

будучай прафесійнай дзейнасці да асобы аптанта і вучня да вучэбна-прафесійнай дзейнасці; ідэі вальдорфскай сістэмы адукацыі як адукацыі самапазнання і самаразвіцця індывідуальнасці пры партнёрстве з педагогам у двухадзінстве пачуццёвага і зверхпачуццёвага вопыту духа, душы і цела. Асноўныя яе мэты: выхаванне цэласнай асобы, якая імкнецца да самаактуалізацыі, асобы, адкрытай да успрыняцця новага; ідэі з тэхналогіі самаразвіццёвага навучання, асноўная мэта якой развіццё асобы, якая самааудасканалываецца, фарміраванне самакіравальных механізмаў асобы; станаўленне індывідуальнага стылю дзейнасці; канцэпцыя школы самавызначэння, у аснове якой уяўленне аб тым, што станаўленне асобы уяўляе сабой разгортванне прадвызначэння, а роля педагога – стварэнне умоў для раскрыцця і рэалізацыі гэтага прадвызначэння; ідэі асобасна-арыентаванага навучання заснаваны на актуалізацыі суб'ектнага вопыту вучня, прызнанні і развіцці яго індывідуальнасці, самабытнасці, самакаштоўнасці; ідэі з тэхналогіі майстэрняў, сярод якіх прадстаўленне вучням сродкаў для самаразвіцця, асэнсаванне сябе, свайго месца ў свеце, перспектывы будучыні, ідэі тэхналогіі самаразвіцця М.Мантэсоры: абсалюгны давер да дзіцяці, цягліваць дарослых у чаканні адкрыццяў.

Без сумнення можна сцвярджаць, што ўсе названыя тэхналогіі ёсць лепшыя ўзоры прымянення цэласных сінергетычных надыходаў, заснаваных на пазіцыях навукі пра чалавека.

## **Я.Л.КОЛОМИНСКИЙ, М.А.ДЯВГО**

Республика Беларусь, Минск, УО «БГПУ им. М.Танка»

### **ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА В ПАЛАТЕ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ**

Во всех лечебных и оздоровительных детских учреждениях работа медперсонала, психологов и педагогов ведется примерно в следующих направлениях: исследуется круг личностных проблем ребенка, проводится медикаментозное лечение основного и сопутствующих заболеваний, по возможности организовывается досуг пациентов.

В то же время из поля зрения медиков и педагогов выпадает очень важный и существенный, на наш взгляд, для процесса лечения и оздоровления, пласт проблем. Эти проблемы заключены внутри каждой палаты. Многие специалисты сходятся во мнении, что психосоматическое состояние ребенка имеет непосредственную связь с окружающей его обстановкой. Но эту обстановку не изучают и не учитывают сегодня в детских лечебных учреждениях.

Наполнение больничных палат происходит зачастую хаотично, без наличия какой-либо определенной системы. Не учитываются возрастные и

социальные характеристики детей, их личностные качества, багаж психологической культуры и ценностных ориентаций, который привносит в палату каждый ребенок. Не всегда оптимально подбирается состав пациентов в палате, с точки зрения сочетания диагнозов.

Тем не менее, все вышеперечисленные характеристики и многие другие факторы влияют на психологический климат, складывающийся в палате, который, в свою очередь, может оказывать влияние на психосоматическое состояние пациентов и даже на результаты лечения.

В рамках нашего исследования впервые больничная палата рассмотрена как малая группа. Разработана схема изучения психологического климата в палате. Исследованы результаты лечения детей. Проведен статистический анализ зависимости результатов лечения от психологического климата в палате.

Исследование проводилось в клинике НИКИ радиационной медицины и эндокринологии «Аксаковщина» на базе эндокринологического детского отделения. Выборка пациентов составила 148 человек в возрасте от 8 до 16 лет. Все группы, участвовавшие в исследовании, являются разновозрастными. Из 32-х групп 67% составили группы девочек, 33% — группы мальчиков.

Методологической основой нашего исследования является представление контингента больничной палаты в качестве малой группы. Такой подход позволяет наиболее целостно охарактеризовать палату с точки зрения социальной психологии.

Целью исследования является выявление зависимости результатов лечения детей от психологического климата в палате.

Понятие психологического климата, применяемое ранее отечественными психологами исключительно к трудовым коллективам, в наше время значительно расширило рамки своего применения. Психологический климат изучается практически в любых малых группах. Понятие психологического климата, по мнению Г. М. Андреевой, раскрывается при обозначении трех слоев отношений: а) отношения между членами группы по вертикали; б) отношения между членами группы по горизонтали (групповая сплоченность, характер межличностных отношений и т. д.); отношение к совместной деятельности (удовлетворенность деятельностью, эффективность деятельности группы и т.д.).

В рамках нашего исследования, в силу отсутствия в больничной палате слоя отношений по вертикали, актуальными являются два последних ряда отношений. Причем, отношение к деятельности в группе - больничной палате, нам представляется как степень удовлетворенности общением, так как общение между членами группы и является основным видом совместной деятельности в палате. Численным значением данного понятия, в

нашем случае, является коэффициент удовлетворенности общением КУ, описанный Я.Л. Коломинским.

Такие же критерии оценки психологического климата считает ведущими и А.Н. Лутошкин. По его мнению, основными критериями оценки уровня оптимального психологического климата являются: групповая сплоченность-конфликтность; удовлетворенность-неудовлетворенность условиями деятельности.

Сплоченность группы, характеризуемая в отечественной социальной психологии чаще всего с помощью «стратометрической концепции групповой активности» А.В. Петровского, как трехуровневой модели групповой сплоченности, применительно к больничной палате также имеет некоторые особенности. Третий уровень, так называемый «ядерный» слой, или отсутствует полностью, в силу невозможности определения какой-либо общей цели, или может существовать очень незначительный промежуток времени. Таким образом, модель психологического климата в палате состоит, на наш взгляд, из следующих составляющих:

1. Сплоченность группы, которая включает в себя межличностные отношения, складывающиеся между членами группы и совпадение основной системы ценностей среди членов группы.

2. Удовлетворенность общением в группе.

Психодиагностический пакет состоит из следующих методик: социометрический эксперимент (Я.Л. Коломинский), опросник качества жизни (МИКЖ), разработанный С.В. Отчиком, методы опроса и изучения документации.

В результате изучения документации, в частности, историй болезни пациентов, были выявлены результаты лечения детей по медицинским показателям. С помощью общеклинической базы данных были отслежены случаи повторных госпитализаций детей, участвовавших в исследовании, в течение последующих трех лет. На основании полученных данных были выделены шесть категорий результатов лечения пациентов.

Исследование психологического климата показало, что из 32-х групп 53% составляют группы с благоприятным психологическим климатом, 21% составляют группы, имеющие противоречивый психологический климат, и 26% — группы с неблагоприятным психологическим климатом.

Корреляционный анализ данных позволил установить достоверные взаимосвязи между психологическим климатом в больничной палате и результатами лечения пациентов ( $p < 0.05$ ), что подтвердило предположение о влиянии психологического климата в группе на психосоматическое состояние членов группы.

Наиболее существенным фактором психологического климата в палате, влияющим на результаты лечения, является ЦОЕ. Наибольшие по-

ложительные значимые корреляционные связи были установлены именно между этими характеристиками ( $p < 0.01$ ).

Полученные результаты позволяют раскрыть сферу деятельности социального психолога в медицинских учреждениях, необходимость использования социальной психологии на самых ранних этапах оздоровления или лечения пациентов.

Применение несложных диагностических методик при распределении детей по палатам позволит оптимизировать процесс и результаты лечения и оздоровления, сократить период адаптации к новым условиям и создать благоприятный психологический климат в детских учреждениях.

**И.А.КОМАРОВА**

Республика Беларусь, Могилев, УО МГУ им. А.А.Кулешова

### **К ВОПРОСУ О ДЕТСТВЕ И ФИЛОСОФИИ ДЕТСТВА**

В последние десятилетия мир детства становится предметом пристального внимания и изучения ученых и практиков. Детство рассматривается как особая субкультура жизни человека, которая концентрирует в себе и человеческую мудрость, и детскую непосредственность.

Согласно мнения отечественного психолога Д.Б.Эльконина, детство возникло на том этапе эволюции животного мира, когда инстинктивные формы поведения перестали соответствовать усложняющимся взаимоотношениям с окружающей средой. Человеческий младенец рождается беспомощным существом, но в его беспомощности заключена огромная потенциальная сила: ребенок с помощью взрослых и во взаимодействии с ними постепенно овладевает всеми человеческими способами удовлетворения своих органических и духовных потребностей.

В различных культурах понятие и оценка детства и феномена «детскость» носят выражено противоречивый характер. Детство, как период человеческой жизни, можно охарактеризовать следующим образом:

- детство является автономным и свободным периодом жизни человека с его «положительной детскостью» как определенной ментальностью и свойствами интеллекта (отсутствие зашоренности ума, его незамутненность, информационная чистота, неперегруженность, бесстрашие и безоглядность поведения);

- детство – это не только период бурного развития ума и психики, но и время определения типа отношения к миру и самому себе, период развития особых свойств сознания, позволяющих преодолеть органическую узость интеллектуальности;