**Тема 1. Общая характеристика метода наблюдения**

**Наблюдение** – это целенаправленное, организованное восприятие и регистрация поведения исследуемого объекта. Задача наблюдателя, как правило, не связана с вмешательством в «жизнь» путем создания специальных условий для проявления наблюдаемого процесса или явления.

От пассивного созерцания окружающей действительности наблюдение отличается тем, что оно: а) подчинено определенной цели; б) проводится по определенному плану; в) оснащено предметными средствами для осуществления процесса и фиксации результатов.

Наблюдение – активная форма чувственного познания, дающая возможность накапливать эмпирические данные, образовывать первоначальные представления об объектах или проверять исходные предположения, связанные с ними. Наблюдение исторически является первым научным методом психологических исследований.

Специфика наблюдения как научного метода психологии состоит в типе отношения к объекту изучения (невмешательстве) и наличии прямого визуального или слухового контакта наблюдателя с наблюдаемым. Основными характеристиками наблюдения как метода психологии являются целенаправленность, планомерность, зависимость от теоретических представлений наблюдателя.

Техника наблюдения содержит самое полное описание процедуры наблюдения и включает: а) выбор ситуации и объекта для наблюдения; б) программу (схему) наблюдения в виде перечня признаков (аспектов) наблюдаемого поведения и единиц наблюдения с подробным их описанием; в) способ и форму фиксации результатов наблюдения; г) описание требований к работе наблюдателя; д) описание способа обработки и представления полученных данных.

**Объект и предмет наблюдения.** Объектом внешнего наблюдения может быть отдельный человек, группа людей или общность. Объект наблюдения характеризуется уникальностью, неповторяемостью, очень малой или очень большой длительностью психических явлений.

**Организация психологического наблюдения**

По *способу организации* выделяют несистематическое и систематическое наблюдение. Для исследователя здесь важно создание некоторой обобщенной картины изучаемого явления, поведения индивида или группы в определенных условиях. Систематическое наблюдение проводится по плану. Исследователь выделяет некоторые особенности поведения и фиксирует их проявление в различных условиях или ситуациях.

Выделяют также сплошное и выборочное наблюдение. При сплошном наблюдении исследователь фиксирует все особенности поведения, а при выборочном обращает внимание только на определенные поведенческие акты, фиксирует их частоту, продолжительность и т. п.

В зависимости от *цели* исследования можно выделить поисковые исследования и исследования, направленные на проверку гипотез. Поисковое исследование проводится в начале разработки какой-либо научной области, ведется экстенсивно, имеет целью получить наиболее полное описание всех присущих данной области явлений, охватить ее целиком. Если в таком исследовании используется наблюдение, то оно, как правило, сплошное. Если цель исследования конкретна и строго определена, наблюдение строится иначе. В данном случае оно называется исследующим, или выборочным. При этом производится отбор содержания наблюдения, расчленение наблюдаемого на единицы.

По *использованию средств наблюдения* различают непосредственное и опосредованное (с использованием наблюдательных приборов и средств фиксации результатов) наблюдение. К средствам наблюдения относятся аудио-, фото– и видеоаппаратура, карты наблюдения. Однако технические средства не всегда доступны, а применение скрытой камеры либо диктофона представляет этическую проблему, поскольку исследователь в данном случае посягает на внутренний мир человека без его согласия.

По способу *хронологической организации* различают лонгитюдное, периодическое и единичное наблюдение. Лонгитюдное наблюдение проводится в течение ряда лет и предполагает постоянный контакт исследователя и объекта изучения. Результаты таких наблюдений обычно фиксируются в виде дневников и широко охватывают поведение, образ жизни, привычки наблюдаемого человека. Периодическое наблюдение проводится в течение определенных, точно заданных промежутков времени. Это наиболее распространенный вид хронологической организации наблюдения. Единичные, или однократные, наблюдения, как правило, представлены в виде описания отдельного случая. Они могут быть как уникальными, так и типичными проявлениями изучаемого феномена.

Фиксация результатов наблюдения может проводиться в процессе наблюдения или по прошествии некоторого времени. В последнем случае, как правило, страдают полнота, точность и надежность в регистрации поведения испытуемых.

**Программа наблюдения**

*Программа наблюдения* – это алгоритм, которого придерживается наблюдатель в процессе проведения наблюдения. Четкое следование программным пунктам позволяет поднять объективность результатов наблюдения, однозначно декодировать полученную информацию разными исследователями и ее верифицировать.

Для правильного составления программы наблюдения нужно соблюдать требования к соблюдению программ наблюдения:

1) сформулировать и записать цель и предмет наблюдения;

2) определить единицы, которые будут фиксироваться при наблюдении, и все их выписать, убедившись, что они раскрывают изучаемый психологический феномен;

3) определить и описать ситуации, в которых будет проводиться наблюдение;

4) установить временные рамки наблюдения и составить его график;

5) определить форму регистрации наблюдаемых объектов и оценить возможность сопоставления наблюдаемых фактов, которые будут получены в разное время или в разных ситуациях;

6) разработать или заготовить бланки регистрации наблюдаемого явления, если имеется такая необходимость.

Таким образом, программа наблюдения составляется по следующему плану:

1. Цель наблюдения.

2. Объект (отдельные индивиды или группа) и предмет наблюдения (поведение).

3. Ситуации, в которых будет проводиться наблюдение.

4. Временные рамки наблюдения и его график.

5. Форма регистрации данных.

6. Возможность сопоставления наблюдаемых фактов, полученных в разное время и в разных ситуациях.

7. Бланки наблюдения (для формализованного наблюдения).

Составленная в соответствии с этими требованиями программа важна, прежде всего, самому наблюдателю, поскольку в ней в письменном виде регистрируется все то, что составляет основу конкретной методики наблюдения. Если в ходе наблюдения программа корректируется (например, дополнены или изменены объекты наблюдения или состав испытуемых), то все эти изменения фиксируются письменно в журнале исследований или дневнике наблюдений. Для повышения объективности результатов наблюдения нужно разобраться с содержанием некоторых пунктов программы.

*Цель наблюдения*

Каждое новое наблюдение начинается с постановки цели. С одной стороны, цель определяет границы наблюдаемой реальности (выделение «фигуры и фона»). С другой стороны, становится «путеводной нитью» для наблюдателя, который в процессе наблюдения получает возможность сверять «путь» наблюдения по цели, которая одновременно является конечной точкой изучаемой реальности.

В психологических наблюдениях наиболее типичны следующие цели:

-изучение содержательных характеристик тех или иных психических явлений;

-изучение людей как носителей тех или иных известных особенностей, сопоставление результатов наблюдения;

-изучение причин, лежащих в основе тех или иных проблем у разных групп людей, в разных условиях деятельности или общения;

-изучение особенностей поведения, деятельности и общения людей, имеющих различные психические характеристики. Четко сформулированная цель помогает определить объект, предмет, единицы наблюдения и составить программу наблюдения.

*Объект наблюдения*

Объектом наблюдения в психологии выступает индивид, группа индивидов или животные, обладающие психикой.

*Предмет наблюдения*

Предметом наблюдения могут быть только внешние экстериоризированные компоненты деятельности:

а) моторные компоненты практических и гностических действий; движения, перемещения и неподвижные состояния людей; скорость и направление движения; дистанции между ними; соприкосновения, толчки, удары; совместные действия (группы людей);

б) речевые акты, их содержание, направленность, частота, продолжительность, интенсивность, экспрессивность, особенности лексического, грамматического и фонетического строя;

в) мимика и пантомимика, экспрессия звуков;

г) внешние проявления некоторых вегетативных реакций: покраснение или побледнение кожи, изменение ритма дыхания, потоотделение и т.д., сочетание перечисленных признаков.

*Ситуации наблюдения*

Ситуации наблюдения могут быть расклассифицированы по различным основаниям на следующие виды:

1) естественные или искусственные;

2) управляемые или неуправляемые наблюдателем;

3) спонтанные или организованные;

4) стандартные или необычные;

5) нормальные или экстремальные;

6) игровые –учебные –производственные (трудовые) –военные –противоправные.

Кроме того, по виду контактов различают ситуации:

7) непосредственные или опосредованные;

8) вербальные или неречевые;

9) кратковременные или длительные. В последнем случае речь может идти как о контактах между наблюдаемыми объектами, так и между ними и наблюдателем.

Иногда различают ситуации, связанные с тем или иным видом психической деятельности, исполняемой наблюдаемым объектом –перцептивной, мнемической, интеллектуальной, творческой, аффективной, волевой. Описание, регистрация и анализ данных при использовании метода наблюдения

*Общие требования к записи наблюдений:*

1. Запись наблюдения должна быть фактологична, т.е. читающий ее человек может «увидеть» картину наблюдаемого явления собственными глазами.

2. Запись должна включать описание всей ситуации (предметной и социальной), в которой происходит наблюдаемое событие.

3. Запись должна быть полной в том смысле, что она должна по возможности полно в соответствии о целью отражать изучаемую реальность. Способ описания наблюдаемых событий имеет первостепенное значение для оценки полученных в исследовании данных. Данные наблюдения фиксируются в форме протокола, дневника или отдельных записей (заметок).

*Отдельные записи*–форма записи, используемая при однократных наблюдениях или использовании наблюдения как вспомогательного приема.

*Дневник*–форма записи, используемая при лонгитюдном наблюдении. Записи делают обычно один раз в день или в несколько дней, причем наблюдатель записывает по памяти в свободной форме все, что привлекло его внимание.

*Протокол* –наиболее часто применяемая форма записи при периодических наблюдениях и чаще всего ведется непосредственно в ходе наблюдения. Он может быть в разной степени формализован.Протокол, в котором наблюдатель фиксирует данные, может быть сплошным или выборочным.

В сплошном протоколе наблюдатель полностью отражает все наблюдаемые события (разумеется, на том уровне обобщения, который им принят) в том порядке, в котором они происходили. Обычно указывают время, которое занимало то или иное событие. Сплошной протокол в большей или меньшей степени формализован и применяется на предварительных этапах исследования.

Выборочный протокол также фиксирует события в хронологическом порядке, но не все, а лишь интересующие исследователя. Такой протокол обычно используется на более поздних этапах исследования, когда исследователь достаточно знаком с «объектом».

**Тема2. Общая характеристика метода беседы**

Kaк ни коротки слова: «да», «нет»,  
всё же они требуют самого

серьезного размышления.

Пифагор

***Беседа и интервью*** относятся к вербально-коммуникативным методам в психологии, т.е. являются способами получения и применения психологической информации на основе речевого (устного или письменного) общения. Спецификой этих методов является их связь с процессами интенсивного общения исследователя с исследуемым. Поэтому эффективность использования этих методов зависит от того, насколько люди плодотворно взаимодействуют в процессе беседы и интервью, а это возможно только при установлении между ними благоприятных взаимоотношений.

***Достоинствами методов беседы и интервью являются:***

- быстрота получения информации;

- возможность получения информации в широких пределах заданной тематики;

- сравнительная легкость получения большого количества данных.

***Беседа -*** метод сбора фактов о психических явлениях в процессе личного общения по специально составленной программе.

***Метод беседы применяется:***

а) при изучении личности человека, его прошлой жизни, домашней обстановки, его родителей, круга общения, его интересов, ценностных ориентаций и т. д.;

б) при применении других методов исследования для получения дополнительных данных (подтверждение, уточнение того, что было выявлено);

в) при первоначальном знакомстве, когда начинается какое-либо исследование.

Общение во время беседы может быть как *вербальным (словесным)*, так и *невербальным (мимика и жесты)*. Поэтому в процесс беседы должен быть включен *элемент наблюдения* за поведением больного. Медсестра должна следить не только за словами больного, но и за тем, что он при этом делает, какие он выражает эмоции и т.п. Например, если больной говорит, что его ничего не волнует, а сам при этом демонстрирует стереотипные действия (качает ногой, теребит кончик одежды, облизывает губы и пр.) – скорее всего, он говорит неискренне.

***Беседа позволяет:***

1. поддерживать непрерывный доверительный и эмоциональный контакт медсестры с больным;

2. оценить, насколько адекватен больной, насколько он осознает свое положение больного, его критичность к себе и к окружающей обстановке;

3. стимулировать пациента к активности.

***Виды беседы.***

Стандартизированная – содержит точно сформулированные до начала беседы вопросы.

Нестандартизированная - вопросы ставятся в свободной форме, могут меняться по ходу беседы.

***Основные требования к проведению беседы***

**1.Подготовка к беседе**.

- Необходимо определить цель беседы. Иначе беседа – бесплодный разговор. Истинная цель беседы не должна быть известна пациенту.

- Определить вопросы, которые задавать пациенту. Вопросы должны быть связаны с целью беседы.

- Распределить вопросы в порядке их значимости (о самом важном спрашивают в начале беседы).

- Определить вопросы, поддерживающие беседу (например, вопросы о том, что интересно пациенту, поддержат его интерес к беседе).

***Вопросы беседы.***

*Прямые* (вопросы с однозначно понимаемым смыслом) – «Нравятся ли вам условия в нашей больнице?»

*Косвенные* (истинные цели замаскированы для собеседника) – «Как вы считаете, людям нравятся условия в нашей больнице?». При ответе на такие безличные вопросы собеседник все равно выражает свою точку зрения.

Вопросы беседы различаются по степени их внушающего действия.

*Очень внушающие* – «Не считаешь ли ты…»

*Внушающие* – «Вам нравится смотреть в свободное от процедур время телевизор?» (хотя неизвестно, смотрит ли человек телевизор в больнице), «У вас хорошее настроение?» и т.п.

*Менее внушающие* – (типа «или-или»)

*Определительные вопросы* - наиболее благоприятная форма вопроса – «Чем вы занимаетесь в свободное от процедур время?», «Какое у вас настроение?»

Важно помнить, что любой вопрос всегда имеет то или иное внушающее влияние, поэтому необходимо максимально оградить собеседника от внушения.

***При формулировке вопросов:***

1.Стараться не использовать малораспространенных, непонятных пациенту слов. Необходимо избегать использования психопатологических терминов («бред», «депрессия», «галлюцинации» и пр.). Если больной сам, описывая свое состояние, использует какие-либо медицинские термины, необходимо уточнить у него, что именно он имеет ввиду, попросить описать свои переживания простыми словами, т.к. понимание подобных терминов больным может быть искаженным.

3. Избегать формулировок, на которые могут быть даны шаблонные ответы.

4. Избегать «внушающих» вопросов (начинающихся с фраз «Не считаете ли вы, что…», «Не кажется ли вам, что…», «Не согласны ли вы с тем, что…»).

5. Задавать вопросы в определительной форме, требующей развернутого ответа («Когда вы ощущаете наиболее сильные боли?»).

6. Вопросы должны быть краткие, понятные собеседнику.

**2. Создание атмосферы доверия.**

- Собеседник должен быть уверен, что беседа приносит ему пользу.

- Собеседник должен чувствовать себя комфортно и безопасно.

**3. Проведение беседы.**

***Основные приемы ведения беседы.***

Существуют правила эффективного общения, применение которых помогает установить взаимоотношения между медицинским работником и пациентом. Поддержать атмосферу доверия и сотрудничества, создать и сохранить спокойную, уважительную и доброжелательную атмосферу медицинская сестра сможет с помощью нескольких приемов:

## 1.«Имя собственное».Беседу с пациентом начинают, назвав свое имя и отчество, должность и цель беседы. К пациенту также обращаются по имени и отчеству (если этого требует возраст) и на «вы», что способствует утверждению человека как личности, вызывает у него чувство удовлетворения и сопровождается положительными эмоциями. На «ты» можно переходить, только если пациент сам предложит это.

## 2. «Комфортная обстановка». Беседу с пациентом проводят, по возможности обеспечив ему удобное место, учитывая освещение, наличие шума, мебель, помещение, присутствие посторонних и т.д. Необходимо помнить о межличностной дистанции, расположиться так, чтобы лицо находилось на одном уровне с лицом пациента. Обязательно напоминают пациенту о конфиденциальности (анонимности) беседы.

## 3. «Зеркало отношений».Прием состоит в доброй улыбке и приятном выражении лица, свидетельствующем, что «я — ваш друг». У пациента возникают чувство защищенности и, как следствие, положительные эмоции. Медсестре следует быть открытой, доброжелательной, позитивной и приветливой. Не следует быть фамильярной в беседе, разговаривать свысока или пренебрежительно.

## 4. «Построение беседы».Разговор с пациентом начинают с подчеркивания его достоинств и положительных достижений в устранении проблемы со здоровьем. Нежелательно начинать беседу со сложной для пациента темы. К наиболее волнующим и щепетильным вопросам подходят постепенно. Терпеливо и внимательно выслушивают проблемы пациента. Следует, уточняя подробности, поддерживать разговор в нужном направлении. Это приводит к удовлетворению одной из самых важных потребностей любого человека — потребности в самоутверждении, что ведет к образованию положительных эмоций и создает доверительное отношение пациента.

## 5. *«*Золотые слова».Прием заключается в высказывании комплиментов, способствующих эффекту внушения. Следует увидеть, понять и оценить достоинства человека, с которым ведется беседа. Это выражают словами одобрения и похвалы. Тем самым происходит как бы «заочное» удовлетворение потребности пациента в совершенствовании, что также ведет к образованию у него положительных эмоций и обусловливает расположенность к медицинскому работнику.

## 6. «Риторические способности». Говорить следует четко, неторопливо, доходчиво, с максимальным проявлением дружелюбия (без заискивания), проверяя, правильно ли понимает сказанное собеседник. Нужно стараться вести беседу с учетом индивидуальных возрастных и личностных особенностей, вкусов и желаний пациента. В разговоре нужно выдерживать паузу: это дает возможность понаблюдать за пациентом и собраться с мыслями и ему, и медицинскому работнику. Ответы пациента сопровождают мимикой утверждения или кратким «да». При неточном ответе на вопрос его повторяют или формулируют по-другому.

## 7. «Профессиональная тишина».В разговоре с пациентом избегают употребления медицинских терминов. Информируют пациента о лечебных мероприятиях и ожидаемых результатах в пределах профессиональной компетенции. Не требуют от пациента точного названия предметов ухода и лекарств, при необходимости просят просто показать их. Не следует ждать, что пациент запомнит имена сотрудников, номера кабинетов. Если в этом есть необходимость, то информацию излагают на бумаге и оставляют пациенту. Нельзя создавать у пациента чувство вины за неточное исполнение инструкций или рекомендаций. По возможности ему дают четкие и конкретные советы и рекомендации.

## 8. «Взаимное понимание».В конце беседы уточняют, не возникло ли смыслового барьера – правильно ли понимают медсестра и пациент друг друга (медсестра уточняет – «Правильно ли я вас поняла, что…», или «Как вы поняли мои инструкции?»

## Существуют специальные *вербальные (словесные) техники*, помогающие при проведении беседы достичь ее целей.

## 1. Поощрения – это утверждения, которые демонстрируют признание, подтверждение и понимание сказанного пациентом (реплики, такие как «Ага», «Угу», «Так», короткие фразы типа «Я понимаю» или «Да-да, продолжайте», а также фразы наподобие «Продолжим нашу беседу» Если использование поощрений становится чрезмерным, то они начинают раздражать или становятся просто смешными.

## 2. Повторение -  это почти буквальное воспроизведение сказанного пациентом или избирательное акцентирование определенных элементов его сообщения. Этот прием создает у пациента ощущение, что медсестра стремится понять и почувствовать то, что он выражает, а также фокусирует внимание клиента на сообщении и позволяет ему «осознать дополнительные значения и выразить невысказанное». Одним из наиболее распространенных вариантов этой техники является повторение последних слов или ключевой фразы высказывания пациента, часто с вопросительной интонацией. Этот прием создает впечатление незаконченного предложения, которое побуждает человека к его завершению. Не стоит повторять сказанное машинально, так как при повторении особую роль играет интонация, отражающая эмоциональный оттенок сообщения клиента.

## 3. Вопросы: а) закрытые вопросы (предполагают ответ «да» или «нет». Например: «Вы впервые госпитализированы?»); б) открытые вопросы – наиболее информативны (призывает собеседника дать развернутый ответ. Например: «Когда вас беспокоят головные боли?»)

## 4. Прояснение (перефразирование) - проверка правильности понимания медсестрой сообщения пациента; проявление внимания к сообщениям пациента; акцент на главном в его сообщении.

## Если в сообщении пациента что-то остаётся неясным, уместно использовать проясняющий вопрос: «Что вы имеете в виду, когда говорите...?», «Правильно ли я поняла, что…».

## Перефразируется, как правило, основная мысль пациента. Нельзя при этом искажать или заменять смысл утверждения пациента, а также добавлять что-либо от себя. Надо избегать дословного повторения высказывания клиента, желательно мысли клиента выражать своими словами. Хорошо перефразированная мысль пациента становится короче, яснее, конкретнее, а это помогает клиенту самому понять, что он хотел сказать.

## *Пример перефразирования.*

## Пациент: Я не знаю, что делать дальше. Иногда думаю, что надо согласиться на операцию, а порой кажется, что следует еще подождать.

## Медсестра: У Вас происходит внутренняя борьба, и Вам трудно решить, какой из двух путей сегодня более правильный.

## 5. Конфронтация – указание на противоречивые сообщения пациента. Классическая фраза конфронтации содержит две части. «С одной стороны, вы говорите...» - в этой части необходимо указать на тот или иной аспект сообщения или поведения пациента. «…,Но с другой стороны…» - в этой части необходимо указать на несоответствие с первой частью.

## 6. Интерпретация – это процесс объяснения пациенту чего-либо - внутренних переживаний, внешних событий; связывание между собой разрозненных идей, эмоциональных реакций и поступков, выстраивание определенной причинной связи между психическими явлениями. Суть интерпретации в том, чтобы непонятное сделать понятным.

## 7. Суммирование - это высказывание, которое в краткой фразе собирает вместе основные идеи рассказа пациента, устанавливает определенную последовательность тем или подытоживает результат, достигнутый в ходе определенного отрезка беседы, всей беседы или даже ряда встреч. Этот прием привносит порядок и показывает пациенту, что его уважают и слышат. С помощью этого приема можно выделить ключевые темы в рассказе пациента и внести, тем самым, ясность и последовательность в его рассказ.

## 8. Отражение чувств – это словесное обозначение выраженных пациентом эмоций с целью помощи в их выражении и осмыслении. Этот прием поощряет прямое выражение чувств пациента и помогает ему войти в более полный контакт с тем, что он говорит и чувствует в данный момент. Как следствие пациент научается доверять собственным чувствам, относиться к ним как к важному источнику информации.

## Пациент: «Завтра операция, а я никак не соберу себя в кулак».

## Медсестра: «Вас это огорчает?»

## Пациент: «Вообще-то да. Я считал себя сильным человеком».

## Медсестра: «И теперь вас расстраивает то, что вы оказа­лись не таким...»

## Пациент: «Да нет. Просто странно, что я никогда не заду­мывался над подобными вещами...»

## Медсестра: «А теперь Вы не знаете, как ко всему этому отно­ситься...»

## Пациент: «Вот именно. Тем более, что я всегда учил сво­их сыновей быть сильными, а тут сам оказался...»

## 9. Информирование – это предоставление медсестрой информации в форме объяснений, обратной связи, изложения фактов или мнений либо по собственной инициативе, либо отвечая на вопросы пациента. Важно помнить, что медсестра может давать  только ту информацию, которая находится в ее компетенции.

## 10. Совет – это высказывание пациенту собственного мнения, основанного на своем видении ситуации. Рекомендация – это  заключение, вытекающее из определения проблемы пациента и анализа ее основных компонентов, продиктованное как ожиданиями и потребностями пациента, так и существующими возможностями и ограничениями в связи с его состоянием. Важно, чтобы медсестра предоставляла советы и рекомендации в границах своей профессиональной компетентности

## 11. Убеждение – это способ воздействия на представления пациента посредством личного влияния, используя логику, разум и факты или посредством их решительного оспаривания. Этот прием вызывает у пациента оптимизм относительно его потенциала для прогресса, дает человеку надежду на улучшение, уже в начале беседы. Убеждение может использоваться, например,  для облегчения эмоционального выражения.

## 12. Парадоксальная реакция – использование юмора в общении.

## 13. Обратная связь – это описание поведения пациента, которое помогает ему узнать, как другие воспринимают его, как они реагируют на его поведение. Этот прием помогает пациенту задуматься над коррекцией своего поведения. Обратная связь должна быть описательной и безоценочной, а также она должна быть направлена на тот аспект поведения, с которым пациент способен что-либо сделать. (Например – «Я недовольна тем, что вы не выпили таблетки, это затрудняет лечение»)

## 14. Самораскрытие – это разделение с пациентом собственного опыта, предоставление информации о себе, о событиях из собственной жизни или непосредственное выражение в отношениях с клиентом испытываемых чувств или желаний (Например - «У моей двоюродной сестры тоже было такое заболевание и она выздоровела»)

## 15. Директива – это предложение предпринять определенные действия (например – «Вы не должны есть перед сдачей анализов»).

## Оказывая помощь пациентам, медсестре необходимо использовать целый арсенал личных качеств и навыков, приемов и методов общения для установления доверительных отношений с пациентом и членами его семьи с целью поиска эффективного решения проблем пациента. Эти личные качества значительно облегчают общение и решение проблем пациента. К личным качествам медсестры, оказывающей помощь, относятся: сопереживание, искренность, проявление заботы, уважения.

**Тема 3. Общая характеристика метода интервью**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Интервью* –** | ***Интервью* –** это целенаправленный опрос. Интервью является одновременно и опросом и беседой. С беседой его сближает активное непосредственное устное речевое общение *интервьюера* (кто задает вопросы) и *респондента* (кто отвечает на вопросы). В отличие от *истинной беседы* интервью характеризуется значительно большей организованностью (четко определенное место и время для интервью), целенаправленностью (задают только запланированные вопросы) и неравнозначностью позиций собеседников (здесь нет обмена мнениями, как при беседе, от респондента требуется только отвечать на вопросы).  ***Процедура интервьюирования.***  **1. Начальная фаза - установление контакта с респондентом**. Создание благожелательной и деловой обстановки. Необходимо добиться расположения опрашиваемого и настроить его на взаимодействие. Важно обозначить пациенту чувство его ответственности за достоверность информации, которую он сообщает.  **2. Основная фаза интервью**. Задаются намеченные вопросы. Важнейшее правило интервьюера на этом этапе – нейтральность позиции по отношению к обсуждаемым проблемам. Он не должен высказывать своего мнения, а должен только задавать вопросы. Недопустимы затяжные паузы между вопросами. Интервьюер должен все время стимулировать у респондента желание отвечать на вопросы. Одобрение интервьюера должно относиться не к содержанию ответа респондента, его «правильности» или «неправильности», а к самому факту ответа (например - «Очень важно, что вы про это рассказали», «Ваши сведения являются ценными»).  Должны сочетатьсяпрямые и косвенные вопросы.  Во время интервью медсестра сосредоточивается на ***диалоге***, разработанному для получения данных. Он начинается с основной жалобы пациента и охватывает такие темы, как прошлая история болезни, болезни членов семьи, религиозные и культурные данные о пациенте.  ***Основное содержание интервью***.  **- Содержание истории здоровья.** Краткие биографические данные. Краткие основные данные о пациенте. Основная жалоба - определение пациентом причины, по которой он обратился за медицинской помощью («Почему вы обратились за медицинской помощью?»).  **- Анамнез текущего заболевания** - описание симптомов, включая начало, продолжительность, характер, интенсивность, ухудшение, облегчение, факторы, сопровождающие течение болезни, проблемы («Когда начались эти проблемы?», «Когда происходит ухудшение состояния?», «Какова интенсивность болевых ощущений?» и пр.).  **- Предыдущие истории болезни.** Резюме о здоровье пациента, включая серьезные и легкие заболевания, которые были до сегодняшнего обращения к врачу или госпитализации, основные несчастные случаи и ранения, лекарственные или пищевые аллергии, обычные реакции на болезнь.  **- Семейная история болезни.** Идентификация членов семьи и основных данных о здоровье, включая возраст, пол, состояние здоровья членов семьи; возраст, пол и причина смерти умерших членов семьи; семейная история рака, сердечных заболеваний, гипертонии, эпилепсии, почечных нарушений, диабета, артрита , туберкулеза.  **- Назначение медикаментов.** Список медикаментов (которые принимал или принимает пациент), включая название, дозировки, частоту приема, продолжительность терапии, время принятия последней дозы и т.д.  **- Сведения об алкоголе, курении, наркотиках.** Описание обычных моделей приема, включая вид спиртного, среднее потребление, тип табака, количество сигарет в день, возраст, когда начал / прекратил курить, тип наркотика, частота использования.  - **Социальные сведения.** Резюме мест работы, должностей, образования, хобби, условий жизни, характера отдыха, религиозных верований.  **- Модели образа жизни.** Идентификация обычных моделей поведения пациента, включая сон / отдых, гигиену, деятельность, диету, физические упражнения.  ***Место проведения интервью.*** Интервью проводится в разных местах, включая больницу, клинику, кабинет врача, медпункты и у пациента на дому.  ***Объем*** собранной истории зависит от места и от цели интервью.  **3. Завершающая фаза** – подведение итогов разговора, подчеркивание важности состоявшегося интервью для лечения пациента, выражение благодарности ему за содействие. В это время медсестра не должна подавать новый материал, однако пациент может захотеть обсудить дополнительные темы. Если позволит время, можно это сделать, или медсестра может предложить второе интервью в более удобное время. Необходимо кратко повторить основные темы, обсуждавшиеся во время интервью. Это позволит пациенту подтвердить или опровергнуть мнение медсестры об основных проблемах, его жалобы и другие данные. Это также закладывает основу для выяснения и совместного установление целей в процессе планирования. Заканчивая интервью, медсестре необходимо показать теплое отношение и признательность пациенту. Это может помочь в будущих лечебных взаимоотношениях медсестра-пациент.  ***Требования к интервьюеру***.  Э.Ноэль обрисовал такой психологический портрет интервьюера: он «должен выглядеть здоровым, спокойным, уверенным, внушать доверие, быть искренним, веселым, проявлять интерес к беседе, быть опрятно одетым, ухоженным».  ***Факторы, влияющие на интервью.***  **1. Факторы окружающей среды.** Окружающая обстановка, в которой проходит интервью, оказывает определенное влияние на его эффективность. Место, где проводится интервью, должно давать возможность для комфортного взаимодействия медсестры и пациента. Пациент должен быть удобно расположен в постели или кресле, а медсестра должна сидеть напротив. Необходимо по возможности избегать положения, когда медсестра стоит над пациентом, так как это может истолковываться как чувство превосходства, отсутствие интереса или проявление спешки. Необходимо обеспечить максимальное уединение, так как пациенту придется отвечать на множество вопросов личного характера. Этого можно достичь, закрыв занавес между кроватями, найдя спокойное место или закрыв дверь. Уединение также повышает возможность получения точной, полной информации и помогает в создании доверительных отношений. Температура воздуха должна быть приемлемой, а освещение должно позволять обоим участникам хорошо видеть друг друга.  **2. Техника проведения интервью.** Интервью бывает более информативным, когда медсестра использует для получения данных и *вербальную* и *невербальную* техники. Комбинация этих двух подходов обеспечивает получение более точных, полных данных.  **А) Вербальная техника (опрос).** *Опрос* позволяет медсестре получить информацию от пациента, уточнить свое восприятие реакций пациента, подтвердить другие субъективные или объективные данные о нем.  ***Виды вопросов.***  Вопросы могут быть открытыми, закрытыми или косвенными.  **Открытые вопросы** - это вопросы, которые позволяют выявить ощущения, представления пациента о событии или проблеме, которые его беспокоят. Эти вопросы требуют ответа, состоящего более чем из одного или двух слов.  *Пример. «*Что побудило Вас обратиться сегодня в отделение скорой помощи?», «Что Вы почувствовали, когда врач сказал Вам о результатах анализов?»  Вопросы, начинающиеся со слов «что», «как», «который», вызывают подробный ответ пациента. Вопросы, начинающиеся со слова «почему», заставляют пациента занять оборонительную позицию. Пример: «Почему Вы сделали это?», «Почему вы не обратились к врачу раньше?»  *Достоинства и недостатки открытых вопросов*.  Преимущества: обеспечивают пациента стимулами для выражения важных моментов, вызывающих беспокойство; облегчают общение, поощряя пациента отвечать; вызывают наиболее честные ответы.  Недостатки: вызывают длительные или многословные ответы в ограниченных временных рамках; позволяют пациенту уклониться от ответа на вопрос или сосредоточиться на посторонних темах (особенно, когда пациент чувствует себя неловко, обсуждая какую-нибудь тему).  **Закрытые вопросы** требуют краткого ответа, состоящего из одного или двух слов. Они обычно используются для получения точных фактов  *Пример*. «Вы принимали сегодня лекарство от давления?», «Как долго длится боль?»  *Достоинства и недостатки закрытых вопросов*.  Преимущества: помогают избежать длинных ответов; позволяют медсестре направлять интервью, как ей нужно; помогают уточнить ответы на открытые вопросы.  Недостатки: делают общение официальным и ограничивают количество данных; заставляют пациента чувствовать себя так, будто он защищается.  *Пример.* Медсестра: «Что Вы обычно делаете, когда начинается боль?» (открытый вопрос)  Пациент: «Обычно я ложусь и принимаю два обезболивающие таблетки».  Медсестра: «Вы принимали их перед тем, как приехать в больницу?» (закрытый вопрос). |

Пациент: «Да».

**Косвенные вопросы** могут быть как открытыми, так и закрытыми. Наиболее часто используются наводящие или провокационные вопросы. Наводящие вопросы показывают, что определенный ответ был бы предпочтительнее. Пациенты обычно отвечают на эти вопросы так, как они считают необходимым.

*Пример.* «Вы не принимаете наркотики, не так ли?», «В Вашей семье не было психически больных, не так ли?», «Сегодня Вы чувствуете себя лучше, правда?»

Провокационные вопросы используются для установления реакции пациента на определенную тему. Медсестра обычно стремится оценить, в первую очередь, невербальную реакцию (жесты, мимика и пр.) пациента, чем непосредственный ответ на вопрос.

*Пример.* «Вы не считаете, что боль усиливается после посещений Вашего мужа?», «Ваше пьянство отражается на работе?»

Задавая вопросы такого характера, медсестра обращает внимание на проявления неловкости, смущения; часто пациент отводит взгляд. Такое невербальное поведение может открыть больше, чем вербальные реакции пациента.

Косвенные вопросы часто приводят пациента в смущение и иногда блокируют процесс общения. Пациенты часто дают те ответы, которых, как они думают, от них ждут; следовательно, информация может быть неточной. Косвенные вопросы следует использовать только тогда, когда другие техники не принесли успеха.

В идеале смешанное использование открытых и закрытых вопросов обеспечит более точные, полные данные, позволив избежать косвенных вопросов.

**Повторение–**часто используемая техника вербального интервьюирования. Воспринятый медсестрой ответ пациента повторяется или перефразируется. Повторение поощряет пациента продолжать обсуждение какой-нибудь темы. Медсестра повторяет ключевые слова из фразы пациента и помогает ему развить тему более подробно.

*Пример.* Медсестра: «Что Вы почувствовали, когда врач сказал Вам о вашем кровяном давлении?»

Пациент: «Я был очень напуган».

Медсестра: «Вы были действительно очень напуганы?» (повторение ключевых слов).

Пациент: «Да, я подумал, что со мной может случиться удар и я умру или останусь инвалидом».

Так как перефразировка показывает пациенту, как интерпретирует (объясняет) обсуждаемую информацию медсестра, это позволяет им обоим расширить, уточнить или исправить эту информацию.

*Пример.* Пациентка: «Я нашла уплотнение в груди на прошлой неделе, когда принимала душ. У моей матери они тоже были, и она умерла от рака».

Медсестра: «Вы боитесь, что у Вас может быть рак?»

Пациентка: «Да, я слишком молода, чтобы умирать, и я нужна детям».

Это может быть также попыткой пациента получить дополнительную информацию. Медсестре следует избегать советов, так как это переводит ответственность за принятие решения с пациента на медсестру. Наиболее эффективным методом решения таких проблем является использование ***повторения для переадресации вопроса***.Пациент может попросить совета, подтверждение или спросить «А что Вы думаете?», «Все хорошо, не так ли?», «А что бы Вы сделали?»

*Пример.* Пациентка: «Врач сказал, что я могу сделать мастэктомию послезавтра или вернуться домой и прийти через шесть недель. Что Вы сделали бы на моем месте?»

Медсестра: «Вы не уверены, нужно ли Вам делать операцию сейчас или позже? Давайте рассмотрим все «за» и «против».

Такой подход помогает медсестре: перефразировать жалобу пациента; определить решение, которое должно быть принято пациентом; поощрять пациента объективно посмотреть на все варианты перед принятием решения.

Использование *дополнительных утверждений* поощряет пациента продолжать высказывания. Короткие фразы типа «ага», «да», «продолжайте», «понимаю», «а что произошло потом?» содержат четкое сообщение, они позволяют пациенту понять, что медсестра заинтересована в беседе. Они особенно эффективны, когда сопровождаются невербальными приемами, такими как прикосновение, контакт взглядов, кивки головой.

**Б) Техники невербального общения**. Медсестра должна знать о некоторых невербальных методах, облегчающие общение во время интервью. Невербальные компоненты взаимодействия медсестра-пациент часто передают сообщения более четко, чем при непосредственном произнесении слов. К невербальным компонентам относятся: выражение лица, положение тела, прикосновения, голос, молчание, активное слушание.

Выражение лица пациента часто обнаруживает важную информацию. Медсестра должна определить соответствие выражения лица пациента сообщаемой им вербально информации. Соответствие выражения предполагает, что выражение лица будет совпадать с произносимыми словами и контекстом разговора. Медсестру должна особенно встревожить ситуация, когда выражение лица пациента не соответствует вербальному сообщению.

*Пример*. Когда пациент описывает свою депрессию, медсестре не следует ждать улыбки на его лице. И точно также, когда женщина рассказывает, как она счастлива в супружеской жизни, и при этом вынужденно улыбается, медсестра может усомниться в искренности ее утверждений.

Медсестру должно также обеспокоить несоответствие выражения лица контексту сообщения. Например, когда пациент улыбается, обсуждая серьезные проблемы. Эта улыбка, которая является признаком смущения, может привести медсестру к ложному представлению, что пациент не обеспокоен своими проблемами. Мрачное выражение лица может указывать на несогласие, непонимание, боль, злость или горе.

*Пример.* Когда медсестра объясняет пациентке, что ей необходимо измерять пульс ежедневно перед приемом лекарства, и пациентка хмурится, медсестра может интерпретировать это, как нежелание выполнять этот пункт лечебного плана. В действительности, пациентка может просто не знать, как измерять пульс.

Отмечают в процессе интервью **отсутствие контакта взглядов.** Это может означать, что пациент чувствует дискомфорт, застенчивость, неуверенность, скуку, смущение или замкнутость. Отсутствие контактов взглядов может быть интерпретирована и как отсутствие интереса к общению.

**Положение тела** также является элементом взаимодействия, передает невербальное сообщение. Медсестра должна пытаться создать обстановку теплоты и доверия, в частности, через принятие спокойной, расслабленной позы. Это положение характеризует интерес и заботу и помогает пациенту чувствовать себя удобно, обсуждая личную информацию.

Расслабленное положение может показывать готовность поделиться информацией, напряженное положение демонстрирует нежелание поделиться информацией, боль или беспокойство. Расслабленный пациент напрягается или изменяет положение тела, когда начинают обсуждать какие-то особенно актуальные для него проблемы. Тело укажет тем самым на особую важность информации.

**Жесты** также могут обеспечить медсестру информацией о пациенте: скрещенные руки – символизируют контроль, закрытость, скрытность; частые кивки головой - беспокойство, опущенные плечи - неуверенность. Медсестра должна быть особенно внимательна при расхождении между словами пациента и невербальными сообщениями, переданными позой или жестами.

Использование **прикосновения** может также значительно повлиять на интервью. То, как человек использует или реагирует на прикосновения, может четко передавать его чувства или отношения.

Пациенты могут по-разному реагировать на прикосновения. Использование медсестрой прикосновений должно определяться готовностью пациента принять их. Это часто проявляется при реагировании на первое пожатие руки или при прикосновении во время измерения пульса и давления. Некоторые воспринимают даже простое прикосновение как вторжение на их территорию и могут обнаружить страх, боль или возмущение. С другой стороны, пациент, держа медсестру за руку, сжимая ее ладонь или прикасаясь к лицу, может выражать теплоту, благодарность или потребность в поддержке. Медсестра может проявить заботу, беспокойство или поддержку простым прикосновением к руке пациента. И, соответственно, резкое, грубое или неискреннее прикосновение может выражать противоположные чувства.

Прикосновение имеет и диагностическое значение. Медсестра может почувствовать холод, сухость, «гусиную кожу», жар, уплотнения, влажность, пульсацию, упругость, тремор, тепло и т.п.

Хотя **голос** обычно считается вербальной техникой, он также может передавать невербальные сообщения. Существует много вокальных характеристик, имеющих значение: интонации, скорость речи и звук. Медсестра, когда говорит спокойно, относительно медленно и не очень громко, демонстрирует расслабление, терпение и беспокойство о конфиденциальности разговора.

Спешка, несоразмерно теплое или холодное отношение, слишком официальные интонации речи медсестры демонстрируют отсутствие интереса, скуку или занятость. Эти невербальные сообщения смущают пациента и препятствуют процессу проведения интервью.

Пациент может чувствовать смущение и дискомфорт, если интервью проводит чрезмерно нервная медсестра, которая говорит громко и слишком быстро. Пациент, говорящий медленно, монотонно или вяло, может быть обеспокоен или находиться в состоянии депрессии. И наоборот, громкая или быстрая речь предполагает злость, боль, нетерпение или проблемы со слухом. Эти моменты особенно важно учитывать при обсуждении отдельных тем интервью.

*Пример.* Медсестра: «Что Вы думаете об операции?»

Пациент: «Я же говорил Вам, здесь не о чем беспокоиться, это всего лишь киста» (говорит громко, произнося слова сквозь зубы)

Вполне очевидно, что пациент выражает утомление, злость или раздражение при ответе на повторно заданный вопрос или беспокойство о возможном результате операции.

Медсестры и пациенты часто испытывают дискомфорт во время периодов молчания, возникающих во время интервью. Однако и **молчание** может быть важным инструментом в руках медсестры. Оно дает возможность:

- пересмотреть то, что стало известно в ходе интервью;

- собраться с мыслями;

- начать организовывать и систематизировать данные.

Часто неопытные медсестры пытаются заполнить паузы в разговоре повторением вопросов, что вызывает у пациента чувство беспокойства. Пациент может почувствовать, что на него давят и оказаться не в состоянии ответить. Молчание, которое возникло по вине пациента, может передавать дискомфорт, обдумывание ответа, смущение. Медсестра должна сознательно избегать слишком быстрого заполнения пауз. Это показывает, что она разделяет и уважает чувства пациента, тем самым укрепляя взаимоотношения медсестра-пациент.

Наиболее опытные медсестры используют **технику активного слушания** для улучшения взаимодействия с пациентом. Существует три стадии данного метода: выслушивание вербального компонента, идентификация существующих невербальных компонентов и тщательное определение важности обоих. Медсестры, которые учатся слышать не только то, что говорит пациент, но и то, что остается невысказанным, но выраженным невербально (жестами, телом и пр.) наиболее точно интерпретируют чувства и реакции пациента и идентифицируют особые проблемы, которые требуют дальнейшего изучения. Соответственно, это:

- позволяет пациенту лучше определить восприятие своей проблемы;

- побуждает пациента к подтверждению или объяснению своих данных;

- обеспечивает получение медсестрой более точных и полных данных о пациенте.

***Правила проведения интервью.***

Тщательно выберите место проведения интервью, убедитесь в уединении и удобном расположении пациента. Следует позаботиться о том, чтобы интервью не было прервано (отключить телефон, повесить на дверь предупреждающую табличку и пр.). Избегайте шумов, запахов, несоответствующего освещения и перепадов температуры. Отложите интервью, если этого требует состояние пациента. Создайте **обстановку доверия**, заботы и беспокойство о пациенте.

По возможности используйте пациента как первичный источник данных. Обращайтесь по имени и избегайте разговоров о нем с членами семьи или другими людьми в присутствии пациента.

Начните с вступления, рукопожатия и объяснения **цели интервью**, указывая его значение для медсестринского ухода.

Используйте терминологию, которая соответствует уровню понимания пациента. Говорите ясно и четко. Обсудите основные жалобы пациента в начале интервью. Поощряйте высказывания пациента, используя открытые вопросы и дополнительные утверждения. Обсудите общую информацию, прежде чем приступать к обсуждению личной информации.

Избегайте прерывания рассказа пациента, вопросов со словом «почему» и косвенных вопросов. Подтвердите свое мнение о реакции пациента, используя техники повторения и перефразирования. При необходимости обеспечьте реалистичную поддержку. Избегайте советов, высказывания мнений. Слушайте активно, поддерживайте контакт глазами и наблюдайте за невербальным поведением пациента.

Завершите интервью **кратким резюме** проблем пациента, включая предполагаемое медсестринское вмешательство. Занесите данные в документы как можно быстрее, вдали от кровати пациента, используя короткие записи, сделанные во время интервью.

**Тема 4. Общая характеристика метода анкетирования**

***Анкетирование*** – это письменный опрос, в котором общение исследователя и респондента опосредовано текстом анкеты.

***Анкета***– это объединенная одним исследовательским замыслом система вопросов, направленных на выявление количественно-качественных характеристик объекта и предмета исследования.

***Правила, которые необходимо соблюдать при составлении анкеты:***

1. Содержание вопросов, их формулировка и количество вопросов в анкете должны соответствовать возрасту респондентов.

2. Каждый вопрос должен быть логически отдельным. Он не должен быть «множественным», т.е. совмещать (явно или неявно) два или более подвопроса.

3.Нежелательно применение малораспространенных слов (особенно иностранных), узкоспециализированных терминов, многозначных слов.

4.Следует стремиться к краткости, лаконичности. Длинные вопросы затрудняют их восприятие, понимание и запоминание.

5.Вопрос должен быть, насколько это возможно, конкретным. Лучше касаться отдельных случаев, конкретных предметов и ситуаций, чем абстрактных тем и каких-либо обобщений.

6.Если в вопросе содержатся указания или намеки на возможные ответы, то спектр вариантов этих ответов должен быть исчерпывающим. Если добиться этого невозможно, то вопрос следует переформулировать так, чтобы в нем не было никаких подсказок.

7. Вопросы не должны понуждать респондентов к неприемлемым для них ответам. Если с содержательной точки зрения этого избежать трудно, то необходимо сформулировать вопрос так, чтобы у опрашиваемого была возможность ответить без ущерба для себя, «без потери лица».

8.Формулировка вопроса должна предотвращать получение стереотипных ответов. Такие шаблонные, ни к чему не обязывающие ответы обычно очень слабо насыщены полезной для исследователя информацией.

9. Следует избегать употребления в вопросах неприятных для респондента слов и выражений, способных вызвать его негативное отношение к вопросу.

10.Недопустимы вопросы внушающего характера.

Виды вопросов в анкете. По ***форме*** вопросы делятся на открытые и закрытые, прямые и косвенные.

***Закрытым*** вопрос называется в том случае, если на него в анкете приводится полный набор вариантов ответов. Такая форма вопроса в значительной степени сокращает время для заполнения анкеты и ее подготовки для автоматизированной обработки.

Закрытые вопросы могут быть альтернативными и неальтернативными. ***Альтернативные*** вопросы предполагают возможность выбора респондентом всего одного варианта ответа, в результате чего сумма ответов на все варианты, представленные в таком вопросе, всегда составляет 100 %. ***Неальтернативные***вопросы допускают выбор нескольких вариантов ответов, поэтому их сумма может превышать 100 %.

***Открытые*** вопросы не имеют вариантов ответов, а потому не содержат подсказок и не навязывают респонденту вариант ответа. Они дают ему возможность выразить свое мнение во всей полноте и до мельчайших подробностей. Поэтому с помощью открытых вопросов можно собрать более богатую по содержанию информацию, чем при использовании закрытых вопросов. Число строк для записи ответа зависит от характера вопроса и должно быть достаточным для того, чтобы респондент мог свободно выразить свою мысль (обычно от трех до семи). Формулируя ответ на открытый вопрос, респондент руководствуется только собственными представлениями. Открытые вопросы следует применять для получения данных по изучаемой проблеме, об особенностях словарного запаса и языка, о круге ассоциаций в связи с предметом опроса, о вербальных навыках, связанных со способностью формулировать свое мнение и аргументировать его.

В отдельных случаях используется ***полузакрытая форма вопроса***, когда перечень вариантов дополняется строкой для формулировки респондентом собственного варианта, если он отличается от приведенных в перечне.

***Прямым*** называется такой вопрос, формулировка которого предполагает ответ, одинаково понимаемый и исследователем, и респондентом. Если же расшифровка ответа предусмотрена в ином, скрытом от опрашиваемого смысле, то это ***косвенный*** вопрос (в безличной форме).

В зависимости от ***функции*** выделяют основные и вспомогательные вопросы. ***Основные*** вопросы направлены на сбор информации о содержании исследуемого явления, ***вспомогательные*** служат для подтверждения надежности получаемой информации.

Среди вспомогательных вопросов выделяют контрольные вопросы и вопросы-фильтры. ***Контрольные*** вопросы направлены на проверку искренности ответов. Они могут как предшествовать основным вопросам, так и ставиться после них. Иногда в качестве контрольных используют ***вопросы-ловушки****.* Это вопросы, на которые, будучи искренним, можно дать только один определенный ответ. Если респондент из-за невнимательности или недобросовестности дает другой ответ, то попадает в эту ловушку. Предполагается, что доверять его ответам на все другие вопросы также не следует, поэтому результаты таких респондентов обычно изымаются из дальнейшей обработки.

Необходимость в ***вопросах-фильтрах*** возникает тогда, когда исследователю нужно получить данные, характеризующие не всю совокупность опрашиваемых, а только ее часть. Для того чтобы отделить интересующую исследователя часть респондентов от всех других, задается ***вопрос-фильтр.***

***Композиция и оформление анкеты.***

Анкета– это своего рода сценарий беседы с респондентом. Началу такой беседы предшествует краткое вступление (обращение к респонденту), где излагаются тема, цели и задачи анкетирования, объясняется техника заполнения анкеты.

В начале анкеты располагаются наиболее простые и нейтральные по смыслу вопросы. Их цель – формирование установки на сотрудничество, задача – заинтересовать собеседника, ввести в курс обсуждаемых проблем.

Более сложные вопросы, требующие анализа, размышлений, размещаются в середине анкеты. К концу анкеты трудность вопросов должна снижаться, здесь обычно размещают вопросы о личности опрашиваемого.

Вопросы могут объединяться в блоки по тематическому принципу. Переход к новому блоку должен сопровождаться пояснениями, активизирующими внимание респондента.

Число вопросов должно быть ограничено: как правило, после 45 мин заполнения анкеты внимание респондента резко снижается.

***Процедура анкетирования и правила поведения анкетера.***

Анкетер должен представиться, объяснить цель своего прихода, цель исследования, рассказать, как и где будут использованы результаты анкетирования, а также подробно разъяснить правила заполнения анкеты и предупредить анкетируемых, что в случае затруднений следует обращаться только к нему, а не совещаться друг с другом по поводу ответов на вопросы.

При вопросе «Почему именно нас опрашивают?» следует доступным языком объяснить принцип составления выборки и заверить собравшихся в том, что участие именно этих респондентов как представителей выборки крайне важно для получения полной и достоверной информации.

При сборе анкет желательно по возможности тщательно просмотреть каждую. В случае пропусков следует узнать, почему респондент не ответил, и постараться привлечь его к повторной работе с этим вопросом. При отказе отвечать этот вопрос следует пометить («отказ»). Всеми способами следует избегать публичного отказа, так как это отрицательно действует на остальных.

При проведении анкетирования нужно вести себя дружелюбно, вежливо, избегать крайностей в поведении (сухость, официальность – разговорчивость, пристрастность). Необходимо терпеливо выслушивать все замечания респондентов, серьезно относиться к их мнению, не навязывать свою точку зрения.

***Правила поведения анкетера.***

1.Задача анкетирования – не просто получить ответы, а получить правдивые ответы. То, насколько эта задача может быть выполнена, зависит от поведения анкетера. Первое впечатление – очень значимый фактор в восприятии анкетера. Для анкетера предпочтительна неброская, но аккуратная одежда, важны улыбка, вежливость, энергичность, уверенность в себе. Благоприятное впечатление производит сочетание доброжелательности и требовательности.

2. Лучше встретиться с респондентами утром, заранее оговорив это время. При встрече анкетер должен представиться. Необходимо дать гарантии анонимности.

3.Объясняя цели проведения исследования, анкетер должен сделать особый упор на практических целях; не следует давать обещаний и гарантий выполнить все пожелания, высказанные в ходе анкетирования.