

Полученные результаты позволяют говорить о том, что разработанная коррекционная программа эффективна для детей старшего дошкольного возраста.

Результаты коррекционной работы показали, что дидактические игры и упражнения являются наиболее эффективным средством, с помощью которых дошкольники с нарушениями зрения учатся познавать окружающий мир. Это очень важно для адаптации детей в обществе зрячих людей.

В ходе работы подтверждено предположение о том, что дидактические игры и упражнения могут быть эффективным средством развития зрительного восприятия при соблюдении следующих педагогических условий:

- системности проведения коррекционной работы;
- создание интереса к процессу обучения;
- учёт возрастных и индивидуальных особенностей детей с нарушениями зрения;
- поэтапности обучения;
- учёт зрительных возможностей детей с нарушениями зрения;
- подбор специальных дидактических игр и упражнений, а также адаптация игр, применяемых в обучении с детьми без отклонений;
- подбор специальных методов и приёмов, обеспечивающих стимуляцию зрительного восприятия;
- учёт зрительных нагрузок.

Таким образом, можно говорить о необходимости использования дидактических игр и упражнений как средства интеграции к самостоятельному познанию окружающего мира. Можно рекомендовать шире использовать дидактические игры и упражнения в системе коррекционной работы по развитию зрительного восприятия с детьми, имеющими различные нарушения зрения.

Литература

1 Тупоногов, Б. К. Основы коррекционной педагогики : учебное пособие / Б. К. Тупоногов. – М.: Город Детства, 2008. – 299 с.

УДК 159.942:614.253.5:616.89-008.48

Е. Л. Стрельцова

ТРЕВОЖНОСТЬ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ

Представлены результаты эмпирического исследования особенностей личностной и ситуативной тревожности у медицинских сестер с эмоциональным выгоранием. Исследование проходило на базе Гомельской областной клинической психиатрической больницы выборка состоит из 80 медицинских сестер, средний возраст которых 36 лет со стажем работы в среднем 19 лет с применением диагностического инструментария: методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко, методика диагностики ситуативной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера (в адаптации Ю. Л. Ханина). Установлено, что у медсестер психиатрической больницы преобладает высокий уровень реактивной тревожности. Прикладной аспект исследуемой проблемы может быть реализован в организации профилактической и реабилитационной работы с медицинскими сестрами для снижения уровня эмоционального выгорания, восстановления психического здоровья.

Интерес к проблеме здоровья медицинских работников с каждым годом становится все более заметным. Анализ литературы, появляющейся в последние годы, показывает, что, несмотря на констатацию важности здоровья медицинских работников для успешной профессиональной деятельности, данная проблема остается недостаточно изученной.

Одним из первых отечественных исследователей, который вплотную занялся проблемой выгорания, является В. В. Бойко. Он пишет, что эмоциональное выгорание приобретает в жизнедеятельности человека [2, с. 30]. Эмоциональное выгорание В. В. Бойко определяет как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на психотравмирующие воздействия [2, с. 31]. Для него выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения, отчасти функциональный стереотип, позволяющий человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы [2, с. 31]. Само по себе выгорание, таким образом, В.В. Бойко считает конструктивным, а дисфункциональными – его следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами [2, с. 36].

Профессиональная деятельность медицинского работника, независимо от разновидности исполняемой работы, относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом.

«Медицинские работники имеют комплекс проблем и переживаний, включающий проблемы личностного плана, проблемы профессиональной деятельности и профессионального и бытового взаимодействия» [3, с. 103]. Переживания у большинства из них сопровождаются различными вариантами возбуждения, у части опрошенных Э. А. Соколовой, вызывают психосоматические заболевания и угнетения, и не у всех завершаются благополучно [3, с. 103].

Как пишет Э. А. Соколова, «специфическими проблемами, связанными с профессиональной деятельностью, являются проблемы сочувствия больному, проблемы и переживания из-за снижения рейтинга медицинского работника в обществе, проблемы и переживания из-за невозможности оказать помощь в адекватном объеме, проблемы общения с пациентами и родственниками» [3, с. 103].

«В качестве психотравмирующих можно выделить воспринимаемые проблемы материальных и организационных трудностей и проблемы ухода за больным» [3, с. 104]. «К условно психотравмирующим – проблемы оказания неотложной помощи больным, которых медицинский работник воспринимает как своих близких людей, нуждающихся в помощи. Условия возникновения на основе этого фактора внутриличностного конфликта является неэффективность действий медицинского работника и гибель больного» [3, с. 104].

В. Е. Орел выделяет личностный фактор в возникновении эмоционального выгорания и указывает на то, что личностные особенности вносят гораздо больший вклад в развитие выгорания по сравнению не только с демографическими характеристиками, но и с факторами рабочей среды [4, с. 40].

М. М. Скугаревской было выявлено, что личностные черты эмоциональной неустойчивости, конформности, робости, подозрительности, склонности к чувству вины, консерватизма, импульсивности, напряженности, интроверсии, а также локус контроля имеют значение в формировании синдрома эмоционального выгорания [1, с. 93]. «Психопатологические структуры синдрома эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья во многом основываются на личностной тревожности» [1, с. 93]. «Наиболее тесная связь определяется между личностными чертами и тревожно-депрессивным компонентом выгорания, психосоматическими и психовегетативными нарушениями» [1, с. 93].

Проведенное Н. В. Гафаровой исследование показало, что для группы медицинских сестер с низким уровнем выгорания характерен средний уровень личностной тревожности и низкий уровень реактивной тревожности, что свидетельствует о достаточных внутренних ресурсах для преодоления большинства стрессоров, с которыми приходится сталкиваться при выполнении своих профессиональных обязанностей [5, с. 42]. Профессиональная деятельность расценивается как социально значимая, отношение к пациентам и коллегам тактичное и уважительное [5, с. 43]. Кроме того, ведущим механизмом психологической защиты является рационализация, что также способствует более успешному профессиональному функционированию [5, с. 43]. Рационализация позволяет снизить эмоциональную напряженность, предотвратить дезорганизацию деятельности и поведения, а также поддержать свою самооценку максимально высоко [5, с. 43]. Для группы медицинских работников со средним уровнем выгорания характерен средний уровень как личностной, так и реактивной тревожности. Ведущими механизмами психологической защиты являются компенсация и отрицание [5, с. 44]. По мнению Н. В. Гафаровой для личности характерно отрицание тех аспектов внешней реальности, которые являются профессионально стрессогенными для медицинской сестры (например, роль помощника врача в лечебном процессе) [5]. Отрицание проявляется в попытках компенсировать для себя, субъективно, за счет фантазирования и иллюзий недостающие свойства, достоинства, поведенческие характеристики [5]. Это позволило Н. В. Гафаровой предположить, что бессознательное отвержение самого факта травмирующей ситуации, блокировка информации на стадии восприятия создает субъективное ощущение комфорта. Такой стиль поведения неминуемо ведет к напряжению и, как следствие, к дальнейшему выгоранию. В исследовании Н. В. Гафаровой третья группа – это медсестры с высоким уровнем выгорания. Основным механизмом психологической защиты у них является дистанцирование. Следствием его для личности становится невозможность получать обратную связь и социальную поддержку, а изнутри – профессиональная деятельность не приносит морального удовлетворения. Для сотрудников данной группы характерна выраженная нервно-психическая напряженность, низкая оценка персональных достижений, эмоциональная истощенность [5]. У медицинского персонала с высоким уровнем эмоционального выгорания наряду с этим выявлен высокий показатель личностной тревожности, который проявляется в восприятии широкого круга ситуаций как угрожающих [5]. Психотравмирующий опыт, как правило, вытесняется, но это не способствует снижению тревоги [5, с. 45].

Результаты исследования и их обсуждение. На первом этапе эмпирического исследования медицинским сестрам было предложено ответить на вопросы методики диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко для выявления эмоционального выгорания. Анализ результатов исследования, показал, что у большинства исследуемых нами медицинских сестер (61 %) выявлено выгорание. У 4 % медицинских сестер начинающееся «эмоциональное выгорание», однако у 35 % медицинских сестер эмоциональное выгорание не выявлено.

Далее с помощью методики диагностики ситуативной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера (в адаптации Ю. Л. Ханина) нами был исследован уровень реактивной и личностной тревожности у медицинских сестер с эмоциональным выгоранием и эмоционально не выгоревших медицинских сестер. Анализ результатов исследования показал, что преобладающим уровнем личностной тревожности у медицинских сестер с эмоциональным выгоранием (80 %) и эмоционально не выгоревших медицинских сестер (77 %) является средний (нормальный уровень). Высокий уровень личностной тревожности был выявлен у 14 % медицинских сестер с эмоциональным выгоранием и 10 % эмоционально не выгоревших медицинских сестер, низкий уровень – у 6 % и 13 % медицинских сестер. Статистически значимых различий по уровням личностной тревожности между медицинскими сестрами с эмоциональным выгоранием и эмоционально не выгоревших медицинских сестер не выявлено.

Преобладающим уровнем реактивной тревожности у медицинских сестер с эмоциональным выгоранием (80 %) является высокий уровень. Реактивная тревожность представляет собой тревожность как состояние на данный момент. Характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Преобладающим уровнем реактивной тревожности у эмоционально не выгоревших медицинских сестер (71 %) является средний (нормальный) уровень тревожности. С помощью критерия F^* -углового преобразования Фишера были выявлены статистически значимые различия по уровню реактивной тревожности между эмоционально выгоревшими медицинскими сестрами и эмоционально не выгоревшими медицинскими сестрами, что позволяет принять решение о том, что доля медицинских сестер с эмоциональным выгоранием, у которых отмечается высокий уровень реактивной тревожности, статистически значимо больше, чем у эмоционально не выгоревших медицинских сестер при 1%-ном уровне значимости. Полученные нами результаты не соотносятся с результатами Н. В. Гафаровой, по критерию личностной тревожности. Возможно, имеет значение возраст исследуемой группы. В нашем исследовании возрастной стаж 19 лет, что указывает на небольшую продолжительность существования эмоционального выгорания. Можно предположить, что у медицинских работников тревожность еще не стала личностной чертой; при нарастании динамики эмоционального выгорания, возможно прогнозирование нарастания уровня личностной тревожности.

Профессиональная деятельность медицинских сестер связана с ежедневным интенсивным общением и контактами с различными людьми. При этом успешность профессиональной деятельности в медицине во многом определяется личностными характеристиками специалиста, уровнем его адаптивности, отношением к своей работе. Важным средством формирования профессиональной компетентности специалиста в медицине является степень владения им психологическими знаниями, умение использовать их в межличностном общении с больными, коллегами и руководством, а также для успешного разрешения собственных внутриличностных проблем. В противном случае длительное воздействие профессиональных и личностных стресс-факторов приводит к возникновению у медицинской сестры синдрома эмоционального выгорания. Исследователи синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников указывают на то, что личностные особенности медицинских работников, в данном случае, тревожности как личностной, так и ситуативной, играют существенную роль, увеличивающую риск выгорания. Актуальность возрастает, когда речь идет о среднем медицинском персонале – медицинских работников.

Проведенное эмпирическое исследование позволило определить особенности личностной и ситуативной тревожности у медицинских сестер с эмоциональным выгоранием: преобладающим уровнем реактивной тревожности у медицинских сестер с эмоциональным выгоранием является высокий уровень.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о необходимости специально организованной профилактической и реабилитационной работы с медицинскими сестрами для снижения уровня эмоционального выгорания, восстановления психического здоровья, профессиональной и личностной эффективности врача с использованием личностно-ориентированных методик.

Литература

- 1 Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания / М. М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С. 3–9.
- 2 Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В. В. Бойко. – М.: Информац. Изд. Дом Фелин, 1996. – 256 с.
- 3 Соколова, Э. А. Психологические проблемы в понимании медицинских работников / Э. А. Соколова, В. И. Секун. – Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2007. – 124 с.

4 Орел, В. Е. Личностные детерминанты возникновения синдрома психического выгорания у медицинских работников / В. Е. Орел, Т. В. Большакова // Экология человека. – 2005. – № 3. – С. 40–44.

5 Гафарова, Н. В. Роль личностных характеристик в формировании синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала / Н. В. Гафарова // Известия УрГУ. – 2008. – № 60. – С. 42–47.

УДК 347.4

Д. О. Суровцев, Я. Р. Белоножко

ОТКРЫТЫЙ КОНКУРС КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ ПРОЦЕДУР ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАКУПОК В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В статье рассматривается механизм проведения государственных закупок товаров (работ, услуг) через процедуру открытого конкурса. При раскрытии темы научной работы автором предпринята попытка привести в соответствие нормы Закона Республики Беларусь от 13 июля 2012 г. № 419-З «О государственных закупках товаров (работ, услуг)». Выводы и предложения направлены на совершенствование правовых норм законодательства о государственных закупках.

Под открытым конкурсом понимается вид процедуры государственной закупки, представляющий собой гласный и конкурентный способ выбора поставщика (подрядчика, исполнителя) при осуществлении государственных закупок (далее – госзакупок), в рамках которого любой заинтересованный потенциальный поставщик (подрядчик, исполнитель) может представить свое предложение.

Исходя из условий применения иных видов процедур госзакупок, открытый конкурс проводится при одновременном наличии следующих критериев:

- а) ориентировочная стоимость годовой потребности предмета закупки составляет:
 - 1) 1000 БВ и более - для товаров;
 - 2) 3000 БВ и более - для работ (услуг) [1];
- б) товар (работа, услуга) не включен в следующие перечни:
 - 1) перечень товаров, государственные закупки которых осуществляются с применением биржевых торгов открытого акционерного общества «Белорусская универсальная товарная биржа», утвержденный Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 22 августа 2012 г. № 778 «О некоторых мерах по реализации Закона Республики Беларусь «О государственных закупках товаров (работ, услуг)» (далее – Постановление № 778);
 - 2) перечень товаров (работ, услуг), государственные закупки которых осуществляются с применением электронных аукционов, утвержденный Постановлением № 778;
 - 3) перечень случаев осуществления государственных закупок с применением процедуры закупки из одного источника (приложение к Закону Республики Беларусь от 13 июля 2012 г.);
 - 4) № 419-З «О государственных закупках товаров (работ, услуг)» (далее – Закон);
 - 5) перечень случаев осуществления государственных закупок с применением процедуры закупки из одного источника (приложение к Указу Президента Республики Беларусь от 31.12.2013 №590 «О некоторых вопросах государственных закупок товаров (работ, услуг)»);
- в) сведения о госзакупке не составляют государственные секреты (ч. 2 п. 1 ст. 40 Закона о госзакупках).