

УДК 376-052-053.5(470)(091)
Doi: 10.26456/vtspyped/2025.3.234

Особенности учебного режима для детей школьного возраста на базе лечебных учреждений различного типа (1920–1970-е годы XX века)

Я.Е. Фадеева

ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет», г. Тверь

Представлена идея о необходимости организации учебного режима для детей с учетом патогенеза соматических заболеваний на базе детских больниц, лесных школ и санаториев в 1920–1970-е годы XX века. С использованием компаративного метода раскрыты основные особенности учебного режима детского санатория туберкулезного профиля: наличие общего, переходного и щадящего режимов; сокращение числа учащихся в классе, снижение на треть часов учебной нагрузки и увеличение времени пребывания детей на свежем воздухе.

Ключевые слова: *госпитальная педагогика, специальное образование, длительная госпитализация детей, учебный режим, дети с соматическими заболеваниями.*

На этапе формирования нового государственно-политического устройства, была директивно обозначена стратегия создания особых условий для детей с соматическими заболеваниями, что было отражено в постановлении Народных Комиссаров РСФСР «Об охране здоровья подростков и детей» (15 сентября 1921 года) [4]. Согласно положению данного документа, в ведение Народного Комиссариата Здравоохранения были переданы «профилактические, медико-педагогические и лечебные учреждения». Таким образом, учебно-воспитательная работа в санаториях, лесных школах и детских больницах стала осуществляться органами просвещения и здравоохранения совместно [4, п. 9]. Обозначенная стратегия детерминировала проведение соответствующих научно-практических исследований (Адамов Г. [1], Доброхотова А.И. [6], Кисель А.А. [11], Френкель А. [19], Хаймович Р.И. [3], Шлегер Е.В. [20]), посвященных особенностям развития детей, страдающих соматическими заболеваниями. Учитывая патогенез болезни, наличие медицинских процедур и временный характер пребывания ребенка на лечении, ученые пришли к выводу о том, что проведение учебной работы в медицинском стационаре по режиму массовой школы не представляется возможным. В результате данных, полученных в ходе проведенных исследований, в 1939 году было опубликовано положение и инструктивные указания «Об учебно-воспитательной работе детских лечебных учреждений НКЗдрава

© Фадеева Я.В., 2025

СССР» [16], в соответствии с которым, санаториям, лесным школам и детским больницам была поручена самостоятельная разработка учебных режимов. В связи с этим, обоснованным являлось убеждение о необходимости разработки уникального, специфичного с учетом заболевания ребенка, учебного режима [13].

Под учебным режимом в учреждениях здравоохранения подразумевалась организация учебно-воспитательной работы и отдыха учащихся, не препятствующая проведению лечебных процедур, направленная на восстановление познавательных функций и психофизической активности ребенка с целью оздоровления его организма. Терминологический оборот «учебный режим» был введен в научное употребление с 1939 года [19, с. 27]. В 1960-е годы в текстах исследований встречался синонимичный оборот «педагогический режим» [12, с. 4]. Важно отметить, что учебный режим являлся неотъемлемой частью лечебного режима, так как считалось, что правильная организация учебно-воспитательной работы призвана способствовать поддержанию у детей «бодрого настроения». Более того, утверждалось, что «режим является одним из основных методов лечения, укрепления нервной системы ребенка и правильного построения детской жизни» [20, с. 17]. В отличие от опыта досоветского периода, в учреждениях Наркомздрава СССР учебный компонент пребывал в подчинительном положении по отношению к сфере медицинского вмешательства. Учебная деятельность детей, страдающих соматическими заболеваниями, была организована так, чтобы не мешать своевременному проведению различных лечебных мероприятий и процедур. Нарушение сроков освоения учебного материала детьми в учреждениях здравоохранения не принималось во внимание при оценке организации и результатов образовательной деятельности [11].

Важным условием обеспечения требуемого учебного режима считалось наличие необходимых кадров. В связи с этим, издавались различные нормативные документы о включении в штат лечебных учреждений педагога [2]. С 1940 года ставки педагогов были введены во всех учреждениях стационарного типа, что было обусловлено длительным сроком госпитализации детей школьного возраста [16].

Согласно профилю работы, детские больницы подразделялись на инфекционные и неинфекционные [2]. В учреждениях первой группы из-за риска распространения инфекций организация учебно-воспитательной деятельности представлялась невозможной. Вместе с тем, по утверждению А. Френкель, на этапе выздоровления учебно-воспитательная работа осуществлялась силами медицинского персонала, прошедшего специальную подготовку [19, с. 27–28].

В исследованиях рассматриваемого периода сложилась общая позиция, согласно которой в неинфекционных детских медицинских

учреждениях даже при кратковременном пребывании пациентов необходимо организовывать воспитательную работу, включающую элементы учебных занятий [1]. В методических источниках описывается положительный опыт нескольких детских больниц Москвы, таких как больница имени Тимирязева, где учебно-воспитательная работа с детьми осуществлялась с привлечением специально подготовленных педагогов. Такая работа получила признание в медицинских кругах как крайне необходимая и полезная практика для эффективного лечения детей [3].

Отличие учебного режима в стационарах детской больницы от режима массовых школ было обусловлено рядом причин: во-первых, физические силы больных детей меньше, чем силы здоровых школьников, во-вторых, значительную часть времени больного ребенка занимают лечебные назначения и процедуры. В «Положении об учебно-воспитательной работе в детских лечебных учреждениях...» указывается, что темпы проработки программного материала должны обуславливаться состоянием здоровья больного ребенка» [16].

Ключевой особенностью учебно-воспитательной работы в детской больнице являлась многорежимность, то есть такая организация деятельности учреждения, при которой реализуется несколько различных режимов работы и отдыха учащихся и педагогов в рамках одного образовательного процесса. Если в массовой школе учебный режим определялся решением на государственном уровне (ЦК ВКП(б)), то действующие детские стационары обладали в данном вопросе автономностью, так как учебные режимы разрабатывались медико-педагогическими консилиумами самостоятельно [19]. С современных методологических позиций можно было бы вести речь о создании в детских стационарах индивидуальных учебных планов, исходя из особенностей заболевания ребенка и ряда организационных условий в учреждении. Например, согласно учебному режиму массовой школы, в первых четырех классах проводилось 4 урока в день; в 5–10-х классах – 5 уроков (и два дня в неделю по 6 уроков). В качестве дополнительных уроков отводились часы для занятий по труду, пению, рисованию, черчению и физической культуре [15]. В стационарах детских больниц в утренние часы для учебной работы по режиму отводилось не более 4 часов академической работы. В случаях ухудшения здоровья детей, количество учебных часов подвергалось сокращению: нормативно-правовой базой устанавливался предел от 2 до 4 часов ежедневной учебной работы. Количество часов, которое отводилось для учебной работы в шестидневную учебную неделю в детских лечебных учреждениях не превышало 20 часов [19, с. 29–30]. Так, начиная с 4-го класса начальной школы, количество часов, посвященных отдельным дисциплинам, было меньше, чем в массовых школах. Вопросы длительности учебного дня в пределах указанных часов в каждом

отдельном лечебном учреждении разрешались на медико-педагогических совещаниях. При этом педагогу отводилась особая роль в разработке и реализации учебного режима, поскольку как отмечалось в исследовании, он «участвует в составлении режима, намечает план педагогической работы согласно выработанному режиму и практически проводит его в жизнь» [20, с. 14].

Продолжительность уроков в массовых школах устанавливалась строго в 45 минут, в то время как в детской больнице продолжительность академического часа не превышала 35–40 минут, в зависимости от состояния здоровья ребенка. Обучение в стационарах осуществлялось по программам Наркомпроса, однако сетка учебных часов подвергалась значительным изменениям. Отдельные предметы, например, физкультура, были частично удалены из учебных планов больниц, заменяясь в некоторых случаях на лечебную физкультуру. Педагогам стационаров приходилось отказываться от экскурсионной и краеведческой работы, тщательно планировать внеурочную работу, исходя из материальных возможностей медучреждения и эпидемиологической обстановки [20].

На базе детских больниц иначе, чем в массовых школах, проводилась оценка знаний детей и подведение четвертных и годовых итогов успеваемости. Педагогами-практиками рассматриваемого периода приводится в качестве примера быстрая истощаемость при письме: «изучение контрольных работ, сделанных больными детьми, показало, что если контрольная работа, например, диктант, такого же объема, как в обычной школе, то преобладающее количество ошибок падает на последнюю часть диктанта» [19, с. 30–31]. Считалось недопустимым проведение переводных испытаний в детских лечебных учреждениях вследствие угрозы срыва лечебного режима. Также не выставлялась отметка о поведении ученика или оценка за успеваемость по некоторым видам учебной работы, если недостойное поведение или неуспеваемость были вызваны состоянием здоровья или проявлением болезни [20].

В послевоенный период опыт создания учебных режимов детских больниц был обобщен и представлен в форме рекомендаций. Детей, находящихся на лечении в стационаре, условно разделяли на три группы [8]. Первый вариант режима организовывался для тяжело больных лежащих пациентов. Педагоги подбирали для ребенка учебный материал, препятствующий утомлению, и проводили занятия в индивидуальной форме. Второй режим применялся для детей, которым было дано разрешение на школьные занятия с непрерывным мониторингом общего состояния. Педагог выстраивал урок таким образом, чтобы не вызывать психоэмоционального напряжения у ребенка, подбирая материал в строгом соответствии с актуальным состоянием здоровья пациента.

Третий режим подразумевал полную нагрузку школьной и внешкольной работой в объеме, установленном для больницы. При краткосрочном пребывании ребенка в больнице считалась желательной репетиторская работа с отдельными детьми или небольшими группами, которая включала помощь в выполнении заданий массовой школы [20].

Одним из типов лечебно-профилактических учреждений являлась лесная школа. Так именовали учебные заведения интернатного типа, предназначенные для обучения детей школьного возраста, нуждавшихся в длительном лечении, по принятой единой программе массовой школы [7]. Основной контингент учащихся, в зависимости от профиля учреждения, составляли выздоравливающие дети с патологиями дыхательной, костной, кровеносной, сердечно-сосудистой и нервной систем. Расположение лесных школ в благоприятных климатических и природных условиях обуславливалось основной особенностью режима данных учреждений: максимального пребывания подопечных на открытом воздухе. Учитывая отсутствие учащихся с острой патологией, работа лесных школ была направлена на оздоровление и укрепление выздоравливающего ребёнка путём целесообразного использования солнца, воздуха, воды, движения и рационального питания. Исследования советского периода подтверждали хорошую и удовлетворительную успеваемость у большинства воспитанников лесных школ [5]. Несмотря на то, что в данных учреждениях занятия проводились по программе массовой школы, в учебном режиме существовал ряд значимых отличий. Продолжительность урока составляла 40 минут, присутствовала часовая перемена между 2-м и 3-м уроком для активного отдыха на свежем воздухе. В качестве сравнения можно привести длительность перемен в массовой школе: продолжительность первой, третьей и четвертой перемен составляла 10 минут, второй – 30 минут. На подготовку домашнего задания ученику лесной школы отводилось 2 академических часа во второй половине дня. Наполняемость классов в 1–8-х классах составляла 25 человек. Исследователями педагогической практики был сделан вывод, что «существовавший в лесной школе режим учебных занятий предотвращал снижение работоспособности и повышенную утомляемость в конце учебного года» [5, с. 102]. Наблюдения за успеваемостью свидетельствовали о хорошей готовности детей к обучению в массовой школе после выписки из школы лесного типа. Продолжительность пребывания детей в лесной школе составляла от двух до четырех месяцев, в зависимости от профиля учреждения [3].

Еще одним типом лечебно-профилактического учреждения, в котором проводилась учебно-воспитательная работа, был детский санаторий. Основной задачей санатория являлось продолжение лечения выздоравливающих детей после выписки из больницы [10]. В 1938 г.

состоялось республиканское совещание по вопросам санаторно-курортной отрасли, на котором были определены типы санаториев, режим их работы, медицинские показания к направлению детей на санаторное лечение [11]. Постепенно в стране была развернута сеть детских санаториев различного профиля, при которых с 1974 года стали организовываться особые структурные подразделения – санаторные школы [19]. Концептуальной особенностью организации обучения в санаторных школах являлось различие в длительности пребывания детей в учреждении. Сроки лечения варьировались от 10 дней до нескольких лет в зависимости от профиля заболевания: «продолжительность пребывания и характер заболевания значительно влияют на подходы к организации учебно-воспитательной работы» [19, с. 28]. Наиболее длительное лечение в санатории проходили дети с последствиями туберкулеза. Именно с данной нозологией связано основное развитие санаторных школ в СССР [3]. Исследования, проведенные на базе санаториев, доказали, что для детей, страдающих малыми и затухающими формами туберкулеза, не применим режим дня и учебных занятий, рекомендованный для массовых школ-интернатов. Таким образом, в 1974 году было опубликовано соответствующее Инструктивно-методическое письмо с уточнением гигиенических условий обучения [9].

Учебный режим противотуберкулезного санатория имел существенные отличия от организации учебно-воспитательной работы в массовой школе-интернате. В противотуберкулезном санатории предусматривалось три учебных режима: с I по III класс, для IV класса и с V по VIII класс. В начальном звене проводилось три урока по 40 минут с полуторачасовой переменой между вторым и третьим уроками. Занятия предварялись и завершались лечебными процедурами. На выполнение домашнего задания выделялось 40 минут до наступления обеда и выдачи лекарств. С 16 часов преподавались элективные дисциплины – пение, рисование и физическая культура. Ежедневно проводились подвижные игры на воздухе, прогулки и водные процедуры [9].

В IV классе нагрузка увеличивалась до четырех уроков в день. Отсутствовали элективные дисциплины, вместо которых было выделено время на самоподготовку по математике и русскому языку. В V–VIII классах проводилось пять уроков в день с перерывами на процедуры, после которых следовала прогулка и самостоятельное приготовление учебных заданий. По сравнению с нормативами учебной нагрузки массовых школ: «для 1–4 классов – 24 часа, для 5–8 классов – 30 часов» [18] в неделю, в противотуберкулезных санаторных школах количество учебных часов было снижено на треть. Иными, по сравнению с массовыми школами и школами-интернатами, были сроки подготовки домашнего задания: до 40 минут с I по III класс, до 100 минут с IV по VII

классы и до 120 минут в VIII классе [9]. В массовой школе на выполнение домашнего задания учащимися восьмого класса допускалось отводить до четырех часов ежедневно [15].

Важным отличием учебного режима санаторной школы являлось увеличение продолжительности пребывания детей на свежем воздухе не менее трех часов в день [9]. Для этого ежедневно на открытом воздухе проводились: большая перемена, дневной сон, факультативные и устные занятия, самоподготовка и прогулки. Строго регламентировалось число и продолжительность физкультурных пауз, что способствовало профилактике утомления и соблюдению смены позиционирования, предписанной врачом [10].

Однако, данные условия обучения справедливы лишь для категории детей, полностью допущенных к учебным занятиям, находящихся на так называемом, «общем режиме». Как и в стационаре, в зависимости от тяжести и формы туберкулеза, а также актуального состояния ребенка, в санаторных школах обучение могло быть организовано по «щадящему» или «переходному» («полущадящему») режимам [10]. В случае выраженной туберкулезной интоксикации ребенку назначался «щадящий» режим, который подразумевал индивидуальную форму работы с временным освобождением от некоторых дисциплин, кружковой и общественной работы, домашнего задания. «Переходный» режим предполагал ограничение внеурочной деятельности, физической нагрузки, сокращения объема домашнего задания [19].

Стоит отметить, что количество учащихся в классах санаторной школы не превышало 25 человек, в то время как в общеобразовательной школе допускалась наполняемость до 40 человек [10].

Несмотря на лечебную направленность санаторной школы, ее основная педагогическая задача – обеспечение перехода больных туберкулезом детей к условиям массового детского коллектива – концептуально совпадала с основной задачей массовой школы: «готовить учащихся к жизни» [15]. Тем не менее, санаторная школа воспринималась как промежуточное звено между стационаром и массовой школой [10].

В 1975 году были организованы школы при санаториях нетуберкулезного профиля, учебные режимы в которых совпадали с режимами массовых школ-интернатов [14]. Отличия заключались во временной организации учебной работы по «щадящему» и «переходному» режимам при ухудшении самочувствия ребенка, меньшей наполняемости классов в 20–25 человек, а также в увеличении продолжительности пребывания учащихся на свежем воздухе [10].

Осуществленный ретроспективный анализ [17] обозначенной проблемы в указанных хронологических рамках позволяет

сформулировать ряд положений. Во-первых, педагогическую деятельность на базе учреждений здравоохранения обосновано рассматривать как особенный компонент лечебной работы. Являясь составляющей частью лечебного режима, педагогическая деятельность в больницах, лесных школах и санаториях была вспомогательным, но обязательным компонентом. Научно-педагогические исследования довоенного периода доказали необходимость разработки особых учебных режимов для разных нозологий детей и типов лечебных учреждений.

Во-вторых, педагогическая работа в детской больнице предполагала многорежимность с преимущественно индивидуальной формой взаимодействия с учащимися. Педагогом совместно с лечащим врачом осуществлялась ежедневная корректировка учебного плана в соответствии с актуальным состоянием здоровья учащихся. Значительное сокращение изучаемых дисциплин и недельной учебной нагрузки порождало у соматически больных детей отставание в сроках освоения учебного материала по сравнению с учащимися массовой школы.

В-третьих, учебный режим лесной школы характеризовался сокращением наполняемости классов и продолжительности урока до 40 минут. Основная часть светового дня была организована на открытом воздухе. Обучение производилось по программам массовой школы с некоторыми сокращениями в объемах дисциплин.

В-четвертых, наибольшее организационное развитие вследствие длительности пребывания учащихся получили школы при противотуберкулезных санаториях: документировано 9 учебных режимов, варьирующихся в зависимости от возраста и состояния здоровья ученика. Сокращение учебной нагрузки обеспечивало увеличение времени пребывания учащихся на открытом воздухе и осуществления назначенных лечебных процедур. Стоит отметить, что основной задачей учебно-воспитательной работы в санатории являлось обеспечение перехода детей после выздоровления к условиям обучения в массовой школе.

С самого начала становления социалистической системы на территории СССР был заложен вектор необходимости организации особых условий обучения для детей на базе учреждений здравоохранения. Документы, принятые в рассматриваемый период, отражали гуманистический подход к образованию лиц, страдающих соматическими заболеваниями, подчеркивая важность учета индивидуальных образовательных потребностей.

Список литературы

1. Адамов Г.Б. Прикованная радость / под ред. М. Горького // Наши достижения. 1933. № 11. С. 77–85
2. Аркадьева Р.А., Сборник основных инструктивно-методических материалов по организации работы в детских больницах и отделениях / Упр. дет. лечебно-профилакт. учреждений Наркомздрава СССР. М.: Медгиз, 1945. 175 с.
3. Бурмистрова Н.Н. Педагогическая работа с больным ребенком. М.: Медицина. 1964. 158 с.
4. Декрет Совета Народных Комиссаров. Положение об охране здоровья подростков и детей РСФСР. 15 сентября 1921 года // Распубликован в № 224 Известий Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета Советов от 7 октября 1921 г.
5. Дмитриева Г.И. Влияние пребывания детей, больных ревматизмом в неактивной фазе, в санаторно-лесной школе на состояние их здоровья и работоспособности // Гигиена и санитария. 1970. №12. С 101–102.
6. Доброхотова А.И. Болезни детского возраста. М.: Медгиз, 1954. 346 с.
7. Ермаков Д.С., Токарев А.А. Лесные школы: история и современность // Ученые записки Забайкальского государственного университета. 2019. №4. С. 31–39.
8. 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.
9. Инструктивно-методическое письмо по контролю за гигиеническими условиями обучения и организацией лечебно-профилактической работы в санаторных школах-интернатах для детей и подростков с малыми и затихающими формами туберкулеза. Утв. Минздравом СССР 12.02.1974 № 1146-74, 19.02.1974. URL: <https://clck.ru/3MkNAd>
10. Коган А.Г. Лечебная педагогика в детском санатории / 2-е изд., перераб. и доп. Л.: Медицина. 1977. 89 с.
11. Конюс Э.М. Александр Андреевич Кисель и его школа/ Очерки истории русской педиатрии / под ред. Заблудовский П.Е. // М.: Центральный институт усовершенствования врачей. 1949 г. 392 с.
12. Лейтес Б.Г. Организация школьных занятий для детей, больных ревматизмом. // Вопросы охраны материнства и детства. М.: Медгиз, 1961. С. 48–53.
13. Медовиков П.С. Туберкулез в детском возрасте. Л.: Практическая медицина, 1926. 197 с.
14. Об организации в детских санаториях нетуберкулезного профиля общеобразовательных школ. Распоряжение Совмина СССР от 21.11.1975 № 2565. URL: <https://clck.ru/3MkN74>
15. Об организации учебной работы и внутреннем распорядке в начальной, неполной средней и средней школе. Постановление СНК СССР и ЦК ВКП(б) 3 сентября 1935 г. // Печатается по тексту газеты «Правда», 1935, 4 сентября, № 244.
16. Положение и инструктивные указания к положению об учебно-воспитательной работе детских лечебных учреждений НКЗдрава СССР / Нар. ком. здрав. СССР, Отдел леч.-профилакт. помощи детям. М.: [б. и.], 1939. Тит. л., 14 с.

17. Поршнева О.С. Междисциплинарные методы в историко-антропологических исследованиях: учебное пособие / науч. ред. В. Э. Лебедев. Екатеринбург: УГТУ-УПИ, 2009. 244 с.
18. Санитарные правила по устройству и содержанию общеобразовательных школ, утв. Главным государственным санитарным врачом СССР 29.09.1974 № 1186-а-74. <https://clck.ru/3MkMsT>
19. Френкель А URL: Учебно-воспитательная работа в детских лечебных учреждениях для детей дошкольного и школьного возраста. // Вопросы материнства и младенчества. 1939. С. 26–34.
20. 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

Features of the educational regime for school-age children on the basis of various types of medical institutions (1920s – 1970s of the 20th century)

Y.E. Fadeeva

Tver State University, Tver

The article presents an idea of the need to organize an educational regime for children taking into account the pathogenesis of somatic diseases on the basis of children's hospitals, forest schools and sanatoriums in the 1920-1970s of the 20th century. Using a comparative method, the main features of the educational regime of a children's sanatorium with a tuberculosis profile are revealed: the presence of general, transitional and gentle regimes; a reduction in the number of students in a class, a decrease in the hours of study by a third and an increase in the time children spend outdoors.

Keywords: *hospital pedagogy, special education, long-term hospitalization of children, educational regime, children with somatic diseases.*

Принято в редакцию: 23.06.2025 г.

Подписано в печать: 29.08.2025 г.