

УДК 378-055.2(470)(091)
Doi: 10.26456/vtpsymped/2025.1.258

Этапы становления и развития отечественной практики госпитальной педагогики (1870–1990-е гг.)

Я.Е. Фадеева

ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет», г. Тверь

Осуществлен ретроспективный анализ развития отечественной практики обучения и воспитания детей в условиях лечебных учреждений. Выделены ключевые этапы становления и дезинтеграции системы госпитальной педагогики с учетом социально-политических и концептуальных новаций: «монаршего призрения и покровительства»; «филантропически-благотворительный»; «государственной поддержки»; «нормативно-правовых преобразований в контексте международных принципов», «ретроинновационный».

***Ключевые слова:** госпитальная педагогика, специальное образование, длительная госпитализация детей.*

Процесс развития отечественной практики госпитального обучения и воспитания характеризуется неравномерностью и аритмичностью вследствие ряда политических и социокультурных трансформаций. На основе структурно-диахронного и историко-компаративистского методов [11] нами было выделено пять этапов становления практики госпитального образования с последовательным переходом от первых попыток организации педагогической деятельности на базе учреждений здравоохранения до вынужденного забвения данной практики и последующего возобновления утраченной педагогической традиции. Критериями создания периодизации стала смена аксиологических основ и социально-экономических условий реализации образовательного процесса на базе лечебных учреждений.

Предвестником развития госпитальной педагогики можно считать начало XVIII века, когда Петром I был издан ряд указов на прекращение детоубийства, изменение системы защиты и помощи сиротам, облегчение участи незаконнорожденных [10]. Были учреждены госпитали для «засорных», службы «кормилиц», созданы условия для воспитания и обучения детей. Это были первые попытки заложить социально-правовые основы помощи и поддержки института детства на государственном уровне [3].

Вопросы смертности сирот и незаконнорожденных детей поднимались в 1761 году М.В Ломоносовым, для решения которых им было предложено учредить ряд богаделен и домов призрения. Однако в

данных организациях еще не уделялось должного внимания воспитанию детей, и не имеется свидетельств об обучении подопечных [12].

Основанием для определения первого этапа в истории становления госпитальной педагогики, «монаршего призрения и покровительства», является 1763 год – дата создания первого воспитательного дома. Установление уровня детской смертности и осознание общественностью ее последствий привело к созданию акушерских школ, а также специальных учреждений – воспитательных домов, при которых были организованы лазареты [3]. Манифест об учреждении Императорского московского воспитательного дома с госпиталем для бедных родильниц был принят Екатериной II под влиянием прогрессивных идей Ивана Ивановича Бецкого: «Сие богоугодное и благочестивое государственное учреждение, предназначенное для сохранения жизни и воспитания в пользу общества в бедности рожденных младенцев, будет навеки под особым Монаршим покровительством и призрением» [3, с. 23].

Впервые деятели позаботились не только об уходе, заботе и сохранении жизни, но и о воспитании подопечных как граждан, полезных для общества. На мировоззрение И.И. Бецкого повлияли идеи западноевропейских ученых и педагогов: Д. Локка, К.А. Гельвеция, Ж.Ж. Руссо, Д.Дидро. Так, секретарь императрицы отстаивал идеи необходимости создания «новой породы людей» по примеру третьего сословия во Франции, в которых следует «вселить цивилизованный разум» [10, с. 28]. Этой просветительской цели как раз служили воспитательные дома, организованные им сначала в Москве, а затем и в Петербурге, по образцу пансионатов в Лионе.

В штат Воспитательного дома, наравне с врачами, лекарями, повивальными бабками, входили священники и учителя. Воспитанники разделялись по возрастам на пять категорий. По достижении семи лет детей обучали чтению, письму, закону Божьему, арифметике, ремесленным навыкам и рукоделию. С 15 лет воспитанники получали практические навыки в ремесленных мастерских [4].

При этом детей с более крепким здоровьем отправляли на воспитание и вскармливание в деревни (Московской, Тульской, Рязанской, Владимирской, Тверской, Смоленской и Калужской губерний), где они продолжали находиться под наблюдением выездных врачей. В стенах самого Воспитательного дома оставались на проживание и обучение дети ослабленные, нуждающиеся «в особом уходе и врачебном наблюдении» [3, с. 27]: «Московский воспитательный дом замышлялся не только как педагогическое, но и как медицинское учреждение, в котором медикам было предписано сохранять жизнь воспитанникам, большинство из которых были тяжелобольными детьми, требовавшими срочной медицинской помощи» [4, с. 5] В 1770 г. отделение Московского воспитательного дома открылось в Петербурге.

Позже такие появились и в провинциальных городах. С 1797 года было установлено централизованное руководство в воспитательных домах, введен контроль за деятельностью воспитателей.

Еще одной ключевой тенденцией первого этапа является становление благотворительной системы в России, связанное с именем императрицы Марии Федоровны. Структура благотворительной сферы включала три направления: народное просвещение, социальное обеспечение и здравоохранение. Императрице удалось не только обеспечить финансированием находившиеся под ее опекой воспитательные дома, но и реорганизовать их учебные планы. Под патронажем Марии Федоровны на благотворительные средства были открыты общедоступные лечебницы, женские училища, дома призрения [12].

Первый этап в истории становления госпитальной педагогики характеризуется отдельными попытками снижения детской смертности путем организации призрения нуждающихся. Однако благодаря распространению идей европейских просветителей концепция воспитательных домов предполагала приоритет педагогического аспекта над медицинским. Опыт деятельности воспитательных домов заложил отечественную традицию воспитания и обучения ослабленных и страдающих соматическими болезнями детей [19].

Хронологизацию второго этапа в отечественной истории становления госпитальной педагогики, «филантропически благотворительного» (30-е годы XIX века – 1917 год), обосновано рассматривать в связи с открытием первых детских больниц с сохранением в них педагогического направления.

Так, в 1834 г. в Петербурге была развернута первая в России (и третья в Европе) больница для детского населения, а уже в 1842 г. детская больница появилась и в Москве. Оба учреждения носят теперь имя Нила Федоровича Филатова [12].

В этот исторический период также набирает популярность деятельность благотворительных обществ: Императорского Человеколюбивого общества, Ведомства учреждений Марии Федоровны. К 1855 году управление всех благотворительных заведений, находившихся под опекой императрицы, было приведено к единым стандартам, также были учреждены критерии оценивания деятельности педагогов Воспитательных домов и училищ, составлены типизированные учебные планы [4].

Накопление и систематизация данных о патогенезе и терапии детских болезней выделило к 1860-м годам педиатрию в самостоятельную отрасль медицины [12]. Произошла институализация учреждений образования и здравоохранения: были построены больница им. Раухфуса в Петербурге (1869) и больница им. Русакова в Москве (1876); усовершенствована организация больничного дела в вопросах изоляции инфекционных больных, дезинфекции, введения униформы.

Карл Андреевич Раухфус, будучи главврачом обустроенной им больницы, уделял внимание воспитательной части: он самолично разработал режим дня для детей грудного возраста; по его указу с пациентами проводили занятия воспитатели [16].

Научно-исследовательский и практический комплекс института Бехтерева, помимо многих медицинских институтов, клиник и лабораторий, включал педологический институт с полным пансионом, принимавший на воспитание детей, вспомогательную школу для отсталых, нервных и детей с ослабленным развитием. При институте открыли клиники: нейрохирургическую, нервных и душевных болезней. Здесь действовали институты: экспериментально-клинический по изучению алкоголизма, педологический, а также вспомогательная школа для отсталых, слаборазвитых и нервных детей [6].

Несмотря на принятые усилия благотворителей, исследователи советского периода обрушились с критикой на организацию медико-педагогической помощи детям в рассматриваемый период: «В дореволюционное время сеть детских лечебных учреждений была крайне незначительна, а отдельные виды лечебной помощи не были развернуты: так, например, почти отсутствовали санатории для больных детей. При широком распространении костного туберкулеза среди детей до 1917 г. в царской России имелось только два костнотуберкулезных санатория» [7, с. 48]. При этом неоспоримо подчеркивалась принадлежность идеи госпитальной педагогики дореволюционному этапу: «Еще в дореволюционное время врачами-практиками, непосредственно ведущими лечебную работу с детьми, был выдвинут вопрос о необходимости заполнить детский досуг, когда идет процесс выздоровления ребенка, конкретным содержанием с тем, чтобы обеспечить лучшее выполнение детьми лечебного режима» [7, с. 49].

Таким образом, на втором этапе становления госпитального образования в России постепенно сложилась организованная система медико-педагогического обеспечения нужд детского населения. Тем не менее, воспитательные учреждения финансировались в основном за счет нестабильных поступлений средств благотворителей. С появлением эмпирических данных, касающихся детской заболеваемости, лечебницы и амбулатории были территориально вынесены из жилых корпусов в отдельные здания. Повысилась внимание к состоянию здоровья воспитанников, вследствие чего в вопросах попечения на первый план стал выходить лечебный компонент. Накануне Октябрьской революции 1917 г. в России функционировало около 30 детских больниц, но лишь в отдельных учреждениях велась воспитательная работа с детьми [12].

Основанием для выделения третьего этапа – этапа «государственной поддержки» (1918 г. – конец 1980-х годов), является изменение государственно-политического устройства страны и принятие новой образовательной стратегии. Так, после Октябрьской революции

забота о матери и ребенке впервые стала государственным делом [6]. Новая власть приняла на себя всю ответственность о благополучии подрастающего поколения: материальное обеспечение, воспитание, образование, сохранение здоровья. Филантропически-благотворительная деятельность была запрещена, в результате одни учреждения были закрыты, другие – переданы в ведение Народных комиссариатов здравоохранения, просвещения, социального обеспечения. Единственным источником финансирования организаций здравоохранения и образования стал госбюджет [4]. Главной образовательной задачей нового XX века стало введение всеобщего обучения детей и поднятие грамотности народа, демократизация народного просвещения и создание общественной системы образования в России [6].

Влияние экономических и идеологических факторов в 1920–1930-е годы привело к созданию особой системы помощи детям – так называемого «закрытого призрания». Оно подразумевало изоляцию ослабленного или болеющего ребенка в особом социуме, где ему будет оказываться медико-педагогическая помощь и поддержка [1]. Вследствие развития подобного направления преобладающими типами детских организаций стали дом ребенка, детский дом и школа-интернат. На базе данных учреждений осуществлялась коррекционно-лечебно-педагогическая работа, теория и практика которой в дальнейшем стала основой дефектологии. А ветвью дальнейшего развития госпитального обучения следует считать учебно-воспитательный процесс на базе институтов в ведении Наркомздрава: больниц, санаториев, лесных школ [15]. В результате постепенного накопления научных исследований о развитии ребенка советские педагоги и врачи пришли к выводу о необходимости проведения учебно-воспитательной работы в лечебных и профилактических учреждениях. Однако основной целью было не достижение академических успехов учащимися, а укрепление здоровья и профилактика заболеваемости детей [2].

Изменилась и концептуальная основа госпитального обучения. С первых дней советской власти правительством был издан декрет по организации Отдела охраны материнства и младенчества «в целях выполнения одной общегосударственной задачи – создания сильных духовно и физически граждан» [2, с. 79]. К созданию системы педагогической помощи детям, находящимся на лечении в стационаре, побудили идеологические, гедонистические и научно-исследовательские мотивы.

Показательным с точки зрения идеологических оснований педагогической работы в стационаре, на наш взгляд, являлась разработка содержания учебных программ в строгом соответствии с «указаниями партии и правительства» [5, с. 11]. Перед педагогом учреждения здравоохранения стояла задача коммунистического воспитания социально-полноценной личности. Авторами признавалась

необходимость разработки особой системы воспитательной работы для «формирования из больного ребенка жизнерадостного, деятельного и социально-положительного человека» [5, с. 12].

Немаловажной группой мотивов развития педагогики на базе лечебных учреждений считались гедонистические: «сохранение эмоционального тонуса, что даже у взрослых больных имеет огромное лечебное значение, чрезвычайно благоприятно влияет на исход болезни у детей. Хорошее настроение ребенка – одно из важнейших условий для достижения успеха в лечении» [15, с. 7]. Педагоги рассматриваемого периода справедливо называли свою работу «лечением радостью, потому что радостное настроение правильно рассматривается им как могучий лечебный фактор, как обязательное общее условие успешности лечения» [5, с. 4].

Но наиболее аргументированным основанием для внедрения педагогической работы в подведомственных Наркомздраву учреждениях являлись научно-исследовательские мотивы: «Общим положением является создание и поддержание у больных детей положительного эмоционального тонуса, отвлечение внимания от переживаний, вызванных болезнью» [2, с. 78]. В научных работах третьего этапа встречаются исследования, посвященные профилактике детского невроза и астенизации [1], а также лечению, оздоровлению и закаливанию детского организма педагогическими методами [5].

Следует отметить, что в довоенные годы учебно-воспитательная деятельность на базе детских больниц и санаториев воспринималась как часть лечебного режима [15]. Этому способствовали и данные врачей-педиатров о влиянии реакций психики на ход лечения и общее состояние организма.

В.Н. Мясичев установил механизмы влияния негативных эмоций на нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и нервной деятельности, а также трансформации реакций на введение тех или иных лекарственных препаратов [13]: «известно, что такое острое переживание, как страх, сопровождается спазмом сосудов и ослаблением сердечной деятельности, повышением кровяного давления, замедлением и ослаблением дыхания» [5, с. 10]. Положительные эмоции способствуют оздоровлению и восстановлению всех систем организма [13].

Советские педагоги отмечали появление в штатном расписании больниц должностей педагогических работников как ответ на просьбы родителей детей, страдающих соматическими заболеваниями: «родители считали необходимым хотя бы в элементарной форме организовать среди детей учебную работу с тем, чтобы ребенок по возвращении в школу легко мог догнать своих товарищей» [15, с. 6].

В послевоенные годы отечественные исследователи Н.И. Красногорский, Н.М. Аксарина, С. Ромейко-Гурко не только

обобщили закономерности психического развития детей, страдающих различными соматическими заболеваниями, но и отметили изменения их поведения в результате проводимой педагогической работы. В частности, в научно-методических источниках рассматривались психические особенности детей со следующими группами заболеваний: острые инфекционные (скарлатина, ветряная оспа, коклюш, дизентерия), острые вирусные (грипп, корь, краснуха), заболевания дыхательных путей (бронхит, пневмония, плевропневмония, туберкулез), трофические (рахит), опорно-двигательного аппарата (костный туберкулез, ревматизм) [14].

Также был сделан вывод о том, что систематическая учебная работа с детьми, страдающими соматическими заболеваниями, возможна только при условии их длительного пребывания в стационаре. В случае краткосрочной госпитализации функции педагога, по мнению советских исследователей, могла бы осуществлять медицинская сестра, так как педагогика того времени также, как и медицина, предполагала «субъект-объектный» тип взаимодействия с подопечными [17].

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что на третьем этапе теория и практика госпитальной педагогики получили наибольшее развитие. Учебно-воспитательный процесс на базе учреждений здравоохранения полностью перешел под государственное управление. Была определена основная цель междисциплинарной работы с болеющими и ослабленными детьми, которая определялась как «всемерное содействие лечению, выздоровлению и полной нормализации жизни длительно болеющего ребенка» [5, с. 12]. Приведенный тезис позволяет говорить о признании специалистами педагогического начала в практике лечения и восстановления детей. В этот период также стали публиковаться первые научно-методические труды, посвященные особенностям организации учебно-воспитательной среды на базе стационаров и санаториев, рассматривалась специфика коммуникации педагогов с семьей ребенка [15]. Таким образом, на третьем этапе началось постепенное становление государственной системы образования детей, страдающих соматическими заболеваниями. Была создана номенклатура детских учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения, в каждом из которых была введена штатная педагогическая единица. Учитывая данный факт, можно сделать вывод, что в советский период лечебный компонент стал превалировать над образовательным при работе с детьми на базе стационаров, однако в трудах специалистов сферы здравоохранения подчеркивалась необходимость педагогической работы с больными и выздоравливающими детьми.

Четвертый этап: конец 80-х годов XX века – начало XXI века – «нормативно-правовых преобразований в контексте международных принципов». На этом этапе к человечеству пришло понимание того, что

ребенок является полноценным членом общества, наделенным совокупностью прав и обязанностей [12]. 20 ноября 1989 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Конвенция о правах ребенка – наиболее широко признанный международный документ, в котором в качестве стратегических ориентиров декларируются, в частности, доступность образования вне зависимости от внешних условий [6]. С 1993 года Россия ратифицировала Конвенцию, приступив к реализации ее принципов, в результате чего отсутствие у ребенка доступа к обучению в ходе нахождения в медицинском стационаре стало расцениваться как прямое нарушение его прав [12].

В 1993 году был подписан «Меморандум о взаимодействии Российской Федерации и ООН по вопросам образования, науки и культуры», в котором подчеркивалась готовность России к реформам системы образования на основе международного опыта. Вслед за принятием данного документа последовало заключение ряда двухсторонних соглашений в сфере образования со странами Европы и Азии. Таким образом, в этот период Россия присоединилась к нормативно-правовому регулированию образования на основе международных стандартов. В соответствии с принципом доступности получила распространение идея инклюзивного обучения [12]. Так, большое внимание стало уделяться созданию специальных образовательных условий и подготовке адаптивных образовательных программ для лиц с нарушениями в развитии. Однако, принятые реформы и нововведения не учитывали особых потребностей лиц с соматическими заболеваниями [18]. Таким образом, дети, находящиеся на длительном лечении в условиях медицинского стационара, остались вне фокуса внимания педагогов-реформаторов данного этапа.

В это же время во всем мире было признано, что эффективность лечения больных детей определяется не только точной диагностикой заболеваний, но и пониманием личности ребенка; в связи с этим исследовалась детерминирующее влияние психологических факторов на соматическую сферу ребенка [6]. В этот период в России были созданы новые типы учреждений и медицинских направлений: многопрофильные детские больницы, скорая помощь для детей, специализированные центры по лечению отдельных заболеваний у детей (пульмонологические, аллергологические, гастроэнтерологические и др.), организованы отделения для детей, страдающих эндокринными, гематологическими и онкологическими заболеваниями, медико-генетические консультации для лечения и воспитания детей с психоневрологическими заболеваниями, с органическим поражением центральной нервной системы [18].

В конце 1980-х гг. был проведен ряд государственных образовательных реформ в целях демократизации образовательной системы, «переводя образование в сегмент государственно-общественного соинвестирования, социального партнерства и

конкурентного рынка образовательных услуг» [6; с. 40]. В результате подобные трансформации оказали разрушительное воздействие на стройную систему госпитального образования прошлого этапа. Повсеместно были сокращены ставки педагогов и воспитателей при детских больницах. Лишь в некоторых крупных учреждениях сохранились отдельные договоренности с близлежащими школами для привлечения внештатных педагогов для проведения занятий [18]. В результате смещения фокуса внимания исключительно на медицинские аспекты, проходившие лечение дети фактически оказывались изолированными от учебно-воспитательного процесса. Родители и законные представители были вынуждены своими силами ликвидировать академические пробелы детей на фоне их соматического заболевания. Воспитательная работа при этом негласно делегировалась среднему медицинскому персоналу или не осуществлялась вовсе [11]. Таким образом, произошел разрыв между уровнем развития медицинской помощи детскому населению и организацией педагогической работы в условиях совершенствования сферы здравоохранения. Отсутствие централизованной поддержки разрушило формировавшуюся в советский период систему госпитального образования [18]. Так, дети, страдающие соматическими заболеваниями и вынужденные находиться на длительном лечении, «выпали» из учебного процесса более, чем на четверть века.

Однако на фоне «второй ретроинновационной волны в образовании» (2013–2019 гг.), которая осуществлялась на «позднесоветской культурно-исторической образовательной традиции» [6, с. 9], на федеральном уровне была поддержана инициатива создания проекта госпитальной школы, что явилось основанием для определения начала пятого, «ретроинновационного» этапа, связанного с оформлением системно-организованного подхода в развитии госпитальной педагогики в России [6]. Так, в ноябре 2015 года на основании Приказа Министра образования и науки РФ была сформирована межведомственная рабочая группа по вопросам организации образовательного процесса для детей, находящихся на лечении в условиях стационара [8]. Авторами инициативы была разработана модель госпитального обучения и воспитания на основе принципов, сложившихся в результате накопления отечественного опыта педагогического взаимодействия с детьми, страдающими соматическими заболеваниями [9]. Перед инициаторами создания концепции стояла задача – восстановить педагогическую практику на базе учреждений здравоохранения: «нынешний проект госпитальных школ возрождает существовавшую ранее традицию, которая затем была утеряна» [16].

Таким образом, процесс становления и развития госпитальной педагогики в отечественной науке претерпел ряд концептуальных и организационных изменений, обусловленных реформами в социально-

политической среде. Более чем за два с половиной века практика учебно-воспитательной работы в условиях учреждений здравоохранения подверглась значительным трансформациям, отражающим как потребности общества, так и научные достижения в сфере образования и здравоохранения.

В логике историко-компаративистского метода нами было выделено пять основных этапов в развитии отечественной практики госпитальной педагогики:

1. «монаршего призрения и покровительства» (1763 г. – первая треть XIX в.);
2. «филантропически благотворительный» (30-е гг. XIX в. – 1917 г.);
3. «государственной поддержки» (1918 г. – конец 1980-х гг.);
4. «нормативно-правовых преобразований в контексте международных принципов» (конец 80-х гг. XX века – начало XXI в.);
5. «ретроинновационный» (2015 г. – по настоящее время).

По мере накопления опыта педагогического взаимодействия с детьми, страдающими соматическими заболеваниями, произошла идейная трансформация в понимании баланса между образовательным и лечебным компонентами: от преобладания педагогического начала до междисциплинарного взаимодействия с доминированием оздоровительной деятельности. Будучи изначально учрежденной на государственном уровне, на втором этапе своего развития педагогическая работа с больными и выздоравливающими детьми оказалась зависимой от благотворительной поддержки. Однако к третьему этапу ответственность по организации воспитания и обучения на базе учреждений здравоохранения была всецело возложена на государство. К концу 80-х годов XX века Россия начала осуществление образовательных реформ в рамках международных стандартов, утратив практический опыт госпитальной педагогики советского периода. Четверть века спустя, в связи с внутренним запросом на педагогическую работу с детьми, находящимися на длительном лечении, произошло возрождение педагогической традиции с последующим развитием сети госпитальных школ. В настоящий момент перед флагманами возрождения госпитальной педагогики поставлено множество задач, ведущими среди которых являются адаптация методов и подходов к обучению и воспитанию в условиях стационара и систематизация данных о социально-психологических особенностях детей, страдающих соматическими заболеваниями различного генеза.

Список литературы

1. Адамов Г.Б. Прикованная радость / под ред. М. Горького // Наши достижения. 1933. № 11. С. 77–85.

2. Зернов Н.Г. Основные принципы организации педагогической и воспитательной работы в условиях детской больницы // Вопросы охраны материнства и детства. М.: Медгиз. 1962. С. 78–80.
3. Императорский Московский воспитательный дом: (1763–1813 – первые 50 лет в истории Научного центра здоровья детей РАМН) / Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Шер С.А. М.: Союз педиатров России. 2009. 63 с.
4. Императорский Московский воспитательный дом как центр охраны здоровья детей в Российской империи (1813–1917 гг.) / Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Шер С.А. М.: Союз педиатров России. 2011. 127 с.
5. Коган А.Г. Лечебная педагогика в детском санатории / 2-е изд., перераб. и доп. Л.: Медицина. 1977. 89 с.
6. Культурно-исторические основы развития отечественного образования и педагогики второй половины XX – начала XXI вв. / Богуславский М.В. Богуславская Т.Н., Милованов К.Ю., Овчинников А.В. // Проблемы современного образования. 2020. № 3. С. 93–105. // Лань: электронно-библиотечная система. URL: clck.ru/3GCrUf
7. Лейтес Б.Г. Организация школьных занятий для детей, больных ревматизмом. // Вопросы охраны материнства и детства. М.: Медгиз, 1961. С. 48–53.
8. О Межведомственной рабочей группе по практическому решению проблем обучения детей, находящихся на длительном лечении в медицинских организациях: Приказ Министерства науки и образования РФ от 12 нояб. 2015 г. № 1323 // Информационный портал «Заботливая школа». 2015. URL: <http://uchimznaem.ru.xsph.ru/images/gruppa/prikaz1323.jpg>
9. О порядке организации получения образования обучающимся, нуждающимися в длительном лечении: Письмо Министерства образования и науки РФ от 31 авг. 2015 г. № ВК-2101/07 // Вестник образования. март 2016. № 6. URL: clck.ru/3GCrMB
10. Попов М.Е. Вклад И.И. Бецкого в развитие отечественного просвещения // Kant. 2015. №4 (17). С. 27–30. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vklad-i-i-betskogo-v-razvitie-otechestvennogo-prosvescheniya>
11. Поршнева О.С., Мазур Л.Н. Методы исторического исследования // Российская история. 2011. № 4. 220 с.
12. Появление системы госпитальных школ как развитие заботы общества о детях, нуждающихся в длительном лечении / Вагарина В.В., Обухов А.С., Филатов А.А., Шариков С.В. // Проблемы современного образования. 2021. №. 1. С. 17–32.
13. Проблемы психофизиологии в трудах В.Н. Мясищева / Карвасарский Б.Д., Подсадный С.А., Чернявский В.А., Чехлатый Е.И. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2011. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-psihofiziologii-v-trudah-v-n-myasisheva>
14. Ромейко-Гурко С. Опыт воспитательной работы в детской клинике. М.: Вопросы материнства и младенчества, 1940. С. 28–38.
15. Сасова Ю.А. Больше внимания больному ребенку в больнице // Медицинская сестра. 1948. С. 5–8.

16. Суворова Л. Любить и понимать: чем важна идеология госпитальной педагогики для развития образования [Электронный ресурс] // Учительская газета: сетевое издание. 2024. URL: <https://clck.ru/3GCqgJ>
17. Френкель А. Учебно-воспитательная работа в детских лечебных учреждениях для детей дошкольного и школьного возраста. // Вопросы материнства и младенчества. 1939. С. 26–34.
18. Шариков С.В. Создание образовательной среды для детей, находящихся на длительном лечении в стационарах медицинских учреждений // Российский журнал детской гематологии и онкологии (РЖДГиО). 2015 № 2(4). С. 65–73.
19. Шлегер Е.В. Воспитательная работа в детской больнице. М.: Медгиз. 1956. 92 с.

Об авторе:

ФАДЕЕВА Яна Евгеньевна – аспирант ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет» (170100, г. Тверь, ул. Желябова, 33); логопед отделения ранней реабилитации ГБУЗ «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» (170026, г. Тверь, ул. Горького, д. 50); e-mail: Fadeeva.YE@tversu.ru

Stages of formation and development of local hospital pedagogy practice (1870–1990s)

Ya.E. Fadeeva

Tver State University, Tver

A retrospective analysis of the development of domestic practice of teaching and educating children in medical institutions is carried out. Key stages of the formation and disintegration of the hospital pedagogy system are identified, taking into account socio-political and conceptual innovations: «monarchic care and patronage», «philanthropic and charitable», «state support», «normative and legal reforms in the context of international principles», «retro-innovative».

Keywords: *hospital pedagogy, special education, long-term hospitalization of children.*

Принято в редакцию: 09.01.2025 г.

Подписано в печать: 07.02.2025 г.