszám: értéke 0-1 között van, 0.8 felett erősnek tekinthető
  - A csoportok közti különbség nagyságának becslése, a null-hipotézistől való eltérés mértéke
  - Az egyes statisztikai próbákhoz használt próba
- ▶ Klinikai szignifikancia = hatásméret \* elemszám

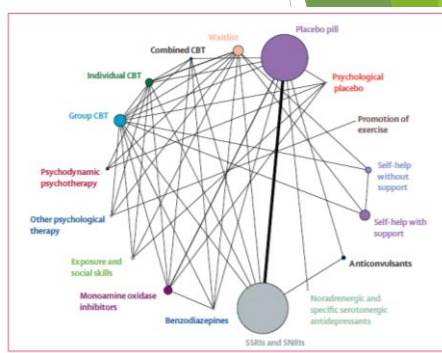
Antal-Uram Dóra (2017) diája alapján

## Metaanalízisek

- ▶ már publikált tanulmányok feldolgozása, eredményeik egyesítése
- ▶ Hatásnagyság (effect size): a különböző mértékegységekben mért hatásokat azonos skálára hozza

## PÉLDA: Szociális szorongás kezelési lehetőségei

- ▶ Mayo-Wilson et al., 2014:
- ▶ Network meta-analízis, 101 tanulmány eredményeit vonták be:
  - ▶ A várólistával összehasonlítva a monoamin-oxidáz gátlók, benzodiazepinek, SSRI-k és SNRI-k, antiepileptikumok hatékonyabbak
  - ▶ Várólistával összehasonlítva az egyéni CBT, csoportos CBT, expozíció és szociális skill-tréning, önségítés szupporttal vagy anélkül és a pszichodinamikus terápia is hatékonyabbak
  - ▶ A placebohoz képest az SSRI-ok, SRNI-ok és az egyéni CBT bizonyult jobbnak
  - ▶ Az egyéni CBT jobb, mint a pszichodinamikus terápia, az interperszonális terápia, a mindfulness és a szupportív terápia szociális szorongás esetén
  - ▶ Összefoglalva: az egyéni CBT vagy az SSRI terápia hatékony választás (a kombináció nem hatékonyabb, mint a monoterápia!)



CME Pszichiátria képzés\_szociális szorongás

2018. 09.  
25.

31

## Bizonyítékpiramis

- ▶ Esettanulmány
- ▶ RCT
- ▶ Kettős vak RCT
- ▶ Metaelemzések





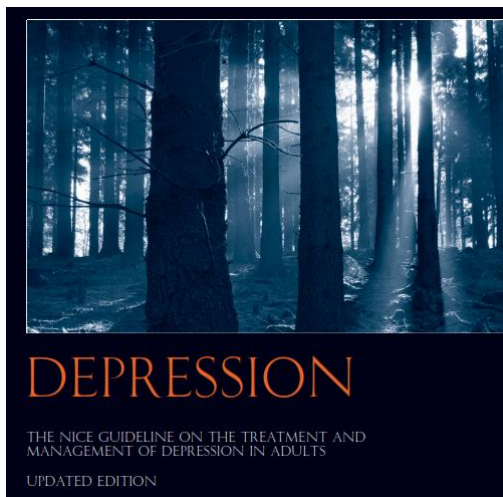
## Bizonyítottan hatékony paradigma

- ▶ Az egyedi beteggel kapcsolatos klinikai döntéshozatal olyan megközelítési módja, melynek során
  - ▶ az orvos a legmegbízhatóbb, szisztematikusan feldolgozott tudományos bizonyítékok ismeretében,
  - ▶ az egyéni klinikai tapasztalat felhasználásával,
  - ▶ a beteggel konzultálva
  - ▶ dönti el, hogy melyik lehetőség a leghatásosabb, leghatékonyabb és legmegfelelőbb az adott beteg számára”
- ▶ /Muir Gray Evidence-based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions, 1997/

## Bizonyítottan hatékony pszichológia

- ▶ “A pszichológia bizonyítékon alapuló gyakorlata a legjobb elérhető kutatások és a klinikai tapasztalatok integrációját jelenti figyelembe véve a kliens/páciens jellemzőit, a kulturális kontextust és a kliens/páciens preferenciáit.”
- ▶ (APA Task Force, 2006, IOM, 2001, Sackett, 2000)
- ▶ Ld. Pl. NICE Guideline

## Depresszió terápiája - NICE alapelvek



Depression

## NICE ajánlások depresszióban

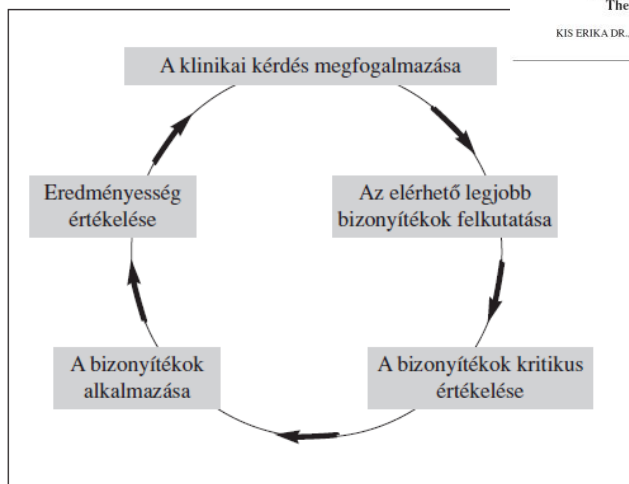
- ▶ Gyógyszer (AD)
- ▶ *Alacsony intenzitású pszichoszociális intervenció*
- ▶ Küszöb alatti, enyhe vagy közepes depresszióban:
  - ▶ Egyéni önsegítő programok (könyvek, internet) CBTR elvek alapján
  - ▶ Komputerezált CBT
  - ▶ Csoportos fizikai aktivitás növelése
- ▶ *Magas intenzitású pszichológiai intervenció*
- ▶ Közepes, súlyos depresszióban, kombinálva AD-vel:
  - ▶ CBT
  - ▶ interpersonal therapy (IPT)
  - ▶ viselkedésaktiváció
  - ▶ Rövid pszichodiamikus terápia

Depression

2018. 09.  
25.

36

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE 96. ÉVF. 4. 101-107.

Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika  
(igazgató: Kemény Lajos dr., egyetemi tanár)A bizonyítékokon alapuló orvoslás gyakorlata  
The practice of evidence based medicineKIS ERIKA DR., DOBOS ÉVA DR., NAGY ÉVA DR., KEMÉNY LAJOS DR.,  
HORVÁTH ANDREA RITA DR.

2. ábra

A bizonyítékokon alapuló orvoslás gyakorlati alkalmazása

## Etikai vonatkozások

- ▶ Az Orvos Világszövetség által létrehozott **Helsinki Nyilatkozat (1964)** az embereken végzett orvosi kutatások etikai alapelveit rögzíti, beleértve ebbe az azonosítható emberi eredetű anyagokon és adatokon végzett kutatásokat is.
- ▶ Néhány általános elv:
- ▶ Az orvos kötelessége, hogy előmozdítsa és oltalmazza a betegek egészségét, azokét is, akik épp orvosi kutatásban vesznek részt.
- ▶ Az orvosi kutatás etikai elvárásoknak van alávetve, amelyek előmozdítják az összes kutatási alanyunk kijáró tiszteletet, valamint egészségüket és jogaikat is védik.
- ▶ Jóllehet az orvosi kutatás elsődleges célja az új tudás előállítás, de a kutatási alanyok jogaival és érdekeivel szemben ez a cél soha nem élvezhet elsőbbséget.
- ▶ Az orvosi kutatásban részt vevő orvos kötelessége, hogy a kutatás alanyainak életét, egészségét, emberi méltóságát, épségét, önrendelkezéshez, magánélethez és titoktartáshoz fűződő jogát megvédje.
- ▶ A kutatási alanyok védelméért a felelősséget mindig az orvos vagy más egészségügyi szakember köteles viselni és soha nem hárítható a kutatási alanyokra, jóllehet a részvételhez beleegyezésüket adták.
- ▶ Informált beleegyezés, aláírással
- ▶ Titoktartás, anonimitás biztosítása
- ▶ Félrevezetés alkalmazása csak nagyon indokolt esetben
- ▶ Megbeszélés biztosítása a résztvevő számára
- ▶ Helyes adatok közlése!
- ▶ Tudományos és kutatásetikai bizottság engedélye!

Köszönöm a figyelmet!

