

В.В. КОРКУНОВ, Г.Г. ЗАК, К.В. КУЗЬМИН

**ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ЛИЦАМ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ**

Екатеринбург 2007

Министерство социальной защиты населения
Свердловской области

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Уральский государственный
педагогический университет»

Институт специального образования

В. В. КОРКУНОВ
Г. Г. ЗАК
К. В. КУЗЬМИН

**ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**
(историко-региональный аспект)

Учебное пособие

Екатеринбург 2007

УДК 371.9
ББК Ч430
К 66

Печатается по заказу Министерства
социальной защиты населения
Свердловской области в рамках
государственного контракта
№ 13 от 16.04.2007

Авторы-составители:

кандидат педагогических наук, профессор **В. В. Коркунов**,
кандидат педагогических наук, доцент **Г. Г. Зак**
Кандидат исторических наук, доцент **К. В. Кузьмин**

Рецензенты:

доктор педагогических наук, профессор кафедры современных
образовательных технологий Гуманитарного университета (г. Екатеринбург)

Т. Н. Стариченко

кандидат педагогических наук, доцент кафедры
специальной педагогики УрГПУ (г. Екатеринбург)

А. А. Гнатюк

Коркунов, В.В.

К 66

Оказание социально-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья (историко-региональный аспект) [Текст] : учеб. пособие / В. В. Коркунов, Г. Г. Зак, К. В. Кузьмин. – Екатеринбург : Издатель Калинина Г.П., 2007 – 67 с.

ISBN 5-901487-36-2

В пособии рассматриваются проблемы здоровья человека и инвалидности в историческом контексте. Дан историко-генетический анализ развития и оказания социально-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья в Уральском регионе.

Издание предназначено для социальных педагогов, психологов, специалистов-дефектологов и специалистов учреждений социальной защиты населения и образования.

УДК 371.9
ББК Ч430

ISBN 5-901487-36-2

- © Коркунов В.В., Зак Г.Г., Кузьмин К.В. [Текст], 2007.
- © ГОУ ВПО «Уральский государственный педагогический университет», 2007.
- © Министерство социальной защиты населения Свердловской области, 2007.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Эволюция понятия «здоровье человека».....	7
Основные этапы эволюции представлений о здоровье человека и возникновение необходимости социальной помощи....	7
Современные представления о понятии «здоровье» и проблемы развития организма человека в контексте адаптации.....	24
История развития системы оказания социально-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями в Уральском регионе.....	40
Ранний этап развития социально-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями в Уральском регионе.....	40
Развитие общего образования на Урале и зарождение системы педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.....	44
Развитие специальной педагогической помощи детям с ограниченными возможностями в Уральском регионе в конце XIX – начале XX вв.	50
Совершенствование специальной педагогической помощи детям с ограниченными возможностями в Уральском регионе в 30-е – 90-е г.г. XX века	59
Список литературы	65

ВВЕДЕНИЕ

Социальная политика любого цивилизованного государства направлена на сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения и гуманного отношения к тем представителям общества, которые в силу различных обстоятельств утратили здоровье и нуждаются в поддержке и помощи со стороны его представителей.

Однако само понятие «здоровье», лежащее в основе любой социальной модели оказания помощи и поддержки нуждающимся в ней, в различные исторические эпохи претерпевало существенные изменения. Истинный смысл данного понятия обусловлен целым рядом причин, наличие которых зависит от:

- социокультурного уровня развития общества;
- состояния экономики, определяющей благосостояние общества и возможности каждого человека приобщиться к благам цивилизации;
- национальных традиций, определяющих тот или иной статус человека с ограниченными возможностями здоровья в обществе;
- развития науки о здоровье человека, организации здравоохранения и отношения к здоровью человека как высшему благу общества.

Понятие «здоровье человека» эволюционировало в сознании людей от наиболее простой формы – физические кондиции индивида (наличие или отсутствие болезни) – до современного понимания, включающего в себя триединство физических, психических и социальных составляющих здоровья.

Современные концепции социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья, построенные на признании уникальности и самоценности человеческой личности, привели к разработке новых педагогических стратегий, поиску путей реабилитации личности с использованием идей гуманизма и построению таких образовательных технологий, которые позволяют приобщать к активной социально значимой деятельности в обществе все большее количество лиц с инвалидностью.

Социализирующая функция образования в отношении лиц с ограниченными возможностями (инвалидов) не вызывает сомнения. Более того, в последние годы роль образования в их социализации постоянно возрастает. Образование играет не только развивающую роль, но и становится механизмом защиты прав инвалидов, нуждающихся в организованной общественной поддержке их стремления к интеграции. Таким образом, образование выступает средством социальной защиты человека с ограниченными возможностями здоровья, повыше-

ния его социального статуса, инструментом вовлечения его в активные формы жизнедеятельности в обществе.

Оказание социально-педагогической помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности предполагает, что система образования должна быть открытой для свободного доступа в нее данной категории людей независимо от возраста, пола, образовательных возможностей и способностей. Категория доступности в этом случае выступает в роли основополагающего методологического принципа построения и функционирования образовательной системы в любой стране мира на основе свободного от дискриминации включения в нее человека с ограниченными возможностями здоровья. Включение в данном случае выступает в качестве основного и специфического этапа на пути к социальной интеграции этих лиц в обществе.

Как правило, любое ограничение или нарушение здоровья у индивида ассоциируется в сознании людей с наличием инвалидности. В последние годы данная проблема в России становится все более актуальной. В первую очередь это связано с тем, что количество инвалидов от года к году неуклонно растет, в том числе увеличивается контингент детей-инвалидов при явном демографическом кризисе. Кроме того, в России особенно остро встают и требуют своего разрешения вопросы социальной защищенности инвалидов, так как большинство из них по объективным причинам оказались среди малообеспеченной и невостребованной части населения. Ограничения, обусловленные состоянием здоровья, довольно часто, не позволяют им утвердиться в качестве полноправных граждан общества. В силу этого образование становится наиболее существенным и важным фактором реабилитации данной популяции лиц независимо от возраста.

Представленная работа рассматривает некоторые из актуальных вопросов оказания социально-педагогической помощи детям и взрослым с ограничениями жизнедеятельности в историко-генетическом плане. Исторический аспект проблемы оказания социально-педагогической помощи нуждающимся в ней наиболее актуален для настоящего периода развития России. Возвращение к историческим фактам и событиям, раскрывающим процесс возникновения и становления общественно-государственной системы оказания социально-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями, показывает, что Россия всегда стремилась демонстрировать миру приверженность общечеловеческим ценностям. Однако реализация принципов милосердия и гуманизма, добра и справедливости по отношению к лицам с ограничениями жизнедеятельности осуществлялась в соответствии с

русскими традициями, с учетом культурно-исторического наследия, экономических возможностей общества в оказании форм помощи.

История позволяет по-новому посмотреть и оценить вклад конкретных исторических личностей и представителей различных слоев русского общества в дело организации социальной помощи и поддержки нуждающимся в ней.

ЭВОЛЮЦИЯ ПОНЯТИЯ «ЗДОРОВЬЕ»: ИСТОРИКО – ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Основные этапы эволюции представлений о здоровье человека и возникновение необходимости социальной помощи

Археологические находки свидетельствуют о том, что в государствах Древнего мира (Египте, Месопотамии, Вавилоне, Индии, Китае) школы для лекарей использовались не только для оказания чисто медицинской помощи, но и для оказания помощи бедным, для санитарного надзора за состоянием рынков, колодцев, водопровода и т.д. Предпринимались попытки государства регламентировать деятельность медиков: гигиенические предписания содержались в законодательных актах, религиозных книгах (особенно их много в Талмуде и Коране).

При оценке медицинской помощи учитывалось материальное положение пациентов: за одну и ту же медицинскую помощь богатый пациент платил в несколько раз больше, чем бедный. И, наоборот, в случае неудачного лечения богатого пациента наказание врача было более строгим – при неудачном лечении раба с врача взимали денежный штраф, а в случае неудачного лечения богатого отсекали руку.

В древнегреческих городах-государствах деятельность врачей строго регламентировалась. В Спарте специальные чиновники должны были отбирать здоровых младенцев, а больных убивать. Эти чиновники также строго следили за соблюдением гигиенических правил, установленных в Спарте, в процессе подготовки воинов. Древние греки внесли свой вклад в понимание здорового образа жизни и его значение для здоровья.

Одной из серьезных социальных проблем античной древности стала проституция, существовавшая на вполне «законных» основаниях: храмы, где содержались «девушки, радушно принимающие путников», находились в основном на побережье, на островах и в городах, куда приезжало много чужеземцев. Между тем куртизанки были клеймены позором, не обладая никакими социальными правами. Как бы то ни было, легальная проституция, исходившая из законов гостеприимства и подкреплённая религиозными традициями, вела к распространению венерических заболеваний,

В Древней Греции лечебницы при храмах назывались асклепедонами в честь бога врачевания Асклепия. Имена детей Асклепия – Гигея, Панацея – стали нарицательными (гигиена означает здоровый,

панацея – несуществующее лекарство от всех болезней). Положение врача в Древнем мире было почетно.

Сложную проблему для древних государств представляли собой эпидемии и войны. Законами Древнего Рима предусматривались меры санитарного характера: запрещение пользования водой из загрязненного источника, контроль за пищевыми продуктами на рынках, соблюдение правил захоронения, выполнение требований по устройству общественных бань и т. д. Города обязывали нанимать и содержать так называемых «народных врачей», в обязанности которых входила охрана здоровья населения.

Четко организованная медицинская служба была и в римской армии, причем врачи когорт, легионов, военных госпиталей не только занимались лечением раненых и больных, но и следили за санитарным состоянием армии, т. е. выполняли обязанности по охране здоровья воинов. Римские водопроводы и бани до сих пор свидетельствуют о высокой гигиенической культуре античности.

Уже в античный период сложилась концепция, трактующая возникновение и развитие болезней, что ярко воплотилось как в языческих, так и в христианских представлениях о методах и приемах их предотвращения и лечения. Об этом свидетельствуют те рассказы о чудесах, сотворенных Иисусом Христом, которые стали неотъемлемой частью «Нового Завета», большая часть которых была посвящена исцелению больных. В тот период повсеместно господствовало убеждение, что бесы овладевают телом известных лиц, принуждая их действовать против воли. На болезнь же смотрели как на наказание за грех или как на действие злого духа, а не как на следствие физических причин. В такой ситуации лучшим врачом оказывался святой человек, которому дана власть в области сверхестественного; исцеление же воспринималось нравственным актом.

Так в Древней Руси считалось, что болезнь есть «бес», которого надо уметь изгнать из больного надлежащим заговором. Медицинская служба в Древней Руси всецело, за редчайшими исключениями, оказалась в ведении местных знахарей и колдуний.

Манипуляции колдунов и знахарок заключались в заговоре болезней на определенные предметы: болезнь заговаривали на уголек, на воду, на соль и т.п., то есть старались заговором перевести ее из больного в один из этих предметов, но потом заговоренный предмет уже нельзя было употреблять в пищу под угрозой опять «проглотить» болезнь.

Христианство на Руси внесло новые элементы в язычество, и элементы новой веры стали применяться в борьбе с бесами болезней.

В заговорах присутствуют обращения к деве Марии, архангелам и ангелам, а также к определенным святым, которые своею силою должны спасти человека от болезни.

Вплоть до XIII века каждые 3-5 лет недород регулярно вызывал голод. Сложился своеобразный устрашающий цикл: ненастье → неурожай → рост цен → голод → употребление в пищу суррогатов → эпидемия → «мор» (то есть резкое увеличение смертности). Те, кто не умирал от голода, подвергались другим опасностям. Потребление недоброкачественных продуктов (травы, испорченной муки, вообще негодной пищи, иногда даже земли, а также человеческого мяса) влекло за собою болезни, часто смертельные, или хроническое недоедание, которое подтачивало организм или убивало его.

В хрониках и легендах также встречаются многочисленные упоминания о вреде, который причиняли крысы и насекомые при хранении продуктов.

Таким образом, средневековый мир – это мир на грани вечного голода, недоедающий и употребляющий скверную пищу. Отсюда бра-ла начало череда эпидемий, вызываемых употреблением в пищу непригодных продуктов. Способствовало беспрепятственному распространению эпидемий и тогдашнее состояние городов, без канав и мостовых, где дома были не более чем протекающими трущобами, а улицы – клоаками. В Париже горожане хоронили покойников на кладбище, которое не было огорожено, прохожие пересекали его во всех направлениях, и на нем же устраивались базары.

Плохое питание и жалкое состояние медицины, частые эпидемии порождали страшные физические страдания и высокую смертность населения. Средняя продолжительность жизни была очень низкой и не превышала 30-ти лет. Отсюда вовсе неслучайным становится и резкое снижение брачного возраста – до 12-14 лет.

Физические дефекты встречались также и в среде знати, особенно в раннее средневековье. Так, на скелетах меровингских воинов были обнаружены тяжелые кариесы – следствие плохого питания. Младенческая и детская смертность не щадила даже королевские семьи. Детство оказывалось всего лишь переходным периодом, память о котором не стоило фиксировать, а в случае смерти ребенка – его ранний конец не заслуживал запоминания: детей много и далеко не все переживут критический возраст. Это отношение к детству оказывалось преобладающим, и люди старались родить как можно больше детей, дабы сохранить из них хотя бы нескольких.

Но все же плохое здоровье и ранняя смерть была уделом, прежде всего, бедных классов. Среди наиболее распространенных болезней

выделялись: туберкулез, гангрена, чесотка, опухоли, экзема, рожистое воспаление. Золотуха, часто туберкулезного происхождения, была настолько характерна для средневекового общества, что народная традиция наделила французских королей даром ее исцеления. Не менее многочисленными являлись болезни, вызванные авитаминозом, а также уродства и нервные болезни (эпилепсия). Тихие и яростные безумства лунатиков, идиотов и буйно помешанных – в отношении к ним средневековые колебались между отвращением, которое старались подавить посредством некоей обрядовой терапии («изгнание бесов из одержимых»), и сочувственной терпимостью, которая вырывалась на свободу в мире придворных (шуты сеньоров и королей), в играх и театрах.

Наконец, не менее значительную группу занимали «детские» болезни, которые старались облегчить с помощью множества святых покровителей. Но все же наибольшую опасность представляли массовые эпидемические заболевания. Прежде всего, это эпидемии «горячки», которую, как ныне считается, вызывало употребление в пищу спорыньи – эта болезнь появилась в Европе в конце X века. Именно горячечная болезнь лежала в основе появления особого культа, который привел к основанию нового монашеского ордена и к появлению, тем самым, нового типа орденов – госпитальеров.

Снедаемых жаром больных пользовали всегда одними и теми же средствами: процессиями, публичными молениями, проповедями в церквях, молитвами, обращенными к святым целителям и т.п.

Конечно же, первые монастырские больницы отличались крайне низким уровнем лечения и ухода за больными людьми: медицинская подготовка монахов была крайне недостаточной, а лечение «постом и молитвой» редко достигало своей цели. Кроме того, в периоды эпидемий больницы, строившиеся без учета элементарных санитарно-гигиенических условий, при скученности больных превращались в рассадники заразных болезней. Не случайно больницы называли «домами страданий», местом «юдоли» и «смерти».

На рубеже XI-XII вв. эпидемия горячки постепенно сошла на нет, что было связано с достижениями аграрной революции, в частности – с увеличением периода продовольственного предвидения и снижением опасности употребления в пищу суррогатов и ядовитых трав и кореньев. Кроме того, период 1150-1300 гг. стал временем потепления климата, что благоприятствовало развитию сельского хозяйства.

Однако на смену горячечной болезни пришла не менее страшная эпидемия другой болезни – проказы (или – лепры), причиной появления которой в Европе считается начавшееся в результате кресто-

вых походов общение с очагами инфекции на Востоке. Проказа обрекала человека на медленную, мучительную смерть посредством постепенного отмирания органов, обреченный человек умирал в течение нескольких лет.

Следствием распространения проказы стало появление специальных изоляторов для больных – лепрозориев, организованных специально учрежденным католической церковью для призрения прокаженных орденом св. Лазаря (отсюда – лазареты). В целом, в Западной Европе в XIII в. насчитывалось не менее 19 тыс. лепрозориев для больных проказой.

Отношение к увечным, прокаженным, вообще к пострадавшим от всяческих болезней людям оказывалось крайне неоднозначным, двойственным, включавшим самые разнообразные чувства – от ужаса до восхищения. Христианский мир раннего и классического средневековья не был милосерден и человеколюбив. Так, с одной стороны, лепрозории должны были находиться на расстоянии «полета камня» от города (камня, выпущенного из метательной машины) с тем, чтобы могло осуществляться «братское милосердие» по отношению к прокаженным. Страх перед прокаженным проявился и в его фактическом изгнании из мира людей.

Таким образом, по отношению к этим отверженным общество испытывало те же чувства, что к Христу – влечение и страх.

В число отверженных входили и убогие, калеки. Уродство являлось внешним знаком греховности, а те, кто был поражен физическими недугами, был проклят Богом, а, следовательно, и людьми. Церковь могла временно принимать их в своих госпиталях и кормить в дни праздников, а в остальное время убогим оставалось только нищенствовать и бродяжничать. Неслучайно слова «бедный», «больной», «бродячий» были синонимами. Сами госпитали чаще всего размещались у мостов, на перевалах – то есть, в местах, где обязательно проходили эти скитальцы.

В середине XIV в. в Европу пришла ещё более страшная эпидемическая болезнь, поставившая западный мир на грань жизни и смерти, – чума. В 1348 г. обрушилась великая эпидемия «черной смерти», которую средневековье не умело ни предупреждать, ни лечить. Эпидемия 1348 г., по разным оценкам, унесла жизни от четверти до трети населения (около 50 млн. чел.): Европа обезлюдела, прекратились войны, так как некому было воевать. В крупных европейских городах (Вена, Прага, Лондон, Париж, Марсель, Амстердам и др.) вымерло тогда от половины до 9/10 населения.

Эпидемии чумы, периодически повторявшиеся на протяжении полутора веков (вплоть до начала XVI в.) стимулировали галлюцинирующие процессии. Даже на уровне полуголодной жизни люди были предрасположены ко всем блужданиям разума: галлюцинациям, видениям. Им могли явиться дьявол, ангелы, святые и сам Бог. В литературе и живописи прочно закрепился сюжет «пира во время чумы» – общества накануне великих и жестоких потрясений.

Роль монастырей в этот период трудно переоценить: помимо раздач милостыни последние организовывали постоянную помощь нуждающимся через устройство монастырских госпиталей.

В то же время, эпидемии чумы положили начало становлению санитарного законодательства и городской санитарии. В 1348 г. в Венеции был организован санитарный совет, в ряде итальянских портов появились особые надзиратели – «попечители здоровья». В 1374 г. власти Милана создали за пределами города «чумной дом» для изоляции больных и подозрительных. В Модене, Венеции, Генуе, Рагузе, Марселе путешественники и купцы подвергались изоляции и наблюдению в течение 40 дней (карантины) «на воздухе и под солнечным светом». В начале XV в. в ряде крупных европейских городов (Париж, Лондон, Нюрнберг и др.) были учреждены должности «городских физиков» (врачей), выполнявших противоэпидемические функции, были выработаны правила («регламенты»), имевшие целью предотвратить занос и распространение заразных болезней. В связи с задачей предупреждения эпидемий проводились некоторые общесанитарные мероприятия - удаление падали и нечистот, обеспечение городов доброкачественной водой.

Таким образом, средневековый мир был далек от тех чувств милосердия и сострадания к ближнему, какие проповедовались христианской церковью. Идеализация нищенства вовсе не предполагала человеколюбия, а отношение к неизлечимо больным людям граничило с чувствами страха и отвращения. Сам же западный мир находился на грани жизни и смерти, а прогресс европейской цивилизации во многом диктовался необходимостью выживания.

Как уже отмечалось выше, на период классического Средневековья пришелся размах эпидемии проказы, поразившей в XII-XIV вв. не менее 300-400 тыс. чел. Однако, начиная с XV в., лепрозории приходят в запустение.

Странное исчезновение лепры явилось же, не каким-то успехом тогдашней медицины; это произошло по двум основным причинам: во-первых, благодаря изоляции больных, а во-вторых – вследствие прекращения контактов с восточными очагами инфекции после окончания

крестовых походов. Проказа отступила, с ее уходом отпала надобность в тех местах изоляции. Однако сохранилось то, что пережило саму проказу и сохранилось в неизменности даже в те времена, когда лепрозории будут уже пустовать не одно десятилетие. Сохранилась система значений и образов, связанных с персоной прокаженного; смысл его исключения из социальной группы и та роль, которую играет в восприятии этой группы его пугающая фигура, отторгнутая от всех.

Лепра исчезает, а фигура прокаженного почти изгладится в памяти людей, но – все эти структуры останутся неизменными, а роль прокаженного возьмут на себя бедняки, бродяги, неимущие больные, венерики, уголовные преступники и «повредившиеся в уме».

Вначале проказа передала эстафету венерическим болезням, вспышка которых стала одним из негативных следствий эпохи Великих Географических Открытий. Эпидемия сифилиса, завезенного моряками Христофора Колумба в 1494 г., началась в Неаполе и быстро распространилась по Европе, вызывая ужас. Венериков принимали во многие больницы для прокаженных.

Тем самым, взамен прежней проказы рождается новая, причем самими прокаженными она воспринималась с чувством нескрываемого ужаса. Постепенно лечение венерических заболеваний стало чисто медицинской проблемой. Как и больных лепрой, венериков изолируют от общества, но, одновременно, пытаются лечить. Наибольшее распространение получило лечение при помощи ртути, рекомендованное итальянским врачом Джованни де Виго, применялось в Европе около 400 лет. В конце XVII - начале XVIII вв. во Франции сложилась целая система «излечения» от сифилиса, состоявшая из трех основных этапов.

Первым этапом лечения стала публичная порка на городской площади. В то же время, названные меры применялись лишь в отношении «тех мужчин или женщин, каковые приобретут сию болезнь через беспорядочный образ жизни либо разврат, но не тех, кто заразится ею в браке или иным образом, как, например, жена через мужа либо кормилица через ребенка».

По окончании порки больному выдавалось свидетельство и направление в госпиталь, однако если болезнь была запущена, то человека и не пытались лечить. Остальных пользовали «великими лекарствами» - начинался второй этап излечения: первым делом шло кровопускание, за ним – немедленное промывание желудка; затем две недели отводилось на ванны (по 2 часа в день); затем вновь промывание желудка и завершала этап исповедь. Заключительный, третий, этап продолжался в течение месяца и состоял в ртутных притираниях, в конце

которого болезнетворные духи «изгонялись» с помощью двух клистиров и одного кровопускания. Еще две недели отводились на выздоровление. После всех названных процедур пациент объявлялся исцеленным, и его выписывали из госпиталя.

Опасность распространения венерических заболеваний привела в XVI в. к ужесточению мер по борьбе с уличной проституцией через организацию публичных домов (борделей). Последние располагались, как правило, вблизи или по ту сторону городских ворот (за пределами городской черты), реже вблизи рынка или больших проезжих дорог. Внутренняя жизнь борделей строго регламентировалась уставами и городскими властями.

Однако уже к началу XVII в. проблема венерических заболеваний отошла на второй план, как благодаря изоляции больных, так и вследствие применявшихся методов их лечения и предупреждения.

Главной проблемой вскоре становится еще более сложный феномен – безумие. Отношение к умалишенным в период средневековья было неоднозначным. С одной стороны, безумных изгоняли из городов. Сюжет «Корабля дураков» прочно вошел в западноевропейскую литературу и искусство. Города при первом же случае изгоняли умалишенных за пределы своих стен; и они так и скитались по отдаленным деревням, если только их не поручали заботам паломников или сердобольных купцов. При этом сама процедура изгнания безумца из города представляла из себя некое театрализованное действие «избавления от грехов»: вначале жертву подвергали публичной порке и клеймили, затем устраивалась своеобразная «игра в погоню» и, наконец, ударами розог безумец выдворялся за пределы городских ворот.

С другой стороны, уже в XIII в. предпринимались первые попытки выделить различные категории сумасшедших: «неистовые», или «буйные», нуждавшиеся в уходе, а вернее, в заточении в специальных госпиталях (первым из которых стал лондонский «Вифлеем», или «Бедлам», в середине XIII в.); так называемые «меланхолики», чьи недуги также имели физическое происхождение, нуждавшиеся скорее в священнике, нежели во враче; «одержимые», которых от недуга мог освободить лишь «экзорцист» (специалист по изгнанию дьявола). В начале XIV в. в английском праве утвердился принцип, что «слабоумный или безумный не отвечает за преступление».

Прошло столетие, и в середине XVII в. в литературе возникла уже другая тема – «Госпиталь для умалишенных» как «госпиталь для неизлечимых умалишенных». На место погружения на «корабль» приходит помещение под замок, в заточение. Отношение к безумцам меняется и в литературе, и на практике. Наступила новая эра – эра ра-

ционализма, когда все общество мыслилось как громадный часовой механизм, где каждый человек должен был выполнять строго определенную функцию. От безупречного же функционирования каждого «винтика» огромной машины напрямую зависела его безупречная и безостановочная работа.

В то же время, еще в средние века возникает и такая сфера призора, как попечительство об умалишенных. В середине XIII в. в Лондоне появился Вифлеемский госпиталь, а к 1676 г. в нем содержалось от 120 до 150 больных. Все больные проходили довольно своеобразный курс «лечения». Для «излечения» безумных использовались все те же известные «великие лекарства»: кровопускание, промывание желудка и рвотные средства.

Так описывают содержание безумца, считавшегося буйным: «Он был прикован к длинной цепи, продернутой через отверстие в стене и тем самым позволяющей надзирателю управлять им и, так сказать, держать его извне на привязи; на шею ему надели железный ошейник, соединенный короткой цепью с другим кольцом, которое, в свою очередь, скользило вдоль толстого железного прута, закрепленного вертикально, на полу и на потолке камеры».

В то же время, следует заметить, что практика содержания безумных исходила не из желания наказать или излечить умалишенного. Налицо явное осознание того факта, что тех, кого приковывают цепями к стенам камер, уже не люди, а звери, которыми овладело присущее им от природы бешенство. То есть безумие отождествлялось уже с буйством животного. Иными словами, безумный человек не является больным, так как животное начало безумца оберегает его от той хрупкости и болезненности, какая свойственна обычному человеку. Вплоть до конца XVIII в. было в ходу убеждение, что безумцы могут переносить тяготы жизни сколь угодно долго, о них нет надобности заботиться, и их не нужно укрывать от холода или обогревать.

Отправной точкой на рубеже XVIII-XIX вв. становится разграничение между «бедняками здоровыми» и «бедняками больными». Бедняк, способный трудиться, есть позитивный социальный элемент, который можно было обратить во благо государства. Напротив, больной – это «мертвый» груз, «негативный» элемент общества, вошедший в него только на правах чистого потребителя. Отсюда и вывод: «нищета – это бремя, имеющее цену; нищего можно приставить к машине, и он включит ее; болезнь же есть ни к чему непригодная ноша; ее можно лишь взвалить на плечи или сбросить; она всегда служит помехой и никогда – помощницей». Таким образом, здоровые нищие обязаны трудиться, но не по принуждению, а совершенно свободно, подчиня-

ясь лишь давлению экономических законов и необходимости выжить и не умереть с голоду. «Подать здоровому бедняку наиболее подходящую ему помощь, значит способствовать тому, чтобы он оказал ее себе сам, своими собственными силами и своим собственным трудом; милостыня, поданная здоровому и крепкому человеку, вовсе не акт милосердия, или же это акт милосердия неверно истолкованного, - оно возлагает на общество лишнее бремя... Потому-то мы и видим, что правительство и владельцы собственности сокращают бесплатные раздачи благ».

Таким образом, физически и умственно бедняк вновь включается в общество: его не следует изолировать, он теперь стал материалом и условием существования богатства. Бедность как таковая стала существенной необходимостью для богатства, поэтому ее следует выпустить из стен изоляторов и предоставить в его полное распоряжение.

В уходе за больным человеком нет никакой материальной необходимости. Это делается лишь по велению сердца.

Таким образом, в эпоху Просвещения становится ясным, что, хотя в призрании убогих и нет никакой материальной (рациональной) необходимости, тем не менее, благотворительность является первым и абсолютным долгом общества, ничем не обусловленным, так как именно она – условие его существования. Забывая и не заботясь о немощных и убогих, общество тем самым обрекает себя на самоуничтожение. Однако относительно конкретных форм этой благотворительности общественная мысль XVIII в. пребывала в сомнениях. Возникало сразу несколько вопросов.

1. Следует ли понимать «общественный долг» как абсолютное обязательство для общества?

2. Следует ли государству взять благотворительность в свои руки?

3. Государство ли должно строить госпитали и распределять помощь?

Незадолго до революции во Франции по всем этим вопросам в публицистике разгорелась целая дискуссия. Выявились две точки зрения.

- Призывы к установлению государственного контроля за всеми благотворительными учреждениями, так как «общественный долг» есть, в конечном счете, «долг общества», а, следовательно, – и государства. Выдвигалось предложение учредить постоянно действующую комиссию по контролю за всеми госпиталями королевства, а впоследствии – создать несколько крупных больниц, где мог бы быть обеспечен надлежащий уход за больными бедняками.

- Общественный долг – это долг общественного человека, а не самого общества. Таким образом, для того, чтобы установить возможные формы благотворительности, следует определить, какова природа и каковы пределы чувства жалости, сострадания, солидарности, присущих общественному человеку и способных объединить его с ему подобными.

Таким образом, вырисовываются условия оказания помощи больным людям, условия, при которых существует новая благотворительность.

1. Больные должны быть распределены по разным сферам, в зависимости от их принадлежности к тому либо иному кругу людей.

2. Сама благотворительность должна сочетать в себе как можно больше живого, естественного чувства заботы и сострадания и, в то же время, должна быть экономически справедливой и обоснованной, то есть – выгодной.

Исходя из второго условия, строительство обширных госпиталей и больниц, содержание которых обойдется очень недешево, экономически нецелесообразно; помощь следует распределять непосредственно между семьями больных, что даст, по мнению де Немура, тройную выгоду. Во-первых, выгода эмоциональная: семья не перестанет испытывать подлинную жалость к больному, хотя и видит его каждый день. Во-вторых, выгода экономическая: отпадет необходимость предоставлять больному кров и пищу, ибо дома они ему обеспечены. В-третьих, выгода медицинская: не говоря уже о том, что дома больной получит особенно тщательный уход, он к тому же будет избавлен от гнетущего зрелища госпиталя (своеобразного «храма смерти»).

Таким образом, гуманизация общественной жизни, к которой вела эпоха Просвещения, вовсе не отменяла, а дополняла те рациональные начала, которые были заложены в ее основу еще в XVI-XVII вв. Приближение же призрения за больным бедняком к его семье достигало, как казалось, сразу двух целей; во-первых, «одушевления» и очеловечивания оказываемой помощи, а во-вторых, экономии государственных средств в организации медицинского обслуживания.

Таким образом, практика изоляции была ограничена в отношении всего, что касалось прегрешений против морали, семейных конфликтов, вольнодумства в его «легких» формах, однако сама изоляция сохранила свою ценность как в качестве «заточения безумных», так и как место заключения нищих.

Изоляция стала играть две важнейшие функции: с одной стороны, функцию врачебного ухода и лечения слабоумных, за которыми

неспособны присматривать неимущие семьи; с другой стороны – функцию «исключения из общества». В то же самое время, изоляция уже не выступает полным и абсолютным уничтожением свободы. Конечно же, ее первейшая цель – пресечь любые контакты безумца с миром разума, и в этом смысле она остается заточением; но она должна иметь выход «вовнутрь», в то пустое пространство, где безумие могло бы обрести свободу самовыражения.

Итак, сама изоляция приобрела новый смысл – в качестве внутренней свободы. Итогом таких изменений стало возникновение на рубеже XVIII-XIX вв. психиатрических лечебниц, а излечение безумных стало наконец-то делом и обязанностью врачей.

Век Просвещения привел также к переосмыслению опыта больниц как изоляторов, и в целом – всего предшествовавшего опыта медицины. В 1760-1770-е гг. внимание привлекла проблема возникновения эпидемий. Во Франции в каждом финансовом округе врач был обязан следить за эпидемиями, и в случае заболевания одной и той же болезнью 4 или 5 человек направлялся врач с целью назначения лечения. В то же время, выяснилось, что невозможно создать эпидемическую медицину, не решив целого ряда проблем:

Во-первых, необходимо было согласование действий врачей с полицией. В обязанности последней должно было входить: наблюдение за размещением свалок и кладбищ; контроль за торговлей хлебом, мясом и вином; регламентация деятельности скотобоен, красилок; выявление вредных для здоровья людей местностей и т.п.

Во-вторых, следовало установить для каждой провинции «правила регулирования здоровья», которые бы описывали способы питания и ношения одежды с целью предотвращения появления эпидемий. «Эти заповеди должны стать как молитвы, чтобы даже самые невежественные лица и дети смогли бы их повторить. (Следует зачитывать их) на проповеди, мессе, во все воскресенья и праздники».

В-третьих, возникала необходимость в создании корпуса санитарных инспекторов, в обязанности которых входило бы наблюдение за территориями и контроль за деятельностью местных врачей.

Век Просвещения дал весьма оригинальное толкование причинам существования болезней, происходившим из реалий исторической эпохи и среды. Так, считалось, что в средние века, в эпоху войн и голода, болезни возникали из чувства страха и истощения (лихорадки, горячки, проказы, чума и т.п.); в XVI-XVII вв. возникло стремление к роскоши и чревоугодию (отсюда – венерические болезни, «закупорки» внутренних органов и крови); в XVIII в. начались поиски удовольствий через воображение, люди полюбили театры, книги, возбуждались

бесплодными беседами; ночью – бодрствовали, а днем – отсыпались: отсюда – истерии, ипохондрии и нервные болезни. Народы же, не знающие войн, жестоких страстей и праздности, не знают и болезней.

Отсюда, главная задача медицины – политическая. Борьба против болезней должна начаться как война против «плохого» правительства. Только полное освобождение человека от нищеты и тирании даст полное и окончательное излечение от болезней. В свободном же обществе, где исчезнет неравенство и воцарится согласие, врачу достанется лишь преходящая роль – давать законодателю и гражданину советы, как привести в равновесие душу и тело, а нужда в больницах отпадет сама собою.

Все эти мифы ныне представляются не более чем мечтаниями о праздничном человечестве на открытом воздухе, где живет только молодость, а старость не знает зимы. И, тем не менее, два этих мифа сыграли в дальнейшем огромную позитивную роль: связав медицину с судьбами государств, выведя ее за рамки клиник и больниц, они явили ее реальное предназначение, дав толчок развитию концепции общественного здоровья. К сфере врачевания и техник излечения больного человека прибавилась не менее важная сфера – сфера знаний о здоровом человеке и об основах «здорового образа жизни», предполагавшего «разумное» сочетание работы и празднеств.

Длительное обсуждение проблем организации медицинской помощи привело к постепенному выявлению тех принципов, на которых должна была основываться современная медицина (в плане оказания социальной помощи нуждающимся больным):

I. Принцип «коммунализации» помощи. Именно органы местного самоуправления («коммуны») должны стать ответственными за организацию медицинского обслуживания в своих районах. Каждая коммуна должна была отвечать за состояние нищеты и изыскивать способы оказания помощи беднякам. Коммуны имели право вводить местные налоги на организацию медицинского обслуживания. Возникла идея «участкового врача», для которого «жизнь власть имущих и богатых не более драгоценна, чем жизнь слабых и неимущих». Функции местного врача не ограничивались лишь медицинской практикой, а понимались куда шире: во-первых, он играл экономическую роль, распределяя помощь; во-вторых, моральную (как «надзиратель за моралью как за общественным здоровьем»).

II. Сочетание теории и практики в подготовке квалифицированного врача. Теоретическое образование, полученное в медицинских школах и на медицинских факультетах университетов, должно быть пополнено: во-первых, временем фельдшерской практики на комму-

нальном уровне; во-вторых, периодом врачебной практики в больницах. Кроме того, в жизнь вошло обязательное лицензирование как врачебной, так и фармацевтической деятельности.

К аналогичным выводам пришли и в Англии. Так, еще по закону 1722 г., запрещалось оказывать больным помощь на дому в какой бы то ни было форме: неимущего больного следовало препроводить в госпиталь, где он мог бы превратиться в анонимный объект общественного милосердия. Минуло чуть больше 70-ти лет и в 1796 г. появился закон, по которому предшествующее положение признавалось «неуместным и притеснительным», ибо оно препятствует «ряду достойных людей получать помощь на дому от случая к случаю», а других – лишает «умиротворения, сопутствующего нахождению их в домашней обстановке». Ситуация кардинальным образом меняется: в каждом приходе были назначены надзиратели, которые решали, какую помощь возможно оказывать неимущим больным, находящимся дома. Были разработаны даже проекты создания системы медицинского страхования. Так, в 1786г. был разработан проект «Universal friendly or benefit Society» («Общества всеобщей дружбы, иначе выгоды»). По проекту, подписавшиеся крестьяне и прислуга могли рассчитывать на помощь на дому по болезни или при несчастном случае; в каждом приходе уполномоченный на то аптекарь поставлял бы необходимые лекарства, половина стоимости которых оплачивалась бы приходом, а другая половина – самим Обществом.

Параллельно во второй половине 1780-х гг. во Франции был впервые поставлен вопрос о ликвидации скученности больных в больницах и необходимости размещения больных в зависимости от характера болезни в отдельных зданиях. Первоначально, исходя из тезиса, что «госпиталь порождает болезни», больницы как таковые попытались ликвидировать вовсе, что вскоре привело к нежелательным результатам. Так, Комитет по бедноте Национального Собрания полагал, что единственно возможное место исправления болезней – это семья. Здесь «стоимость» болезни для общества сводится к минимуму, исчезает риск ее усложнения. В семье болезнь находится в «естественном» состоянии и свободно предоставлена регенерирующим силам природы. Кроме того, взгляд близких обращает на нее живую силу доброжелательности и сдержанного ожидания. «Несчастье возбуждает своим присутствием благотворное сострадание, рождает в сердцах людей настоятельную нужду принести облегчение и утешение; уход, предоставляемый несчастным в их собственном убежище, использует этот изобильный источник блага, расточающий особую благодать».

Без сомнения, существовали больные, совсем лишенные семьи, или столь бедные, что живут «набившись в чердаки». Для таких следовало создать «коммунальные дома бедных», которые должны функционировать как заменители семьи и взаимно распространять сострадающий взгляд.

Таким образом, больничные учреждения, порождающие болезни, должны были исчезнуть. Имущество больниц подлежало национализации, а роль государства неминуемо при этом возрастала. Для координации усилий в деле оказания квалифицированной помощи на дому планировалось создать центральную администрацию (своеобразное «медико-экономическое сознание нации») с тремя важнейшими функциями.

1. Универсальное восприятие и изучение болезней.
2. Выделение необходимых сумм для помощи несчастным.
3. Финансирование «коммунальных домов» и распределение специальной помощи семьям бедняков, которые самостоятельно ухаживают за своими больными.

Однако принцип «децентрализации» медицинской помощи столкнулся сразу с целым рядом проблем: во-первых, возникла проблема местного медицинского персонала; во-вторых, оставались сложные и эпидемические болезни, требовавшие клинического лечения. Еще в 1788 г. специальная комиссия французской Академии наук разработала принципы строительства больниц нового типа и внесла рекомендации строить отдельные больничные здания (павильоны) параллельно друг другу с достаточными интервалами между ними (так называемое «павильонное» строительство). Однако идея павильонного строительства была осуществлена значительно позднее – лишь в 1846 г. во Франции по этому принципу была построена больница «Ларибосье», ставшая образцом для больничных заведений в Западной Европе и США.

Тем самым идея существования больничных заведений реабилитировала себя, но уже в новом качестве: больницы должны играть двойную роль: с одной стороны, они необходимы больным без семей, а также в случаях заразных, тяжелых и сложных болезней, с которыми врачи не сталкиваются в повседневной практике. С другой стороны, больница понимается как необходимая мера защиты (здоровых людей – от болезни; больных – от невежественной практики; одних больных людей – от других).

Таким образом, век Просвещения подготовил базу для реформы медицины, которая растянулась в ведущих европейских странах вплоть до середины XIX в. Были созданы условия для ликвидации

изоляции больниц от общества, а активно практикующий врач стал новым символом медицины.

Появление социального законодательства по охране здоровья во второй половине XIX в.

Надо заметить, что первые серьезные попытки законодательной охраны здоровья работающих были предприняты в конце XVIII в. в наиболее развитом промышленном центре Великобритании – Манчестере. Усилиями врачей Т. Персиваля и Дж. Ферриера в 1796 г. было создано Манчестерское санитарное бюро, поставившее своей задачей как оздоровление условий труда и быта рабочих, так и законодательное ограничение продолжительности рабочего дня. Результатом деятельности Бюро стало появление первого фабричного закона 1802 г., который хотя и игнорировался предпринимателями, но стал первой попыткой улучшения санитарно-гигиенических условий труда пролетариата.

В 1830-1840-е гг. положение работающих на английских фабриках привлекло внимание британского парламента. В 1832 г. был принят Билль об обследовании состояния фабрик, создавший условия для исследований в области фабричной гигиены. В 1842 г. в результате работы парламентской комиссии лорда Эшли был принят акт, запретивший ночную работу подростков и детей, ограничивший их дневной труд и впервые установивший правительственную фабричную инспекцию. Фабричные инспектора внесли большой вклад в области эпидемиологии, коммунальной и пищевой гигиены на промышленных предприятиях.

Чуть раньше, в 1838 г., был проведен закон, устанавливавший систему точных отчетов о родившихся и умерших, а также учредивший должности главных регистраторов в крупнейших городах. На его основе, по инициативе Т. Смита, в 1840 г. было создано «Общество оздоровления городов», а в 1842 г. – «Общество улучшения жилищ рабочего класса». Наконец в 1848 г. парламент принял закон об устранении санитарных вредностей и предупреждении заболеваний, по которому в случае поступления жалоб на санитарные недочеты на предприятиях местные власти должны были принимать энергичные меры. На основании закона 1848 г. в промышленных центрах (Ливерпуль, Лондон и др.) учреждались должности санитарных врачей. Тогда же, в 1840-е гг., создается правительственное учреждение – Главное управление по охране здоровья, виднейшими деятелями которого были лондонские санитарные врачи Дж. Саймон, Э. Чедвик. Итогом работы Главного управления стало появление исследований, показывавших влияние условий труда и продолжительности рабочего дня на состоя-

ние заболеваемости и смертности среди рабочих, а также воздействие факторов недостаточного питания на здоровье бедноты.

Мероприятия первой половины XIX в. оказались довольно противоречивыми: с одной стороны, по замечанию Дж. Гунтера, «санитарно-полицейские законы остались мертвой буквой», так как их проведение было возложено в первую очередь на самих предпринимателей; с другой же стороны – они положили начало проведению комплексных исследований в области социальной статистики, показывавших реальное состояние дел на предприятиях английской промышленности. По сравнению с другими европейскими странами английские фабричные и санитарные законы хоть в какой-то степени контролировали действия промышленников. Не случайно К. Маркс отмечал, что «положение наших собственных дел (в Германии.) ужаснуло бы нас, если бы наши правительства и парламенты назначали периодически, как это делается в Англии, комиссии по обследованию экономических условий, если бы эти комиссии были наделены такими же полномочиями для раскрытия истины, как в Англии, если бы удалось найти для этой цели таких же компетентных, беспристрастных и решительных людей, как английские фабричные инспектора, английские врачи...». С 1881 г. О. Бисмарк проводит беспрецедентную по тем временам акцию – вводит комплекс тщательно разработанных законов о социальном страховании: на случай болезни, в связи со старостью и инвалидностью в 1883г. и при несчастных случаях в 1884г. Действие законов, однако, распространялось лишь на часть рабочих, за счет которых и проводилось само страхование, что стало основанием для резкой критики в рейхстаге со стороны видного деятеля СДПГ Августа Бебеля. В конце 1880-х гг. политика репрессий и непоследовательного социального маневрирования О. Бисмарка зашла в тупик. 1889-1890 гг. стали рекордными по количеству забастовок (более 1100), принимавших все более массовый характер. В этих условиях, Вильгельм II, претендовавший на роль «народного монарха», отменил всякие ограничения в создании и деятельности рабочих союзов и ассоциаций. В 1896 г. принимается Германское гражданское уложение, где впервые в европейской практике утверждались принципы социальной справедливости, и вводилось повсеместное рабочее страхование.

Примеру Германии последовали и другие европейские страны. Так, в 1908-1910 гг. широкие социальные реформы были проведены в Великобритании. Инициатором их стала находившаяся в то время у власти либеральная партия во главе с Г. Асквитом. В апреле 1908 г. министерство торговли, в ведении которого находился рабочий вопрос, возглавил известный в будущем английский политик Уинстон

Черчилль. Начав с установления 8-часового рабочего дня в угольной промышленности, У. Черчилль получил разрешение премьер-министра на проведение комплекса законов, направленных на смягчение противоречий между рабочим классом и предпринимателями. Первым таким законом стал закон «О создании бирж труда». По замыслу министра биржи могли в какой-то степени уменьшить тревогу, существовавшую в стране в связи с ростом безработицы. Они должны были помочь безработным в подыскании работы, а предпринимателям – в найме рабочей силы. Дело в том, что иногда имели место случаи, когда безработица в одном районе совпадала по времени с нехваткой рабочей силы в другом. Биржам труда надлежало увеличить мобильность в области использования трудовых ресурсов. В то же время они освобождали и предпринимателей от расходов, связанных с подысканием квалифицированной рабочей силы. За законом о биржах труда последовал закон о страховании по безработице. Были введены пенсии для престарелых, а также страхование по болезни, инвалидности и в связи с увечьем на производстве. Стратегия либеральной партии состояла в том, чтобы предвосхитить требования рабочего класса и, тем самым, нейтрализовать влияние лейбористов, находившихся тогда на левом фланге британского политического фронта.

Таким образом, к началу XX в. наблюдается становление социального законодательства в ведущих европейских странах, получает широкое распространение социальное страхование на случай трудового увечья или профессионального заболевания. К рискам, подлежащим обеспечению, были причислены инвалидность, старость, болезнь, безработица.

К концу XIX началу XX вв. общественная гигиена (социальная медицина) сформировалась как наука, изучающая влияние социально-экономических факторов на здоровье различных групп населения. Во многих странах, в том числе и в России, стали создаваться научные общества по проблемам общественного здравоохранения, так как появились специалисты в области социальной медицины, занимающиеся и практикой, и научными исследованиями.

**Понятия «здоровье»,
«ограниченные возможности здоровья»
и проблема развития организма человека
в контексте адаптации**

Социальные аспекты жизни и уровень экономического развития населения, вне сомнений, отражаются на здоровье человека и воспроизводстве населения. В нашей стране за последние годы резко сокра-

тилась рождаемость. Помимо этого уровень заболеваемости новорожденных увеличился с 82,4 до 173,7 случаев на тысячу. По оценкам специалистов к 2015 году доля здоровых новорожденных может сократиться до 15-20% от общего числа детей. Функциональные отклонения выявляются у 33-50% новорожденных, из них у 70% детей имеются начальные признаки патологии опорно-двигательного аппарата, у 30% – наблюдается функциональная неполноценность кардиореспираторной системы [Г. Н. Сердюковская, У. Кляйнпетер].

Анализ состояния здоровья детей в динамике показывает, что с возрастом происходит увеличение доли детей с отклонениями в физическом развитии, у 15% детей школьного возраста отмечается дефицит массы тела. Повышенное артериальное давление у 10-14-летних школьников обнаружено у 4,2% мальчиков и 6,9% девочек, а к 15-17 годам возрастает до 15 и 10% соответственно [В. Н. Кардашенко, Н. Н. Суханова].

Особенностью современной патологии в данном возрасте является учащение перехода острых форм заболеваний в хронические. Так, во время обучения распространенность хронических заболеваний у школьников увеличивается в 1,5 раза. Число здоровых детей снижается в 4-5 раз и не превышает 20-25% от общего их количества, в результате чего 50-60 % выпускников имеют ограничения в выборе профессии. Резкое ухудшение здоровья происходит в 4-5-х классах, что объясняется началом нового этапа обучения со значительным увеличением учебной нагрузки, которые приходятся на самый ранимый возрастной период школьников – период полового созревания [Н. Ф. Байдалова и др.].

Многолетняя тенденция ухудшения здоровья детей и учащейся молодежи в дальнейшем сказывается на качестве трудовых ресурсов и воспроизводстве поколений. За последние пять лет рост инвалидности в целом составляет 8-10% при резком увеличении числа детей-инвалидов [Р. Т. Бабина]. Растет число детей с грубыми врожденными аномалиями нервной системы, которые в большей части случаев являются следствием антисоциального образа жизни родителей. Ежегодно рождается большое количество детей, у которых один или оба родителя страдают алкоголизмом. Опасное распространение среди молодежи получает в последние годы употребление наркотических и токсических веществ. По оценкам специалистов к 2005 году количество наркоманов в России достигло 3 миллионов [Н. А. Фомин, В. А. Бароненко и др.]. Смертность от передозировки наркотиков за последние годы возросла в два раза. В ряде регионов страны отмечаются много-

численные случаи использования синтетических гормональных препаратов.

В России самый высокий в мире процент курильщиков (55-60% мужчин и 25-30% женщин). Все это негативно сказывается на репродуктивности населения и здоровье нации. Становятся привычными тревожные данные о систематическом ухудшении физиологических функций, снижении уровня физической и двигательной подготовленности детей [И. И. Брехман].

Известно, что некоторые заболевания детей можно предупредить средствами физической культуры. Однако и в этой сфере деятельности есть много нерешенных проблем. Так, занятия физической культурой и спортом оказывают общее профилактическое воздействие на организм человека, повышают уровень его резистентности, что способствует увеличению сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям окружающей среды, отказу от вредных привычек, и повышению уровня двигательных навыков. В то же время, по данным социологических исследований [Б. Н. Чумаков], лишь небольшая часть населения придерживается принципов здорового образа жизни. У большинства населения, особенно у детей и молодежи, отсутствует мотивация к здоровому образу жизни. Молодые родители мало внимания и времени уделяют физическому воспитанию своих детей.

В большей части развитых стран мира существуют физкультурно-оздоровительные программы, которые носят комплексный характер. Широко рекламируется рациональное питание, оптимальный двигательный режим и активный отдых.

Закономерности роста и развития, существенно зависят от социальных, экономических, санитарно-гигиенических и других условий. Само понятие «физическое развитие» различные авторы трактуют по-разному. Так, известный антрополог В. В. Бунак дает следующее определение: «физическое развитие есть некоторая условная мера физической дееспособности организма, определяющая запас его физических сил, суммарный рабочий эффект, обнаруживающийся как в одномоментном испытании, так и при длительном сроке воздействия». П. И. Башкиров под физическим развитием понимает единство морфологических и функциональных особенностей организма. Более широкое определение дает В. Н. Левин, заменяя физическое развитие термином «физическое состояние», подразумевая при этом комплексную оценку состояния здоровья, физиологических и функциональных показателей. Под физическим развитием В. Г. Властовский понимает комплекс морфо-функциональных признаков, характеризующий возрастной уровень биологического развития организма.

С комплексных позиций подходит к вопросу трактовки «физическое развитие» А. Г. Апанасенко, считая, что каждый человек как социальная единица должен рассматриваться в трех аспектах: социально-психологическом, органическом (морфо-функциональном) и половом. Сводить оценку физического развития только к оценке показателей роста и веса методологически неправильно, так как при этом характеризуется только один частный аспект. В характеристике физического развития А. Г. Апанасенко отдает предпочтение функциональным параметрам в расчете на один килограмм массы тела.

Е. А. Шапошников на основании обширного анализа отечественных и зарубежных исследований выявил новые методологические основы теории физического развития детей и подростков разных национальностей, живущих в различных географических регионах. Он считает, что определённый росту должна соответствовать конкретная масса тела, почти одинаковая для всех групп населения. По его мнению, вследствие недостаточного питания, тяжелых заболеваний и т.д., масса тела по отношению к росту может снижаться лишь до определенного предела, а при значительном дефиците массы тела неизбежно уменьшается прирост его длины. На основе приведенных данных Б. А. Шапошников выделил 4 статистических закона физического развития детей и подростков.

1. Повторяемость равных средних значений массы тела при равной средней длине тела.

2. Повторяемость средних параметров пропорций приведённых к одной и той же длине тела.

3. Соразмерность средних показателей морфологических и функциональных признаков.

4. Повторяемость тождественных диапазонов средних значений длины тела в различных географических регионах.

Все перечисленное указывает на то, что о физическом развитии судят главным образом по внешним морфологическим характеристикам. Ценность таких данных неизмеримо возрастает в сочетании с данными о функциональных параметрах организма. Поэтому для объективной оценки их следует рассматривать совместно.

Таким образом, *под физическим развитием понимается комплекс морфо-функциональных показателей, которые определяют физическую работоспособность и уровень биологического состояния индивидуума в момент обследования.* При этом необходимо отметить, что физическое развитие отражает и процессы роста организма на отдельных этапах онтогенеза, когда происходят преобразования генотипических потенций в фенотипические проявления. Генотип характери-

зует индивидуальные морфо-функциональные особенности организма, унаследованные от родителей. Под влиянием факторов внешней среды генотип преобразуется в фенотипические проявления. Фенотип изменяется в течение всей жизни, отражая возрастную динамику физического развития. Известно, что влияние генетической программы и факторов внешней среды на физическое развитие неодинаково в различные возрастные периоды. Влияние социально-экономических условий жизни и других факторов внешней среды наиболее выражено, в так называемые, сенситивные возрастные периоды – грудной и подростковый возраст, когда интенсивно протекают процессы роста и развития или, наоборот, как в пожилом и старческом возрасте – процессы инволюции. Это связано с тем, что онтогенез человека неоднороден, дискретен. Существование отдельных фаз развития объясняются включением определенной части генома в механизме наследования.

Физическое развитие, отражая процессы роста и формирования организма, непосредственно зависит от состояния здоровья. Оно является важным условием гармоничного физического развития. Заболевание может надолго задержать процесс физического развития особенно у детей и подростков, двигательного аппарата (нарушению осанки, формы грудной клетки, ног, стоп). При этом никто не оспаривает, что течение и исход болезни во многом определяется физическим развитием. В то же время, благоприятные социально-экономические и санитарно-гигиенические условия жизни улучшают физическое развитие, снижают заболеваемость.

Одним из неоспоримых доказательств, влияния комплекса генетических и внешних факторов на физическое развитие человека являются акселерация и «эпохальный сдвиг» [Е. А. Шапошников]. Сочетание процессов акселерации с незавершенностью функционального развития делают организм ребенка менее устойчивым к неблагоприятным внешним факторам. Поэтому у детей нередко возникают различного рода функциональные расстройства и заболевания, имеющие тенденцию к острому течению. Для коррекции функций необходимо учитывать возрастные особенности, для чего в практике физического воспитания и врачебного контроля детей используют в настоящее время следующую периодизацию: 7-11 лет – младшая группа, 12-15 лет – средняя группа, 16-18 лет – старшая группа.

Нередко физическое и умственное созревание, функциональная организация двигательного аппарата и внутренних органов, то есть все, что характеризует биологический возраст, не согласуются с календарным возрастом. Примерно 30% детей опережают, а около 15-20% отстают в своем развитии от сверстников. В связи с чем, дети од-

ного календарного возраста по-разному реагируют на физическую и умственную нагрузки и влияние факторов среды обитания.

Основными критериями биологического возраста считаются:

- степень развития вторичных половых признаков;
- скелетная зрелость (порядок и сроки окостенения скелета);
- зубная зрелость (сроки прорезывания молочных и постоянных зубов).

Принято считать, что сроки прорезывания зубов более постоянны, чем сроки остификации скелета и появления вторичных половых признаков.

В процессе роста происходит переход количественных изменений в качественные, что проявляется в прекращении роста и накоплении массы тела.

В настоящее время врачи, психологи, социологи, педагоги изучают проблемы, затрагивающие здоровьесбережение населения. Для понимания сути данной проблемы необходимо привести основные понятия, которые содержатся в каждом конкретном определении термина «здоровье».

В литературе, посвященной проблемам здоровья человека нет однозначного понимания термина «здоровье». По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье – это состояние полного телесного, душевного и социального благополучия. Институтом гигиены детей и подростков России предложено более конкретное определение здоровья: «здоровье – отсутствие болезни и повреждения, гармоничное физическое развитие, нормальное функционирование органов и систем, высокая работоспособность, устойчивость к неблагоприятным воздействиям и достаточная способность адаптироваться к различным нагрузкам и условиям внешней среды». Подчеркивая индивидуальные аспекты состояния здоровья, А. Г. Щедрина дает такую характеристику понятия: «здоровье – это целостное многомерное динамическое состояние (включая его позитивные и негативные показатели) в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экономической среды, позволяющее человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции».

По мнению Е. Голдсмита «Здоровье – это такое состояние организма, которое дает возможность сохранять здоровье» [И. И. Брехман]. Еще Сократ сказал, что «здоровье – не все, но все без здоровья – ничто». Недостаточно быть живым – надо быть живым и здоровым [Н. М. Амосов].

Еще недавно понятие «здоровье» понималось как отсутствие болезни, здоровье и болезнь рассматривались как взаимоисключающие состояния. Так, по мнению Г. Н. Сердюковской, здоровье определялось как «отсутствие болезней и повреждений, гармоничное физическое развитие, нормальное функционирование органов и систем, высокая работоспособность, устойчивость к неблагоприятным воздействиям и достаточная способность адаптироваться к различным нагрузкам и условиям внешней среды».

И. И. Брехман утверждает, что «здоровье – это такое состояние человеческого организма, которое позволяет человеку в полной степени выполнять свои социальные и биологические функции».

Г. И. Царегородцев считает, что здоровье – это «гармоничное единство физических, психических и трудовых функций, обуславливающих возможность полноценного» неограниченного участия человека в различных видах общественной и производственной трудовой жизни». В этом определении также говорится о трех факторах, но в виде физических, психических и трудовых функций.

В Большой советской энциклопедии – «Здоровье – естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений».

Современная медицина, используя методы нозологической диагностики, осуществляет обратный путь к здоровью, т. е. через излечение болезней. По мнению В. П. Казначеева, «этот путь не может привести к существенному снижению заболеваемости, т. к. в качестве главного критерия используется показатель заболеваемости и объектом всех оценок является не здоровье популяции, а уже заболевшая или находящаяся в угрожающем состоянии относительно того или иного заболевания, его часть». Здоровье, по его мнению, можно определить как «процесс сохранения и развития психических, физических и биологических функций, его оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни».

Необходимо также учесть, что здоровье – это не просто состояние человека, а динамический процесс, который меняется в процессе онтогенеза.

По мнению С. Б. Тихвинского, здоровье человека в конечном итоге определяется мощностью его адапционных резервов. Чем выше функциональный резерв, тем ниже «цена адаптации». Адаптация организма к новым условиям жизнедеятельности обеспечивается не отдельными органами, а скоординированными во времени и пространстве и соподчиненными между собой специализированными функцио-

нальными системами. Характерная черта адаптированной системы – экономичность функционирования с целью максимальной экономии ресурсов организма. Постоянная изменчивость среды обитания определяет динамичность, непрерывность, многогранность и пластичность адаптивных процессов [И. И. Лихницкая, 1987]. Сам термин «адаптационные резервы» организма предполагает выделение таких понятий, как «резервы» и «ресурсы».

Е. А. Евстафьев, исходя из современных представлений о механизмах адаптации, дает определение здоровья, как состояния динамического равновесия со средой обитания, где адекватное приспособление к окружающей среде достигается посредством минимальных энергетических затрат с максимальным сохранением функциональных резервов.

Описательные характеристики здоровья мало говорят о его границах и потенциальных резервах. Н. М. Амосов ввел в научный лексикон понятие «количество здоровья», при этом автор утверждает, что современному человеку необходимо столько же здоровья, сколько его далеким предкам, добывавшим хлеб насущный в постоянном физическом труде. Иначе говоря, человек должен компенсировать недостаток мышечных усилий дополнительными занятиями физическими упражнениями, чтобы создать резервы здоровья.

Таким образом, несмотря на различия в определении понятия «здоровье» и адаптивных характеристик организма человека, большинство авторов в его структуре выделяет три основных компонента: физический, психический и социальный. Каждый компонент отражает состояние, процессы, взаимодействие их в организме человека и его гармонию с окружающей средой.

Физическое здоровье – это состояние организма, при котором интегральные показатели основных физиологических систем организма лежат в границах физиологической нормы и адекватно меняются при взаимодействии человека со средой обитания.

Психическое здоровье – это состояние мозга, при котором его высшие отделы обеспечивают нормальное, адекватное для данного общества интеллектуальное, эмоциональное и сознательно-волевое взаимодействие с социальным окружением.

Социальное здоровье – это состояние высших отделов мозга, структура информационных моделей которых обеспечивает нормальные морально-этические проявления личности.

А. Т. Сухарев предложил оценивать физическое здоровье по трем критериям:

- соответствие процесса роста и развития биологическим законам и социальным потребностям общества;
- уровень физической работоспособности, отражающий функциональные возможности организма;
- наличие хронических физических дефектов и степень резистентности организма.

Для оценки здоровья детей С. М. Громбах предлагает использовать как минимум четыре параметра, а именно:

- наличие или отсутствие в момент обследования хронических заболеваний;
- уровень функционирования основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма к неблагоприятным воздействиям;
- уровень достигнутого физического развития и степень его гармоничности.

В большинстве развитых западных стран в 1990 году была принята программа «Health Related Physical Fitness» (HRPF): «физическое состояние», «физическая кондиция». Она основывается на теоретических и практических разработках, которые показывают тесную *зависимость возникновения «болезней цивилизации» от уровня физической активности человека*. В нашей стране поиск путей укрепления здоровья с помощью средств физической культуры, нашло отражение в следующих документах: закон «Об образовании», закон «О физической культуре и спорте», а также указах Президента и Постановлениях правительства РФ.

В опубликованных основных положениях концепции реформирования системы образования до 2008 г. большое внимание уделено решению задачи сохранения и укрепления здоровья учащихся. В этих целях в первую очередь предлагается выделить в Федеральной программе образования особый раздел «Образование и здоровье», в котором предполагается:

- определить комплекс мер (организационное, кадровое и финансовое обеспечение реализации задач), направленных на формирование понятий ценности здоровья и здорового образа жизни;
- разработать принципы и подходы взаимодействия всех уровней власти и управления, как по вертикали, так и по горизонтали, через определение полномочий, разграничение компетенции и ответственности разных ведомств в вопросах охраны и укрепления здоровья детей, учащихся и студентов.

Согласно закону «О физической культуре и спорте», система физической культуры определяется как «совокупность государственных

ных и общественных форм деятельности, осуществляемой в целях физического воспитания населения».

В настоящее время разработаны программно-нормативные акты в области оздоровления школьников. В Государственном стандарте по предмету «Физическая культура» указывается на то, что «физическая культура – это единственный предмет в школе, который формирует у учащихся грамотное отношение к себе, к своему телу, содействует воспитанию волевых и моральных качеств, необходимости укрепления здоровья и самосовершенствования».

В нем также предполагается обязательное введение базового компонента, который позволил бы достичь оптимального уровня физкультурного образования, физического развития, двигательной подготовленности и состояния здоровья. Вариативная часть содержания предмета «Физическая культура» обусловлена необходимостью учета индивидуальных способностей детей, региональных и национальных условий, специализации и интересов учащихся.

Среди основных направлений деятельности педагогов предлагается «разработка вариативных программ, направленных на формирование понятий ценности здоровья и здорового образа жизни; коренное изменение содержания и форм физического воспитания, превращение его в действенную меру охраны здоровья и гармонизации личности» с целью достижения наиболее полной адаптации школьников к условиям обучения и жизнедеятельности.

Таким образом, создается предпосылка для создания вариантной части комплексной программы по физическому воспитанию, направленной на оздоровление учащихся, имеющих различные отклонения в состоянии здоровья, что в существующем документе не учитывается в полной мере.

Важно учесть то обстоятельство, что сенситивные периоды требуют активного воздействия на отдельные стороны двигательной функции человека и «запасного времени» для этого природа не предусмотрела.

Возраст от 7 до 10 лет характеризуется высокими темпами развития ловкости движений. Этому способствует пластичность центральной нервной системы, интенсивное развитие двигательного анализатора, выражающееся в совершенствовании пространственно-временных характеристик. Для совершенствования этого качества необходимо применение игр, требующих быстрого изменения действий в меняющихся ситуациях, выполнения упражнений на координацию, а также упражнений с различными предметами. Для детей младшего школьного возраста целесообразно проводить от 6 до 15

часов организованных занятий физическим воспитанием в неделю и столько же времени желательно заниматься физическими упражнениями самостоятельно. Для девочек оптимальная дневная двигательная активность должна быть от 4 до 9 часов, для мальчиков – от 7 до 12 часов. При таком количестве занятий отмечается наивысший уровень нервно-психического и полового развития. Оздоровительный эффект занятий физическими упражнениями достигается при соблюдении определенных правил и условий, к числу которых относятся:

- регулярность занятий физическими упражнениями [Н. М. Амосов];

- постепенность наращивания интенсивности и длительности нагрузок, разумное дозирование с учетом индивидуальной чувствительности организма к суточной и сезонной ритмике, социальным факторам, возрастным особенностям, биологического возраста, пола, состояния здоровья, а также физической подготовленности ребенка [Н. М. Амосов, С. Б. Тихвинский];

- четкая взаимосвязь занятий физическими упражнениями со школьным режимом дня;

- подбор разнообразных средств, в сумме своих односторонних влияний дающих комплексный результат воздействия на организм занимающихся [Н. М. Амосов];

- выполнение физических упражнений в сочетании с другими оздоровительными воздействиями [Г. Н. Сердюковская, У. Кляйнпепер];

- использование подвижных игр с учетом возраста, состояния здоровья и степенью физической подготовленности [Г. И. Царегородцев].

При планировании физических нагрузок для детей 7-12 лет необходимо учитывать следующие обстоятельства:

- организм детей в этот период характеризуется относительно хорошей устойчивостью к влиянию внешней среды;

- замедляется прибавка роста и веса, хотя у девочек возможен пубертатный скачок, сопровождающийся резким увеличением длины туловища, мышечной массы;

- у мальчиков процессы развития протекают более спокойно;

- период благоприятен для развития выносливости, гибкости, скоростно-силовых способностей, при этом необходимо быть осторожным при выборе объема и интенсивности нагрузок.

Исходя из общего определения здоровья, мы даем формулировку понятию «лицо с ограниченными возможностями здоровья» как человека, имеющего ограничения в физическом, психическом или со-

циальном плане. Понятия «лица с ограниченными возможностями здоровья» и «инвалиды» в данном контексте употребляются нами как синонимы. В силу этого хотя бы кратко остановимся на проблеме инвалидности.

Согласно Декларации ООН о правах инвалидов (1975 г.) «инвалид – это лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его физических или умственных возможностей».

В Рекомендациях к реабилитационным программам 44-й сессии Парламентской Ассамблеи Европы от 5 мая 1992 г., инвалидность определяется как «ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества».

В законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995) говорится, что «инвалид это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограниченной жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты».

Инвалидами признаются люди в силу очевидных отклонений от нормального физического состояния человека (относящиеся к категории слепых, глухих, с нарушенной координацией движений, полностью или частично парализованные и т.д.), а также лица, которые не имеют внешних отличий, но страдают заболеваниями, не позволяющими им трудиться в разнообразных сферах так, как это делают здоровые люди (например, страдающие хроническими заболеваниями).

В настоящее время выделяется широкий спектр факторов, воздействующих на здоровье человека и ведущих к инвалидности: нарушение внутриутробного развития, например, в случае, связанном с церебральным параличом; родовая травма, производственная или бытовая травма; инфекционное заболевание; побочное действие лекарств; повышенный радиационный фон и т. д.; наследственные заболевания.

В любом случае, инвалидность представляет собой: расстройство на уровне органа; расстройство на уровне личности, т. е. полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и зани-

маться в дальнейшем трудовой деятельностью; расстройство на социальном уровне, приводящее к ограничению жизнедеятельности человека.

В настоящее время существует две модели инвалидности, основанные на разных подходах к ее определению:

- медицинская модель инвалидности (традиционный подход);
- социальная модель инвалидности.

Медицинская модель инвалидности (традиционный подход) трактует инвалидность как медицинский феномен («больной человек», «человек с тяжелыми физическими увечьями», «человек с недостаточным интеллектуальным развитием» и т. д.). Исходя из этой модели, инвалидность рассматривается как недуг, заболевание, патология. Данный подход является следствием атавизма исторического отношения общества к инвалидам, который долгое время превалировал в сознании и умах не только социума, но и специалистов из различных областей знаний.

Независимо от степени развития общества, в нем всегда были люди, особо уязвимые в силу ограниченности своих физических или психических возможностей. Историки отмечают, что в античном мире рассуждения об аномалиях и болезнях не отделялись от общепhilософских воззрений, переплетаясь с размышлениями о других явлениях природы, в том числе о жизни человека.

Изменение отношения общества к лицам с проблемами в развитии отмечается со второй половины XVIII в. – следствие влияния идей гуманизма, реформации, развития университетов, приобретения личных свобод отдельными сословиями, появления Декларации прав человека и гражданина (статья I Декларации провозглашала, что «люди рождаются и остаются свободными и равными в правах»). С этого периода во многих государствах начинают создаваться сначала частные, а затем и государственные учреждения, в функции которых входило оказание медицинской и педагогической помощи инвалидам.

Медицинская модель определяет методiku работы с инвалидами, которая имеет патерналистский характер (т. е. ограничительно-покровительственная позиция общества) и предполагает лечение, трудотерапию, создание специальных служб, помогающих человеку выживать (например, в случае получения ребенком образования в учреждениях интернатного типа или вынужденного длительного пребывания инвалида в медицинском учреждении).

Справедливости ради нужно заметить, что при таком подходе инвалидам оказывается комплексная помощь (медико-социально-педагогический патронаж). Однако такая модель вольно или невольно

ослабляет социальную позицию человека, имеющего инвалидность, снижает его социальную значимость, обособляет от нормального общества, усугубляет его неравный социальный статус, обрекает на признание своего неравенства, кроме всего прочего вырабатывает иждивенческую позицию.

Со второй половины XX века (если быть точнее, с 1948 г. – года принятия «Всеобщей декларации прав человека») мировое сообщество строит свою жизнь в соответствии с международными правовыми актами гуманистического характера. Этому во многом способствовали два фактора: колоссальные человеческие жертвы и попрание прав и свобод человека в период Второй мировой войны, которые показали человечеству ту пропасть, в которой оно может оказаться, если не примет для себя как высшую ценность, как цель и смысл существования общества самого человека – его жизнь и благополучие.

Смысловым центром нового взгляда стала *социальная модель* инвалидности, которая рассматривает проблемы инвалидности как результат отношения общества к их особым потребностям. Согласно социальной модели, инвалидность является социальной проблемой. При этом ограниченные возможности – это не «часть человека», не его вина. Человек может стараться ослабить последствия своего недуга, но ощущение ограниченности возможностей вызвано у него не самим недугом, а наличием физических, юридических, отношенческих барьеров, созданных обществом.

Согласно социальной модели, человек с инвалидностью должен быть равноправным субъектом общественных отношений, которому общество должно предоставить равные права, равные возможности, равную ответственность и свободный выбор с учетом его особых потребностей. При этом человек с инвалидностью должен иметь возможности интегрироваться в общество на своих собственных условиях, а не быть вынужденным приспособливаться к правилам мира «здоровых людей».

Социальная модель инвалидности не отрицает наличие дефектов и физиологических отличий, определяя инвалидность как нормальный аспект жизни индивида, а не девиацию, и указывает на социальную дискриминацию как наиболее значимую проблему, связанную с инвалидностью. Социальная модель сдвигает акцент в направлении тех аспектов жизни социума, которые могут быть изменены и предполагает первоочередную реализацию гражданских прав инвалидов. В данном случае речь идет о социальных условиях жизнедеятельности инвалида. Таким образом, инвалидность можно рассматривать как од-

ну из форм социального неравенства. Она в большей мере социальное, а не медицинское понятие.

Необходимо отметить, что личность человека с ограниченными возможностями здоровья очень часто имеет определенные особенности. С большей вероятностью характерным качеством личности человека-инвалида может стать стремление к самоизоляции.

Самоизоляцию можно понимать как определенную целостную систему отношения инвалида к жизненной ситуации, формирующейся на основе актуального и прошлого жизненного опыта, проявляющуюся в соответствующих переживаниях и поведении человека и наиболее полно раскрывающуюся в процессах взаимодействия индивида и социума. Самоизоляция часто проявляется как защитная позиция для избегания актуализации внутренних конфликтов между потребностью любого человека к принятию независимых решений и страхом независимости; между естественным стремлением к полнокровной и полноценной жизни и невозможностью достичь этого самостоятельно.

Ведущими составляющими самоизоляции являются:

- «страх перед жизнью»;
- «инвалидность как идентичность»;
- «консерватизм и пассивность»;
- «изоляция и одиночество».

Феномен самоизоляции личности может проявляться в следующих ситуациях.

1. В ситуациях социального взаимодействия или при попытках установления социальных связей актуализируется чувство неполноценности и страх отторжения себя другими.

2. В попытках справиться с этими негативными явлениями, человек с инвалидностью может проявлять себя враждебно и агрессивно по отношению к тем, кто не входит в круг значимых для него лиц.

3. В наличии у инвалида (в связи с изоляцией) неудовлетворенности базовых потребностей, в том числе и потребности в социальной включенности и принятии себя со стороны других. Такой человек может пытаться преодолеть этот недостаток с помощью вхождения в малые референтные группы, в которых по отношению к нему проявляется опека, забота, поддержка.

4. Самоизоляция человека с инвалидностью, как его отношение к социальной действительности, возникает и в результате протеста против собственного физического состояния, как состояния ограниченности свободы.

5. Оппозиционизм обществу и изоляционизм может проявляться в интеллектуальной деятельности. С одной стороны, интеллектуальная активность и деятельность являются для большинства людей-инвалидов формой, способом и средством компенсации физической неполноценности и ограниченности возможностей к полноценной жизни, средством адаптации в условиях физической инвалидности и вызываемых ей ограничений. С другой стороны, интеллектуальная активность выступает и как форма ухода от трудностей социального включения.

6. К характерным, внешне проявляющимся особенностям человека-инвалида, можно отнести: суровость, жестокость, непреклонность, холодность, властность, цинизм, часто грубость, пренебрежение интересами других, эгоизм. Эти особенности можно оценить как характерные для комплекса превосходства, маскирующего и компенсирующего глубокий комплекс неполноценности, который обостряется при необходимости решения жизненных задач и при взаимодействии с людьми.

7. Отмечается и дезорганизация эмоциональной сферы и чрезмерно высокий уровень психологического напряжения, что связано с социальной неприспособленностью отвечать требованиям жизни.

Способы преодоления самоизоляции могут зависеть от многих составляющих, а именно:

- времени приобретения недуга;
- характера недуга;
- степени поражения органов и систем организма;
- степени физической ограниченности;
- степени интеграции личности в социальные отношения;
- характера этих отношений на период предшествующий получению инвалидности;
- индивидуально-психологических особенностей инвалида.

Анализ представленной выше литературы позволяет сделать вполне определенные выводы.

- Ограничения возможностей здоровья человека обусловлены нарушениями в трех основных сферах: физической, психической, социальной. Ограничения в одной из обозначенных сфер здоровья приводят к временному или постоянному нарушению адаптационных свойств человека.

- Адаптационные характеристики не являются статически постоянными свойствами человека, а ограниченные возможности зависят от сфер жизнедеятельности, в которых он функционирует, накопленного им опыта.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

История развития отечественной системы оказания помощи лицам с ограниченными возможностями психического и физического здоровья (инвалидам) в течение длительного периода времени становилась предметом научного исследования, интерес к которой позволял осуществлять не только оценку результатов функционирования самой системы, но и на основе анализа внутренних процессов давать оценку развития российского общества в целом на каждом конкретном отрезке исторического времени.

Первые научные исследования региональных особенностей развития системы оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья на Урале были предприняты достаточно поздно – во второй половине XX века [Ш. Н. Нигаев]. В них рассматривалась достаточно узкая, но, вместе с тем, исключительно важная для региона научная проблема – распространенность аномалий детского развития в Свердловской области.

Первые исследования развития такой помощи на Урале как исторической научной проблемы предприняты В. В. Коркуновым в 1998 году в работе «Концептуальные положения развития специального образования в регионе: от теоретических моделей к практической реализации». Однако в ней давалась только общая картина истории развития специального образования. Учитывая повышающийся интерес специалистов и научных работников к процессу эволюции системы специального образования в уральском регионе, мы сочли необходимым представить им такую возможность.

Ранний этап развития помощи детям с ограниченными возможностями в Уральском регионе

Географические рамки нашего исследования ограничены только частью территории Урала и охватывают Средний Урал (Свердловская область), Южный Урал (Челябинская и Курганская области), Западный Урал (Пермский край). Объединение указанных территорий в единое понятие «Уральский регион» обусловлено: спецификой нашей работы; историческим характером освоения Урала русскими и их культурной интеграции с коренными народами и народностями, населяющими данную территорию; особенностями административно-территориального

деления России в досоветский период (большая часть указанных территорий входила в состав Пермской губернии); тесным территориальным экономическим сотрудничеством, характеризующимся взаимным обменом во всех сферах жизни общества.

Формирование России в обширное многонациональное государство сопровождалось колонизацией новых земель сначала на Урале, а затем и далее в Сибири вплоть до XIX века включительно. Этот объективный фактор наложил отпечаток на зарождение образования в данном регионе, которое происходило с существенным временным отставанием по сравнению с Центральной Россией.

Русские первопроходцы и последующие переселенцы принесли сюда христианство, церковно-славянскую грамоту, опыт призрения и благотворительности. Христианское вероучение объявило милосердие не только добродетелью, но и обязанностью каждого верующего. Освоение Урала сопровождалось не только строительством острогов как форпостов русского присутствия, но монастырей и храмов, которые способствовали распространению христианства и хозяйственному освоению прилегающих территорий.

Исторические, археологические, летописные материалы свидетельствуют о том, что административно-территориальное оформление региона в составе России началось в XIV-XV вв. В 1451 году в г. Чердынь появился первый московский наместник. В 70-е годы XV века Пермь Великая (территория Прикамья в настоящее время) окончательно вошла в состав Московского государства. Главным центром, российским форпостом на Урале на долгие годы становится г. Чердынь, затем (в связи с освоением транспортных путей за Урал) эту роль стал выполнять г. Верхотурье.

Крупные преобразования происходят на Урале в петровскую эпоху. Первые попытки создать государственные учреждения для помощи нищим и недужным были сделаны царем Петром I, издавшим в 1721 году два указа, в соответствии с которыми в России должны были создаваться три типа учреждений для бедных и нищих: смирительные дома (для «здоровых нищих и гуляк»), прядильные дома (для «непотребного и неистового женского пола»), госпитали (для призрения «сырых, убогих, больных и увечных и для самых престарелых людей обоего пола»). Однако открытие подобных государственных учреждений на Урале осуществлено не было.

Тем не менее, промышленное строительство и открытие государственных и частных заводов требовало грамотных руководителей на всех ступенях промышленного производства. В 1714 году Петр I повелел учредить цифирные и арифметические школы, в которых пре-

подавались грамота, арифметика и основы геометрии. Таким образом, данные учебные заведения должны были выполнять важнейшую государственную задачу – готовить управленческие кадры для этого развивающегося региона России.

На Урале открытие подобных школ связано с именем ученого и просветителя, начальника уральских горных заводов Василия Никифоровича Татищева. Благодаря его стараниям такие школы открываются на всех крупных казенных заводах Уральского горного округа. Представляет интерес «Наказ» для организации школ составленный В. Н. Татищевым. Среди прочего в нем сказано: «... ученикам, которые убогие, и отцы их работают поденщиною или годовое жалование имеют меньше 12 рублей, также которые взяты будут с других заводов и из слобод пономарские и дьячковы, молодых подьячих и прочих нижайших дети, оным давать хлеба против солдата, да по прошествии года рубль на платье, однакож не им в руки, но родителям или хозяевам, которым они в дом отданы будут, и надзирать, чтобы оныя содержаны были пищею безоскудно» [цит. по В. Н. Шишонко, с. 25].

Приведенная выдержка говорит о том, как должны были проявлять заботу о нищих и убогих представители государства и хозяева заводов на территории Уральского горного округа.

Однако было бы неправильно полагать, что на территории Урала заботу о «нищих, сырых и убогих» проявляли только представители государства. Именно в эти годы закладывается фундамент благотворительности. Инициатива благотворительности в то время принадлежала церкви. Именно она управляла процессами, направленными на организацию помощи наиболее обездоленным частям общества. Однако в конце XVIII века инициатива постепенно переходит к общественности. Первые благотворительные учреждения на Урале стали открываться в конце XVIII – начале XIX века. Организация «Приказа общественного призрения» в г. Перми (1781 г.) стимулирует становление помощи нуждающимся и развитие дела призрения нищих, убогих, престарелых, сирот, увечных, умалишенных. Журналы заседаний «Приказа общественного призрения» г. Перми содержат реестры пожертвований дворян, заводчиков, купцов, военных, их жен «в пользу благотворительных заведений», «на учреждение школ», «на заведение богаделен». Так, в 1781 году поручик и заводчик Григорий Походяшин жертвует 2000 рублей, которые просит «покорнейше употребить в пользу сирот, требующих от своих сограждан вспоможения».

«Приказ» рассматривает многие вопросы регулирования благотворительной деятельности в Пермской губернии: принимает попечение над одержимыми «долговременными и неизлечимыми болезнями»

(в перечне – «падучая болезнь», нарушения зрения и др.); установление и надзирание богаделен, которые занимаются призрением недужных; ведет учет нуждающихся в призрении и распределяет средства. Так, на заседании «Приказа» от 31 января 1790 года докладывается о мальчике Федоре, который болен «падучей болезнью и рукою не владеет». Мальчик находится на обучении грамоте при делах «Приказа», при этом «хорошо пишет, а от имеющихся у него болезней облегчения не получил». Подмастерье Юговского казенного завода Василий Скотлов просит «Приказ» принять его (по нетрудоспособности) вместе со слепой дочерью Еленой в богадельню.

В 1812 году в г. Кургане отставным солдатом Семеновым построена богадельня площадью 21 кв. сажень, а в 1869 году городское общество благотворителей собрало деньги на открытие Владимирской богадельни (в честь великого князя Владимира Александровича).

Первые детские благотворительные учреждения возникают на Урале во второй половине XIX века. В 1853 году открывается «Убежище для брошенных детей» в г. Екатеринбурге, «Николаевское детское убежище» в г. Кургане (по имени цесаревича Николая Александровича, 1891 г.), приют для обездоленных детей в п. Юго-Осокино, Пермской губернии (1895 г.) и др. Необычность названия ряда детских учреждений («убежище») говорит о том, что уже в то время благотворители владели информацией о меценатском движении в Европе. Именно оттуда это название перекочевало в российскую благотворительную практику. Однако уже в XVIII веке на территории Пермской губернии функционирует сеть учреждений, которые в незначительной степени оказывали благотворительную практику по оказанию помощи нуждающимся. Инициатива благотворительного движения на Урале в эти годы целиком переходит к просвещенной общественности: русскому дворянству, интеллигенции, купечеству. Общее представление о размахе благотворительного движения на Урале в начале XIX века дает таблица 1, представленная ниже.

Как видно из таблицы 1, благодаря усилиям «Приказа» по сбору средств удалось существенно расширить сеть благотворительных организаций, в которых отчасти призревались лица с ограниченными возможностями здоровья (эпилептики, слепые и глухие, умственно отсталые, шизофреники).

Необходимо заметить, что количество благотворительных учреждений на Урале, организованных по инициативе общественных организаций и частных лиц, в то время исчислялось двумя десятками, а детей с теми или иными отклонениями в развитии, призреваемых в них, было ничтожным. Вместе с тем, деятельность благотворительных

учреждений наглядно демонстрировала перспективы в работе по развитию умственно отсталых, слепых и глухих детей.

Таблица 1

Сведения
о благотворительных учреждениях открытых на средства,
собранные «Приказом общественного призрения»,
и находящиеся на его содержании за 1809 год
(в абсолютных показателях)

Учреждения, их количество	Место расположения	Год Открытия	Количество мест в учреждении
Больница (1)	Пермь	1789	50
Богадельни (6)	Пермь,	1785	50
	Оса,	1785	10
	Ныроб,	1785	20
	Камышлов, Долматово	1798 1802	15 10
Воспитательные дома (2)	Пермь	1788	80
	Алапаевский завод	1804	40

Таким образом, в конце XVIII века на Урале формируется система первых социальных учреждений, направленная на оказание помощи лицам с различными ограничениями жизнедеятельности.

Развитие общего образования на Урале и зарождение системы педагогической помощи детям с ограниченными возможностями

Развитие педагогической помощи на Урале детям с ограниченными возможностями и инвалидам, как и в других регионах России, связывается с общим состоянием дел в системе образования. Как показывает исторический опыт, только сложившаяся система всеобщего образования может адекватно реагировать на нужды и запросы детей с недоразвитием.

Заметное влияние на создание сети школ в сельской местности оказала реформа государственной деревни П. Д. Киселева (1837 г.). Особую роль реформа сыграла в деле развития народного образования на Урале. Открываемые этим ведомством образовательные учреждения предназначались для подготовки управленческого персонала для селений казенных крестьян, которые составляли большую часть всех

сельских поселений этого региона России. По планам данного ведомства в каждой волости должны были открываться приходские училища. Именно в эти годы в каждом уезде Пермской губернии стало массовым явлением открытие в крупных населенных пунктах подобных училищ. Так, в Ирбитском уезде Пермской губернии были открыты такие заведения в селах Байкаловском, Ницинском, Невьянском, Покровском, Белослудском.

По данным известного уральского исследователя и педагога В. Н. Шишонко, к середине XIX века (1846 г.) система народного образования в Пермской губернии представлена следующими учебными заведениями [В. Н. Шишонко, с. 200-218]:

- в составе Пермской дирекции народных училищ находится 1 гимназия, 8 уездных училищ, 1 заводское, 45 приходских, 3 частных женских пансиона, в них обучается всего 3129 учеников;

- 65 сельских училищ ведомства Государственных имуществ и 5 – Уральского ведомства с общим количеством учащихся 4514 учеников.

Автор отмечает, что «... относительно распространенности образования в массе народа Пермская губерния стоит выше многих, даже из великороссийских губерний» [В. Н. Шишонко, с. 218]

Царствование Александра II (1855 – 1881) ознаменовалось масштабными преобразованиями, в том числе и в системе народного образования. Наиболее существенным изменениям подверглась начальная школа, деятельность которой регулировалась «Положением о народных училищах» от 1864 года. В соответствии с ним государство осуществляло только руководство образовательным процессом, открывать же школы могли как общественные организации, так и частные лица. Этим положением воспользовались органы местного самоуправления – земства. В результате численность народных училищ заметно возросла и некоторые земства (Осинское и Шадринское Пермской губернии) поставили вопрос о всеобщем начальном обучении на своих территориях. По данным А. Л. Михашенко (2004) на конец XIX века в Шадринском уезде насчитывалось 257 школ. Из них: два высших начальных училища, 5 – двухклассных, 192 – одноклассных, 40 школ духовного ведомства и 18 школ грамоты.

Общее представление о состоянии дел в образовании на территории Пермской губернии дает приведенная ниже таблица 2, составленная на основе архивных источников за 1887 год. Как свидетельствуют приведенные в таблице 2 данные, к концу XIX века система народного образования на Урале приобретает развернутый и дифференцированный вид, однако на этот период времени она еще не преду-

смаатривает наличия учреждений для обучения детей с ограниченными возможностями здоровья.

Таблица 2

Количество учебных заведений в Пермской губернии и учащихся в них в 1887 году (в абсолютных показателях)

Вид учебного заведения	Количество учебных заведений	Учащихся в них
Гимназии	4	1621
Прогимназии	5	806
Реальные училища	4	594
Технические училища	2	72
Духовная семинария	1	258
Духовные училища	4	535
Женское епархиальное училище	1	228
Уральское горное училище	1	57
Гороблагодатское окружное горное училище	1	51
Уездные училища	2	253
Училища, работающие по Положению от 31. 05. 1872 г. (четырёхклассные, трёхклассные, двухклассные)	47	6439
Частные училища (двухклассные и четырёхклассные)	2	129
Ирбитское ремесленное училище	1	33
Кунгурская Елисаветинская женская рукодельная школа	1	55
Одноклассные, бывшие горного ведомства	20	1836
Училища при монастырях и общинах	9	217
Церковно-приходские школы	70	2189
Правительственные, земские городские и частные народные училища	659	46608
Земские школы грамотности	120	2953
Фабричные и заводские училища	3	139
Приюты и сиротские дома	11	595
Воскресные школы	10	260
Пансионы и школы частных лиц	5	128
Домашние крестьянские школы грамотности (школки)	32	544
Школы для инородцев	156	5180
Всего	1171	71780

Вместе с тем, архивные источники и литературные данные позволяют говорить о том, что некоторая часть детей с трудностями в обучении находила место в имеющейся системе образовательных учреждений. Так, в списках Малого народного училища г. Перми за 1785 год указывается, что в данном заведении обучались дети с различными уровнями способностей. К примеру, Матвей Бякишев (7 лет) «пишет литеры, из грамматики о частях речи (параграф 30), из катехизиса вопрос 6», а Лука Балашов (также 7 лет, в том же году принят в школу) обучился «выговору из трех литер, состоящих из слогов, но косноязычен, неспособен изучать чтение» [В. Н. Шишонко, с. 91-92]. Из 578 учеников уездных училищ, подвергавшихся испытаниям в 1873 году, 52 ученика показали недостаточные знания (9%) по причине неспособности к обучению [там же, с. 220].

В отчете о работе начальных училищ Пермского уезда за 1891 год говорится, что, например, в Кусье-Александровском мужском училище «при удовлетворительном составе учащихся» «встречаются очень часто такие дети, с которыми учитель не может достигнуть удовлетворительных успехов при всех усилиях и опытности. ... Случается, что таких учеников набирается в одном отделении человек до 20 и более и результат обучения при этих условиях обыкновенно бывает плохой» [Р-1, с. 18].

Призрение нуждающихся (в том числе лиц с дефектами в умственном и физическом развитии) в середине XIX века на Урале связано не только с деятельностью «Приказа общественного призрения», но и развитием частной благотворительной инициативы. Архивные материалы и литературные источники позволяют проследить характер отношения уважаемых и богатых людей Урала к проблеме общественного призрения. Владельцы уральских заводов (Строгановы, Демидовы, Абемелек-Лазаревы, Голицыны, Шуваловы, Всевожские, Яковлевы, Поклевские-Козел) владели огромными территориями с их богатыми природными и людскими ресурсами и считали своей обязанностью осуществлять социально направленную благотворительную деятельность.

Наиболее активно в этом направлении работала семья Абемелек-Лазаревых. Так, в 1848 году по представлению управляющего вотчинами Лазаревых они отдают одно из собственных зданий для нужд попечения. Управляющий ходатайствовал об устройстве в Чермозском заводе и соляных промыслах «в приличных местах богадельных домов для беспомощных людей и сирот», особенно для тех, которые «или силами совершенно слабые, или имеют неизлечимые и отвратительные болезни, поелику таких и на квартиры нигде не принимают, но водво-

рить оных по неимению ни при одном главном селении помещений некуда» [ГАПО, Н, л. 1].

В этом же году в имениях Лазаревых учреждены сиротские попечительства. Система призрения сирот была представлена частными сиротскими учреждениями при каждой сельской земской конторе, при каждой заводской промысловой конторе и Главном сиротском попечительстве при Чермозском главном правлении заводами. Попечителями назначались, как правило, приказчик и два жителя из благонаправных и состоятельных крестьян или служителей и мастеровых. Им предписывалось знать «обстоятельства каждого сироты». В обязанности попечительств входило: извлечение и обобщение сведений по сиротам, в том числе об их «нравственных, умственных и телесных особенностях», поиск родственников, опекунов (призрвателей), наблюдение за качеством призрения. Призрватель обязан был обучать «сколько возможно грамоте и письму», приучать к труду и ремеслам, «довольствоваться пищей на равных со своими семьянами» [ГАПО, Н, л. 7]. На январь 1851 года всего по селам и заводам Лазаревых призревается 1522 человека, из которых непосредственно в приютах и богадельнях (в Чермозских и Полазненских госпиталях, в богадельне с. Дмитриевского) находится 55 человек. В их числе: 7 – слабоумных, лишенных рассудка; 3 – слепых; 2 – по физическим уродствам [ГАПО, Н-1, л. 35-36].

Интересна также и такая форма призрения, как зачисление мальчиков-сирот в воспитанники И. Х. Лазарева, которые соответствующим образом призрываются и обучаются. Из 20 воспитанников выделим два примера: Руфь Якин (12 лет), который «туп, но круглый сирота» и Федор Лодейщиков (10 лет) – «сын малоумной матери». Оба помещены в Чермозскую школу для заводских [ГАПО, Н-1, л. 31].

Перечисленные примеры убедительно указывают на то, что благотворительная деятельность распространялась на всех нуждающихся, независимо от их полноценности или неполноценности. Более того, дети, не имеющие родителей, и дети с наличием различных отклонений и нарушений подлежали призрению в первую очередь.

Отмена крепостного права и последующие государственные реформы способствовали развитию общественной инициативы. В 60-е годы XIX века на Урале организуются общественные благотворительные организации, которые ставили своей задачей оказание помощи нуждающемуся населению, оказавшемуся в трудной ситуации в связи с непродуманностью проведения ряда реформ. 12 июля 1862 года в г. Перми организуется Дамское попечительство о бедных, которое возглавила жена пермского губернатора Анна Федоровна Струве. По

инициативе данного попечительства и на собранные ими средства в 1865 году в г. Перми открывается приют для нищих, больных, сирот и обремененных, который в 1870 году впервые в российской практике разработал собственный Устав, утвержденный Министром внутренних дел А. Е. Тимашевым. В соответствии с Уставом приют получил новое название «Убежище для бедных детей».

Устав определяет целью «Убежища» – «доставление бедным детям обоюго пола, без различия сословий, но преимущественно сиротам, приюта и средств воспитания, которое приучило бы их к труду и приготовило к честной и полезной жизни». Призреваемые обучались школьным предметам, входящим в курс приходских училищ. В свободное время обучались также церковному пению, рукоделиям и ремеслам. В 1889 году при Убежище открываются ремесленные классы для обучения детей фулярно-переплетному, токарно-столярному, слесарно-кузнечному ремеслам. «Для подаяния помощи находящимся в Убежище больным детям приглашаются врачи, которые посещают Убежище ежедневно» [ГАПО, П-1, л. 29-30].

В данный период времени подобные учреждения открываются и в других уездах Пермской губернии: Убежище для бедных детей в г. Екатеринбурге (1863); детский приют при Верхотурском Николаевском монастыре для воспитания и образования малолетних сирот духовного звания (1867); Александровский детский приют для неимущих детей в г. Турьинские рудники (1868); девичий приют при женской общине в г. Кунгуре (1870); Губкинский приют в г. Кунгуре для призрения бедных детей под покровительством Ее Императорского Высочества, Государыни Марии Федоровны (1875); приют для больных детей-сирот в поселке Юго-Осокинского завода (1886).

Большим событием для всей Пермской губернии и прилегающих территорий явилось открытие в 1890 году первого на Урале училища для слепых детей в г. Перми. Длительное время здесь обучались слепые дети из многих уездов Уральского региона.

Возникновение данного учреждения для аномальных детей связано с деятельностью Попечительства императрицы Марии Александровны о слепых, состоявшего под августейшим покровительством ее императорского Величества императрицы Марии Федоровны. Письмо уполномоченного Попечительства Пермскому городскому голове П. Е. Сигову от 15 марта 1889 года гласит: «Для призрения находящихся в Пермской губернии неимущих слепых, число которых по собранным в 1886 году данным доходит до 398 (а всех слепых – 6153) человек и для обучения их доступным слепому занятиям, могущим дать им возможность для самостоятельного заработка и тем поддер-

жать свое существование, предлагается построить в Пермской губернии первоначально на небольшое количество убежище для слепых по собранию необходимых для этого материальных средств» [ГАПО, С, л. 51].

Строительство дома под убежище началось 25 июля 1889 года, когда городской думой было выделено место под застройку. Каменный двухэтажный дом был полностью построен и отделан на средства купца первой гильдии М. Ф. Рожнова. Торжественное открытие Училища при убежище и приюта для престарелых слепых состоялось 30 августа 1890 года. Вот что пишет по этому поводу Г. П. Недлер, директор Петербургского училища для слепых, поместивший свой отзыв в журнале «Слепец», № 9 за 1890 год: «Дом – прекрасное двухэтажное каменное здание, специально приспособленное для призрения слепых; училище вполне устроено и снабжено всем необходимым, так, что тотчас после открытия его можно было приступить к воспитанию и обучению находящихся слепых детей, которых ко дню открытия училища находилось 7 мальчиков, а в приюте – один 65-летний слепой старец» [ГАПО, С, л. 80].

Таким образом, открытие первого на Урале специального учреждения ознаменовало собой начало нового этапа в развитии системной помощи лицам с ограниченными возможностями в этом регионе России, создаются предпосылки для организации педагогической помощи детям с особыми потребностями в системе образования.

Характерной особенностью завершившегося этапа является широкое распространение частной благотворительной инициативы, направленной на заботу о сиротах, больных, убогих, нищих. Большая роль в организации системы призрения на Урале принадлежит Пермскому «Приказу общественного призрения», а также благотворительной деятельности крупных уральских заводладельцев, купечества и интеллигенции.

Развитие специальной педагогической помощи детям с ограниченными возможностями в Уральском регионе в конце XIX – начале XX вв.

Как уже говорилось выше начало новому этапу развития помощи детям с ограниченными возможностями положило открытие училища для слепых детей. По сути – это первый «камень» в строительстве системы специального образования в Уральском регионе, ее первый рубеж и неотъемлемый элемент.

Конец XIX века на Урале ознаменовался развитием новых капиталистических отношений. Получили импульс в развитии все отрасли

хозяйства, оживилась экономическая и культурная жизнь общества, появляется новый слой уральского хозяйственника и предпринимателя – купечество. В уральском крае возникают предприятия химической промышленности, лесопереработки, машиностроения, организовались довольно крупные коммерческие, торговые, строительные и другие компании. И. А. Слудковская отмечает, что Пермская губерния была в то время одной из крупных губерний России (после Архангельской и Вологодской) и занимала основную часть Урала площадью 291760 кв. верст. Население губернии с 1860 по 1897 гг. возросло на 42,3% и составило, согласно данным первой всеобщей переписи населения Российской Империи за 1898 год, 2994302 человека [19, с. 5].

Продолжается процесс развития народного образования в Пермской губернии. В его развитии на Урале ведущую роль продолжают играть земства, способствующие решению вопроса о достижении всеобщего доступного начального образования. Они в числе первых выступали с ходатайствами о выделении финансовых средств на всеобщее обучение. При этом их деятельность в этом направлении была совершенно добровольной. В то время как целый ряд губернских земств России не помышлял о всеобщем обучении, пермские земские деятели приступили вплотную к его осуществлению. Несмотря на трудные условия (обширность территории, удаленность от центра) земские управы и сельские общины по мере возможности открывали новые школы. Кроме того, они взяли на себя работу по составлению планов по учету детского населения, которая позволяла выявить действительное положение дел в образовании на местах.

В новых условиях получило дальнейшее развитие специальное образование на Урале. Открытое в 1890 году Пермское училище для слепых детей продолжает расширяться, совершенствуется содержательная работа с учащимися.

Наиболее достоверные и полные сведения о структуре данного учреждения, особенностях организации учебно-воспитательного процесса можно почерпнуть из отчетов Пермского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых за 1902 год [ГАПО, С, л. 24-44].

Прием детей осуществлялся в возрасте от 7 до 11 лет, способных к образованию и обучению, наличия неизлечимой слепоты на оба глаза и отсутствия других телесных недугов и существенных физических недостатков. Слепые дети, принадлежащие к бедным семьям, получали бесплатное содержание. Училище функционировало на проценты с оборота уставных капиталов, платы за содержание и обучение, частных пожертвований, членских взносов Попечительства, доходов

от продажи изделий, изготовленных в мастерских училища, церковно-кружечных сборов в главных соборах г. Перми. Общий итог денежных поступлений на нужды Училища составил в 1902 году 10347 рублей, что по тем временам было значительной суммой. Списочный состав на начало года – 43 ученика (28 мальчиков и 15 девочек) из Соликамского, Верхотурского, Красноуфимского, Оханского, Кунгурского, Шадринского, Камышловского, Екатеринбургского, Осинского уездов Пермской губернии, а также из Вологодской и Тобольской губерний. По характеру дефектов картина была следующей: 8 – слепорожденных (19%), 1 – ослепший от механического повреждения глаз (2%), 34 человека (79%) ослепли в возрасте от 2 до 9 лет вследствие заболеваний (оспа, скарлатина и др.). Все ученики являлись представителями крестьянского сословия. Из общего списка 6 учеников были стипендиатами уездных земств, 1 – стипендиат губернского земства.

Структура данного учебного заведения существенно отличалась от других образовательных учреждений того времени. В основе организации лежали учебные планы обычного двухклассного училища с двумя отделениями школы. Кроме того, имелось подготовительное отделение и ремесленные классы. Педагогический коллектив состоял из попечителя, инспектора, законоучителя, учителей-предметников, преподавателей пения, игры на рояле, скрипке, педагогов по ремеслам. Обязанности врача безвозмездно исполнял попечитель Училища, доктор медицины П. Н. Серебренников, участник русско-турецкой войны 1877 года, работавший ранее врачом на Нижнесалдинском заводе.

В подготовительном отделении большое внимание уделялось сенсомоторному развитию учащихся по программам Фребеля и самостоятельно разработанным в Училище программам, которые включали в себя разнообразный спектр деятельности, направленной на развитие ориентировки и сенсорных ощущений (вышивание, плетение, лепка, рукоделие, работа с кубиками и горохом, сгибание бумаги, выборка семян и т.д.).

Регулярное обучение знаниям начиналось после одного-двух лет занятий в подготовительном отделении и освоения учениками письма Брайля. Недельная нагрузка в разных классах составляла от 37 до 39 часов учебных занятий. Первое отделение давало возможность освоить программы начальной школы, второе отделение предполагало изучение естествоведения, географии, истории, геометрии. Специальные дисциплины представлены уроками чтения и письма по Брайлю, чтения и письма унциалов, лепки. Учащиеся ремесленных классов большую часть времени обучались в мастерских (29 часов в неделю) и только 10 часов отводилось учебным предметам. При училище были

оборудованы следующие мастерские: корзинная, сапожная, ткацкая. Обязательными занятиями для всех воспитанников были уроки гимнастики и вокалирования.

Попечителями Училища отслеживалась дальнейшая судьба выпускников, о чем свидетельствуют списки окончивших учебное заведение за все годы его существования с указанием места жительства, образа жизни и занятий. Выпускники зарабатывали на жизнь ремеслами, освоенными за годы обучения, работали псаломщиками, таперами.

Приведенные данные говорят о том, что первое на Урале специальное образовательное учреждение (Училище для слепых детей) было современной по тем временам школой, имеющей прекрасную материальную базу, образованный состав педагогов, что позволяло решать главную задачу – приспособлять слепых к самостоятельной жизни.

Конец XIX – начало XX столетия на Урале характеризуется активностью благотворительных организаций, количество которых к началу XX века в Пермской губернии составляло более трех десятков. Наиболее продуктивной была деятельность Пермского попечительства Ведомства учреждений императрицы Марии и Пермского дамского попечительства о бедных, которые содержали наиболее обустроенные и эффективные в воспитательно-образовательном плане детские учреждения (Пермский детский приют, открытый в 1850 году; Екатеринбургское Убежище для брошенных детей, существующее с 1853 года; Пермское Убежище для бедных детей, эффективно работающее с 1862 года). О качестве дела призрения в приютах Пермской губернии свидетельствует содержание письма Канцелярии по управлению детскими приютами от 26 января 1902 года, в котором говорится, что по итогам осмотра губернских приютов «особенно успешно развиваются детские приюты в Перми и вообще в Пермской губернии». Данное письмо сопровождается благодарностью от императрицы Марии Федоровны за усердную и плодотворную заботу о местных приютах Ведомства учреждений императрицы Марии [ГАПО, Т, л. 8-9].

В начале XX века общественные деятели связывают детскую неполноценность с различными заболеваниями, которые сказываются на физическом состоянии (глухота, слепота, нарушения движения) и поддерживают высокую смертность в регионе. Ниже (таблица 3) приводим данные о детской смертности на Урале, фигурирующие в докладе директора Канцелярии по управлению детскими приютами на международном конгрессе по вопросам охраны детей и борьбы с детской смертностью в Брюсселе в 1907 году [ГАПО, П, л. 52].

Представленные в таблице данные со всей убедительностью демонстрируют несопоставимо высокий уровень детской смертности во

всех регионах России по сравнению с другими развитыми странами. В Пермской губернии по отдельным уездам смертность превышает половину от всех родившихся, что существенно выше общероссийских показателей того периода времени.

Таблица 3

Статистика детской смертности в Пермской губернии
(количество смертей на тысячу новорожденных)
в сравнении с аналогичными показателями в других регионах
в 1907 году (в абсолютных показателях)

Наименование региона	Количество смертей
Норвегия	76
Швеция	92
Северо-Американские Соединенные Штаты	97
Франция	144
Санкт-Петербург	253
Европейская Россия	268
Москва	316
Пермская губерния	419
Кунгурский уезд Пермской губернии	516

Неблагоприятная ситуация со смертностью понуждает Попечительство рекомендовать целый ряд неотложных мер своим учреждениям на местах:

- осуществить распространение среди населения необходимых сведений о детской гигиене, правильном уходе за детьми посредством распространения печатных изданий, организации курсов, бесед и консультаций;
- обратиться в правительственные, общественные, частные учреждения на местах с ходатайством о принятии мер по борьбе с детской смертностью;
- содействовать (по примеру Западной Европы) в открытии местных приютов для грудных детей под постоянным контролем и руководством врачей.

Начало XX века ознаменовалось еще одним событием, сыгравшим значительную роль в становлении системы специального образования в уральском регионе.

В 1900 году группа граждан обратилась в Пермскую городскую управу с просьбой о выделении земли под строительство школы-хутора для глухонемых. Однако данная просьба в силу разных причин

удовлетворена не была, но это не значит, что вопрос о необходимости обучения глухих детей остался без разрешения. В дальнейшем инициатива обучения глухонемых детей принадлежала частной учительнице Нине Георгиевне Красноперовой, работавшей в скромной обстановке, за доступную цену, а нередко и бесплатно.

В 1908 году в г. Перми организуется Пермское общество о попечении глухонемых, которое берет под свою опеку частную школу Н. Г. Красноперовой. Получив субсидию в 1000 рублей от Пермского губернского земства, Общество снимает скромное, приличное помещение и открывает в 1909 году вновь образованную школу-интернат на 10 детей. Устроители жалуются на нехватку средств и отсутствие второго учителя, в силу чего приходится отказывать многим желающим получить образование. Лишь в 1910 году удалось нанять вторую учительницу и открыть еще один дополнительный класс. Попечители школы отмечают сложность в подборе необходимой кандидатуры на должность педагога, вследствие чего пришлось командировать одну из местных учительниц в г. Санкт-Петербург для курсовой подготовки.

Комитет общества о попечении глухонемых отмечает несомненные успехи в обучении детей и рассматривает дальнейшие перспективы развития дела призрения и обучения глухих в Пермской губернии. В распоряжение Общества поступает участок земли 10 десятин в Осинском уезде, предоставленный князем Голицыным для постройки хутора-школы и дом под школу для глухих в Нытве. Общество ведет статистику количества лиц с нарушениями слуха в Пермской губернии, которых по их данным на то время числилось более 4000 человек. Однако отсутствие средств, необходимого числа специалистов не дает возможности расширения сети отделений для обучения всех нуждающихся глухонемых.

Ценные для нашего исследования данные о первом прецеденте обучения детей с умственной отсталостью на Урале мы узнаем из трудов Х. С. Замского (1995), который, отмечая важность для Российской олигофренопедагогики Первого всероссийского съезда по вопросам народного образования (13 декабря 1913 – 3 января 1914), отмечает, в частности, о сообщении, сделанном делегатом из Пермской губернии, П. Оболенской-Засухиной. Данная учительница выступала с докладом об опыте открытия вспомогательной школы, поднимая вопрос о создании таких учреждений в сельской местности. Здесь мы можем высказать только предположение, приведенное Н. Л. Лестовой в своем диссертационном исследовании [2007]. Ею были обнаружены архивные сведения о нескольких Оболенских, занимавшихся педагогической практикой на территории Пермской губернии в то время. Можно

предположить, что речь идет о П. П. Оболенской, окончившей курс в Санкт-Петербургской земской учительской школе и работавшей учительницей в Чердынском уезде с 1889 года. Возможно, отсутствие данных о ее деятельности по обучению умственно отсталых детей объясняется работой именно в уезде, а не в губернском городе. Возможно, сыграло свою роль и то обстоятельство, на которое указывает Ф. М. Новик: «олигофренопедагогические» учреждения в России находились в стороне от общей школьной системы образования».

В архивных источниках мы находим также упоминание о том, что в этот период времени на территории Урала функционируют специальные классы для неуспевающих и труднообучаемых детей при земских училищах. Так, инспектор земских училищ Екатеринбургского уезда П. И. Малоземов просит в своем письме от 26 августа 1915 года на имя земского начальства разрешения на открытие класса и выделения средств для «труднообучаемых» детей при одном из училищ, ссылаясь на то, что подобные классы в других уездах Пермской губернии оказались полезными в деле обучения и приспособления таких детей к жизни [ГАСО, Ф 565, П 8, л. 32].

Подводя итог дореволюционному периоду развития специального образования на Урале, необходимо отметить, что в эти годы была заложена основа для его дальнейшего развития. Появились первые учреждения для обучения и воспитания детей с нарушениями зрения, слуха и интеллекта. Разумеется, они не могли решить всех проблем Уральского региона с положением аномальных детей в обществе и оказанием им педагогической помощи, адекватной их потребностям, тем не менее первые учреждения системы специального образования подавали пример и указывали путь для расширения ее сети в регионе.

Первые годы советской власти, последующая гражданская война и послевоенная разруха нанесли серьезный урон системе оказания помощи аномальным детям. То немногое, что было создано в дореволюционный период, пришло в упадок.

Оживление деятельности по восстановлению системы народного образования на Урале происходит в 20-е годы XX века в связи с организацией Пермского Губсоцвоса (отдел при губернском Наркомпросе, занимающийся вопросами общественного воспитания). Первые упоминания об общих особенностях организации дела образования и воспитания детей с дефектами развития относятся к началу 20-х гг. Планы работы подотдела правовой защиты Губсоцвоса в 1920 году отражают наиболее болезненные для того времени вопросы общественного воспитания, которыми государство намерено охватить всех детей с дефективностью: подбор педагогов для работы, борьба с бес-

призорностью, руководство деятельностью по опеке в уездных и волостных отделах образования, надзор за опекунами. В качестве основных направлений работы в ближайшее время планировалось, в частности, следующее:

- организация мастерских при домах для дефективных детей;
- разработка плана более углубленной работы с умственно отсталыми детьми;
- выделение морально дефективных детей в особый детский дом;
- сортировка детей по детским домам в соответствии с их способностями;
- изучение здоровья детей в детских домах;
- чтение докладов для педагогов по вопросам дефективности.

Послевоенная разруха, экономический упадок и голод стали причиной того, что первая попытка статистического обзора, дающая представление о системе народного образования на Урале была принята лишь в 1922-1923 гг. Статистический обзор был представлен Б. Н. Бер-Гуревичем по поручению Пермского губернского отдела народного образования. В 1923 году народное образование Пермской губернии представлено следующей сетью образовательных учреждений:

- 998 школ первой ступени (67646 учащихся);
- 22 школы второй ступени (4270 учащихся);
- 16 школ-коммун, совмещающих детские дома со школами первой ступени (1893 воспитанника);
- 57 детских домов для детей школьного возраста (3180 воспитанников);
- 27 детских домов для детей дошкольного возраста (1389 воспитанников);
- 14 детских сада (данные о количестве мест в них отсутствуют).

В эти же годы создается система воспитательных учреждений для борьбы с детской дефективностью и беспризорностью. Она включала в себя 3 типа учреждений:

- комиссии по делам несовершеннолетних (по одной комиссии на каждый уезд);
- приемники-распределители (по одному на каждый уезд);
- детские дома для воспитания физически и морально дефективных детей (по одному учреждению для глухих, слепых и умственно отсталых детей и одно учреждение для морально дефективных детей).

Несмотря на удручающий характер всей системы оказания помощи дефективным детям и развала дореволюционной сети специальных учреждений, местные органы власти умудряются создавать нежизнеспособные органы управления процессами устройства жизни детей с ограниченными возможностями здоровья.

Подробные данные о системе оказания помощи детям в системе специального образования Пермской губернии приводим в таблице 4.

Таблица 4

Сведения
о составе обучающихся, воспитанников и количестве педагогов
в детских учреждениях специального образования
Пермской губернии на конец 1923 г.
(в абсолютных показателях)

Тип учреждения	Количество педагогов в них	Количество воспитанников
Детский дом для слепых детей	5	45
Детский дом для глухонемых детей	3	25
Детский дом для умственно отсталых детей	4	35
Колония для морально дефективных детей	8	46

Примерно такое же положение в области специального образования остается в уездных городах Пермской губернии. Об этом красноречиво говорит архивный источник того времени. Так, в бюллетене первого Курганского уездного съезда Советов по народному образованию (18.08.1921 г.) отмечается: «Заслушав доклад «Народное просвещение и экономическая политика советской власти» и содоклады к нему ..., из которых видно, что воспитание молодого поколения стоит не на должной высоте:

- детская дефективность за время войны приняла чрезвычайные размеры;
- идеи единой трудовой школы, дошкольного и внешкольного воспитания вследствие тяжелых экономических условий проводятся слабо» [ГАКО, Ф, Р-567. Д. 239. ОП. 1. л. 18].

В связи с принятием Закона об обязательном начальном образовании остро встает вопрос о второгодничестве, которое не в последнюю очередь пополнялось за счет умственно отсталых детей. Откры-

тие первой на Урале вспомогательной школы для умственно отсталых детей совпало с выходом в свет Постановления Совета народных комиссаров (СНК) от 1926 года «Об учреждениях для глухонемых, слепых, умственно отсталых детей и подростков». В соответствии с данным Постановлением СНК открываются также вспомогательные школы в г.г. Перми (1928) и Челябинске (1927).

Таким образом, в первой трети XX века в Уральском регионе складывается и организационно оформляется система специального образования для детей с ограниченными возможностями здоровья: нарушениями зрения, нарушениями слуха и умственно отсталых детей. Оформление системы специального образования указывает на то, что в историческом плане завершился один из самых трудных этапов в ее развитии. Характерной особенностью данного этапа является то, что он начался с существенным отставанием во времени с подобным этапом для центральной России, но завершился одновременно. Со времени открытия первой специальной школы в 1890 году до момента оформления сети учреждений прошло менее 40 лет.

Совершенствование специальной педагогической помощи детям с ограниченными возможностями в Уральском регионе в 30-е – 90-е гг. XX века

Дальнейший интенсивный рост учреждений специального образования в Уральском регионе начался в начале 30-х годов XX века. Открываются специальные школы для глухих детей в гг. Екатеринбурге (1932 г.), Шадринске (1933 г.), Челябинске (1933 г.), Кургане (1934 г.), происходит открытие вспомогательных школ и классов в городах областного подчинения: Шадринск, Долматово, Камышлов, Невьянск, Алапаевск, Оса, Златоуст, Миасс, Кизел и др. Возобновляет свою работу школа для слепых детей в г. Перми, открываются такие же школы в гг. Шадринске (1933), Екатеринбурге (1934). Сведения об этом по Уральскому региону приведены в таблице 5.

Анализ показывает, что в конце 30-х годов XX века в Уральском регионе преимущественно открываются специальные школы трех видов: для умственно отсталых, слепых и глухих детей. Кроме того, в каждой из областей Уральского региона открыты по одной санаторно-лесной школе-интернату, которые отнести к специальному типу нет оснований. В силу этого мы исключили их из общего количества специальных школ, фигурирующих в таблице 5.

Таблица 5

Сеть специальных (коррекционных) учреждений
в Уральском регионе на конец 1938 – 1939 учебного года
(в абсолютных показателях)

Территория	Количество специальных школ	В них обучалось учащихся
Пермская область	4	549
Свердловская область	8	1489
Челябинская область	6	602
Всего	18	2640

Великая отечественная война 1941-1945 гг. приостановила развитие специального образования на Урале. Ряд зданий, в которых ранее размещались специальные школы, были отданы под госпитали или перепрофилированы под эвакуированные промышленные предприятия. Однако в течение 5 послевоенных лет сеть специальных учреждений не только восстановлена, но и несколько увеличена по сравнению с 1939 годом.

Ускоренное развитие специального образования в Уральском регионе, как, впрочем, и во всей России, падает на 50-60-е гг. XX века. Очевидцы событий того времени связывают этот «феномен» с личностью Н. С. Хрущева, в семье которого воспитывался аномальный внук. Однако этот факт всячески замалчивался. В то время как в США, например, бум с развитием специального образования связывался в это же время с деятельностью президента Д. Кеннеди и наличием в их семье умственно отсталой сестры. Этот факт неоднократно освещался в печати и надо сказать принес большую пользу американскому обществу и позволил принять в США Закон «Об аномальных индивидах». У нас же в России такого закона не принято до сих пор.

Показательным для специального образования Уральского региона в эти годы стало следующее: дальнейшая дифференциация сети специальных школ и дошкольных учреждений, наличие всех видов подобного рода учреждений для детей с физическими и психическими недостатками; охват обучением детей с дошкольного возраста; полное удовлетворение потребностей населения в услугах, связанных с обеспечением помощи в образовании; наличие в системе специального образования большего, чем в других регионах, количества подготовленных специалистов, чему способствовало открытие в 1964 году дефектологического факультета в Свердловском государственном педагогическом институте (в настоящее время – это Институт специального образования Уральского государственного педагогического университета).

Именно в 50-е – 60-е годы XX века впервые на Урале открываются специальные школы для детей с глубокими нарушениями речи. В гг. Свердловске (1956 г, 1962 г.), Челябинске (1958 г.), Перми (1959 г.), Кургане (1966 г.). В 1962 году в г. Свердловске открывается школа-интернат для детей с ринолалией, которая в течение ряда лет была экспериментальной площадкой, где отрабатывались методы раннего хирургического вмешательства и ранней коррекции речи после проведения пластических операций детям в первые годы жизни.

Появляются специальные коррекционные школы-интернаты для слабовидящих детей в гг. Свердловске, Челябинске; для слабослышащих детей – в г. Н. Тагил.

Продолжает развиваться сеть специальных вспомогательных школ-интернатов и специальных классов для умственно отсталых детей при общеобразовательных школах, открываются детские сады для детей с нарушениями слуха и зрения.

В развитии системы специального образования Уральского региона 70-80-х гг. необходимо выделить наиболее типичные тенденции, которые, с одной стороны, носили общероссийский характер, с другой – своеобразно преломлялись в практической деятельности специальных учреждений региона. Первая тенденция связывается нами с развертыванием сети специальных школ-интернатов и закрытием специальных классов и специальных школ дневного пребывания.

Опираясь на качественный анализ результатов работы с учащимися в специальных классах общеобразовательных школ, специальных коррекционных школ дневного пребывания и специальных коррекционных школ-интернатов можно было сделать вывод о том, что наиболее эффективно работали именно последние. Об этом говорят статистические данные по трудоустройству выпускников, закончивших обучение в 1976 году (таблица 6).

Качественный анализ результатов трудоустройства показал, что более высокие результаты в устройстве среди выпускников специальных школ-интернатов. Они были обусловлены: высоким уровнем материальной базы профессионально-трудового обучения в специальных школах-интернатах, учебный процесс обеспечивали наиболее подготовленные учителя, налаженной системой профотбора и профессиональной ориентации, открытием в таких учреждениях классов, обеспечивающих производственную подготовку учащихся на завершающем этапе профессионально-трудового обучения и т. д. В то время как в специальных классах при общеобразовательных школах и во многих специальных школах дневного пребывания подобные условия отсутствовали (в данном случае автор использовал материалы Всероссийского

совещания по вопросам трудового обучения и воспитания учащихся вспомогательных школ Свердловской области, Свердловск, 1981 г.).

Таблица 6

Данные о трудоустройстве умственно отсталых школьников в Свердловской области, окончивших обучение в 1976 году во всех типах образовательных учреждений в %

№ пп	Характер устройства	Обучались в:		
		Специ- альных классах	Специальной школе дневного пребывания	Специ- альной школе- интернате
1.	Трудоустроились всего, в том числе:	10	30	60
2.	по профилю, которому обучались в школе	-	15	80
3.	по профилю, не связанному со школьным обучением	10	85	20
4.	Зачислены в ПТУ всего, в том числе:	90	60	30
5.	по профилю, которому обучались в школе	-	30	50
6.	профиль, не связанный со школьным обучением	100	70	50
7.	не трудоустроены в связи с инвалидностью	0	10	10

Немаловажным фактором, способствующим закрытию специальных классов являлось и то, что значительная часть родителей не могла должным образом воспитывать своих аномальных детей в связи с низким уровнем образования, неудовлетворительными материальными и социально-бытовыми условиями семьи. Это обстоятельство неоднократно отмечалось в исследованиях российских ученых [Х. С. Замский, 1995; Г. М. Татимов, 1970; Ш. Н. Нигаев, 1978]. Вместе с тем статистика говорит о том, что большая часть специальных классов при общеобразовательных школах того времени не была обеспечена квалифицированными специалистами, а это, в свою очередь, существенно снижало эффективность коррекционно-развивающей работы с детьми.

Насколько решительно претворялась в жизнь указанная тенденция, видно из таблицы 7 (использованы данные из личного архива автора).

Таблица 7

Динамика развития сети специального образования
в Уральском регионе в 60-е – 70-е г.г. XX века
(в абсолютных показателях)

Область	Сеть специальных учреждений					
	Специальные классы		Школы дневного пребывания		Интернатные учреждения	
	1960	1970	1960	1970	1960	1970
Свердловская	36	4	7	2	12	29
Пермская	68	37	6	6	4	41
Челябинская	58	12	8	6	4	21
Итого	162	53	21	14	20	91

В конце 80-х годов XX века сеть специальных учреждений Уральского региона обеспечивала полный охват всех нуждающихся детей специальным образованием. Ниже приводим данные о характере системы специального образования в Уральском регионе на конец 1987 года (таблицы 8, 9), которые любезно представлены в наше распоряжение соответствующими управлениями образования.

Таблица 8

Школьные учреждения для детей с недостатками
в умственном и физическом развитии на конец 1987 года
(в абсолютных показателях)

Область	Кол-во специальных школьных учреждений для детей, имеющих нарушения				
	интеллекта	зрения	слуха	речи	опорно-двигательного аппарата
Свердловская	58	2	4	2	2
Пермская	47	2	2	2	1
Челябинская	39	3	2	4	1
Курганская	15	1	1	1	1
Итого	159	8	9	9	5

Конец 80-х годов в Свердловской области ознаменовался двумя неординарными событиями, которые позитивно отразились на последующем развитии всего Уральского региона и получили положительный резонанс в России – это открытие Региональной лаборатории по

социально-трудовой адаптации умственно отсталых детей при дефектологическом факультете Уральского государственного педагогического института (1986 г.) и диагностического Центра при специальной коррекционной школе № 111 г. Екатеринбурга (1989 г.).

Таблица 9

Учреждения специального типа для детей дошкольного
возраста на конец 1987 г.
(в абсолютных показателях)

Область	Кол-во специальных детских садов для детей, имеющих нарушения				
	интел- лекта	зрения	слуха	речи	опорно-двигате- льного аппарата
Свердловская	8	4	2	12	2
Пермская	4	2	2	6	1
Челябинская	4	2	2	8	1
Курганская	1	1	1	2	1
Итого	17	9	7	28	5

Примечание: кроме того, имелось более 40 специализированных групп детей с аномалиями развития при обычных детских садах.

Мы заостряем внимание на этих исторических фактах не только потому, что такие прецеденты имели место впервые в истории специального образования Уральского региона, но и в силу значимости того воздействия, которое они оказали на всю последующую историю развития регионального образования в целом. Кроме того, мы считаем, что именно этот временной период является рубежным периодом перехода на современный этап развития специального образования на Урале. В этом плане Уральский регион опередил другие регионы России в видении перспектив развития различных форм оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Благодаря разработанным нами проектам социально-трудовой адаптации и оценки детей в системе образования стали отрабатываться модели постоянно действующих психолого-медико-педагогических комиссий и консультаций (ПМПК), а также региональные модели специального образования, направленные на интеграцию детей в социальной среде в широком смысле этого слова.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов, Н. М. Раздумья о здоровье. [Текст] / Н. М. Амосов. – Свердловск : Среднеуральское книжное изд-во, 1987.
2. Апанасенко, Г. Л. Физическое развитие детей и подростков. [Текст] / Г. Л. Апанасенко. – Киев : Здоровье, 1985.
3. Бабина, Р. Т. Оценка физического развития детей Свердловской области от 0 до 16 лет. [Текст] / Р. Т. Бабина. – Екатеринбург , 2001.
4. Байдалова, Н. Ф. Оценка состояния здоровья и развития детей и подростков. [Текст] / Н. Ф. Байдалова [и др.]. – Архангельск, 1986.
5. Бароненко, В. А. Основы здорового образа жизни. [Текст] / В. А. Бароненко, В. Н. Люберцев, Л. А. Рапопорт. – Екатеринбург : изд-во УГТУ – УПИ, 1999.
6. Башкиров, П. Н. Учение о физическом развитии человека. [Текст] / П. Н. Башкиров. – М. : изд-во МГУ, 1962.
7. Брехман, И. И. Валеология – наука о здоровье. [Текст] / И. И. Брехман. – М. : Физкультура и спорт, 1990.
8. Бунак, В. В. Выделение этапов онтогенеза и хронологические границы возрастных периодов [Текст] / В. В. Бунак // Советская педагогика. – 1965. – том 29. – № 11. – С. 105-119.
9. Властовский, В. Г. Сравнительный анализ особенностей роста и соматического развития якутских и русских детей 8-18 лет [Текст] / В. Г. Властовский // Вопросы антропологии. – 1984. – вып. 73. – С. 25-38.
10. Государственный архив Курганской области (ГАКО), Фонд 49.
11. Государственный архив Пермской области (ГАПО). Фонды 82, 144, 42, 35, 65, р-35.
12. Государственный архив Свердловской области (ГАСО). Фонд 57.
13. Громбах, С. М. Школа и психическое здоровье учащихся. [Текст] / С. М. Громбах. – М. : Педагогика, 1988.
14. Казначеев, В. П. Биосистема и адаптация. [Текст] / В. П. Казначеев. – Новосибирск , 1973.
15. Кардашенко, В. Н. К вопросу о физическом развитии и состоянии здоровья детей школьного возраста [Текст] / В. Н. Кардашенко, Н. Н. Суханова. // Советское здравоохранение. – 1990. – № 1. – С. 55-58.

16. Коркунов, В. В. Концептуальные положения развития специального образования в регионе: от теоретических моделей к практической реализации [Текст] : монография. / В. В. Коркунов. – Екатеринбург : изд-во Урал. гос. пед. ун-тет, 1998.

17. Кузьмин, К. В. История социальной работы. [Текст] / К. В. Кузьмин, Б. А. Сутырин. – М. : изд-во «Академ. проект», 2005.

18. Нигаев, А. Н. Статистико-социологическое исследование распространенности детских аномалий в Свердловской области. [Текст] / А. Н. Нигаевю – Свердловск , 1978.

19. Сердюковская, Г. Н. Охрана здоровья детей и подростков – важнейшая социальная проблема [Текст] / Г. Н. Сердюковская, У. Кляйнпетер. // Здоровье, развитие, личность / под ред. Г. Н. Сердюковской. – М. : Медицина, 1990.

20. Слудковская, И. А. Просветительская деятельность в Прикамье в 19-20 вв. [Текст] / И. А. Слудковская. – Пермь , 1967.

21. Сухарев, А. Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. [Текст] / А. Г. Сухарев. – М. : Медицина, 1991.

22. Татимов, Г. М. Статистико-социологическое исследование распространенности детских аномалий в РСФСР. [Текст] / Г. М. Татимов. – М. , 1970.

23. Тихвинский, С. Б. Роль физического воспитания в здоровье подростка. [Текст] / С. Б. Тихвинский. – Л. : Педагогика, 1987.

24. Фомин, Н. А. Психофизиология здоровья. [Текст] / Н. А. Фомин. – М. – Челябинск : изд. Татьяна Лурье, 1998.

25. Чумаков, Б. Н. Валеология [Текст] : избранные лекции. / Б. Н. Чумаков – М. : Новая школа, 1997.

26. Шишонко, В. Н. Развитие народного образования в Пермской губернии. [Текст] / В. Н. Шишонко. – Пермь , 1913.

Учебное издание

Коркунов Владимир Васильевич
Зак Галина Георгиевна
Кузьмин Константин Викторович

**ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**
(историко-региональный аспект)

Редактирование	В.В. Коркунов, Г.Г. Зак, К.В. Кузьмин
Корректурa	Г.П. Калинина
Макетирование	Г.П. Калинина

Подписано в печать 08.06.07 Формат 60x84/16
Бумага для множительных аппаратов. Печать на ризографе.
Усл. печ. л. 4,5 п.л. Тираж 250. Заказ 825

ИП Калинина Галина Павловна
620026, г. Екатеринбург, а/я 728
E-mail: unicum @ sky. ru

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии АМБ
Адрес: 620144, г. Екатеринбург, ул. Фрунзе, д. 96.
Тел.: (343) 269-55-06, 269-55-08.