

УДК 616.711

## **ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА КАК ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА И ДЕСОЦИАЛИЗИРУЮЩИЙ ФАКТОР**

© Екатерина Юрьевна МУКИНА

Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина,  
г. Тамбов, Российская Федерация, кандидат педагогических наук, доцент,  
доцент кафедры адаптивной физической культуры, e-mail: mukinaeu@mail.ru

Дана характеристика понятия здоровья. Рассмотрены основные составляющие здоровья: психологическое здоровье, социальное здоровье, духовное здоровье, физическое здоровье. Показано, что отклонения психического здоровья в детском возрасте обладают следующей спецификой: нарушения психического здоровья в детском возрасте являются только количественными сдвигами от нормально протекающего хода психического развития; различные проявления отклонений психического здоровья в детском возрасте можно считать ответным воздействием на определенные ситуации, в частности ситуации хронического заболевания ребенка. Проанализированы медицинская модель инвалидности и образовательная модель, которые имеют разные подходы, определено понятие «дети с ограниченными возможностями», показаны основные факторы, оказывающим воздействие на здоровье детей.

*Ключевые слова:* здоровье; дети с ограниченными возможностями; психологическое здоровье; социальное здоровье; духовное здоровье; физическое здоровье.

В настоящее время задачи сохранения и укрепления здоровья детей являются одними из приоритетных. Педагогической науке и практике крайне необходимы концептуальные работы по различным аспектам здоровьесбережения детей, в частности детей с ограниченными возможностями здоровья. В результате анализа научной и методической литературы по проблеме здоровьесбережения личности можно констатировать, что, несмотря на достижения в педагогической науке по отдельным аспектам здоровьесбережения детей с ограниченными возможностями здоровья, нет полного представления о системе социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, недостаточно раскрываются его методологические и теоретические основания.

Несмотря на меры, предпринимаемые обществом, до сих пор большая часть детей с ограниченными возможностями здоровья, повзрослев, практически не готовы к интеграции в социально-экономическое пространство. Результаты психолого-педагогических исследований показывают, что каждый человек в определенных обстоятельствах способен стать полноценной духовно и нравственно развитой личностью, полезной обществу, даже имея ограниченные возможности здоровья.

В психолого-педагогической литературе различные аспекты здоровьесбережения, как

условия развития личности рассматриваются такими специалистами, как М.П. Асташкина, Т.В. Ахутина, И.А. Баева, М.М. Безруких, И.И. Брехман, Р.Д. Гаджиев, И.Н. Гурвич, О.Р. Кокорина, Е.А. Леванова, Н.К. Смирнов, Л.Г. Татарникова, О.В. Шилова и др.

В последние годы в России и зарубежных странах можно наблюдать устойчивую тенденцию возрастания числа детей и подростков, имеющих различные аномалии физического и психического развития. По данным статистики, в большинстве стран дети с ограниченными возможностями здоровья образуют от 4,5 до 17 % от их общего числа (с учетом определенных нарушений).

В.А. Сухомлинский основным условием разностороннего физического, интеллектуального, эстетического воспитания ребенка считал профилактику болезней и склонностей к заболеваниям в сохранении и укреплении здоровья.

В последнее время среди детей, идущих в школу, можно все чаще увидеть детей, страдающих различными хроническими заболеваниями. У таких детей еще в дошкольном периоде можно наблюдать определенные психологические особенности, которые в дальнейшем ведут к несоразмерности предъявляемых к такому ученику педагогических требований и вероятности их удовлетворения ребенком, и это зачастую может

стать началом формирования проблем, связанных с обучением в школе.

Значительное распространение хронических заболеваний детей, в т. ч. детской инвалидности, способствовало утверждению в 1995–2007 гг. федеральных законов, регламентирующих разнообразные стороны жизни и деятельности таких детей: «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», «О государственной социальной помощи», федеральной целевой программы «Дети России», включающей подпрограмму «Дети-инвалиды», и других нормативно-правовых актов, базирующихся на ведущих принципах и положениях Конвенции о правах ребенка, важнейших национальных проектов «Образование» и «Здоровье».

Сохранение и укрепление здоровья детей является одной из главных целей не только семьи, определенного государства, но и всего сообщества в целом. В связи с этим необходимо грамотно и эффективно выявлять проблемы здоровья детей и способствовать их решению. С этой позиции определяющим должен стать тезис о том, что здоровье «это не только отсутствие болезней и физических дефектов, а состояние полного физического, духовного и социального благополучия». Совершенно очевидно, что здоровье личности формируется с раннего детства и зависит от возрастной специфики, воздействия окружающей среды, образа жизни индивида.

В настоящее время крепкое здоровье определяется как основа для осуществления человеком намеченных жизненных планов. Основной принцип здоровьесбережения связан не только с наличием хорошего здоровья, а с возможностью осуществить с его помо-

щью свое предназначение. Нужно отметить, что категория «здоровье» охватывает и определенные способы поведения человека, позволяющие улучшить качество его жизни, являющегося основой его благополучия, дающего возможность достижения высокого уровня самореализации.

О здоровье можно говорить как о способности личности сохранять обусловленную возрастом стабильность в ситуации изменений количественных и качественных характеристик триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации.

Здоровье, как ощущение физической и социальной состоятельности человека, обусловлено сложностью взаимоотношений между организмом человека и социально-экономическими, биологическими, природно-экономическими и рядом других факторов. Человека можно считать здоровым, если он в состоянии адекватно осуществлять социальные и биологические функции, свойственные ему как социально-биологическому существу. Здоровье можно назвать выражением и проявлением целостности личности, оно не сводится только к физическому самочувствию, а предусматривает в то же время психоэмоциональную уравновешенность, т. е. психическое здоровье.

Здоровье человека не может определяться только отсутствием заболеваний, нарушений, неуютностью, это состояние, дающее возможность индивиду свободно жить, полноценно осуществлять присущие ему функции, вести здоровый образ жизни, т. е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие. Опираясь на данное понимание, можно рассматривать такие составляющие здоровья, как (рис. 1).

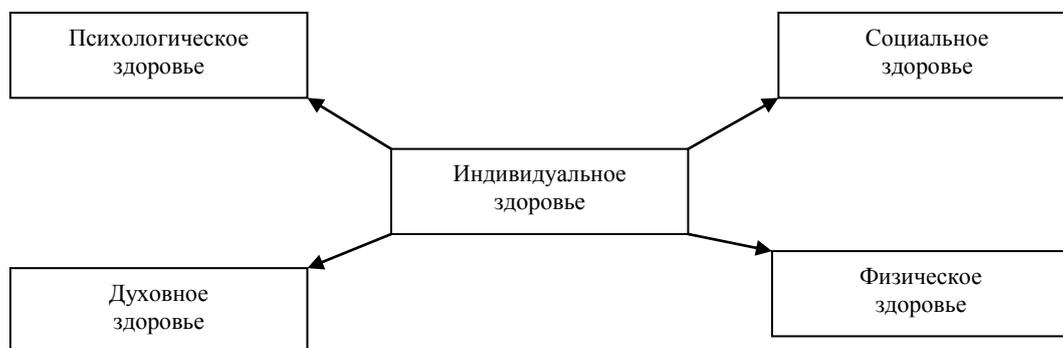


Рис. 1. Основные составляющие здоровья человека

Психологическое здоровье рассматривается с позиции развития психических процессов, уровня регуляции деятельности и эмоционально-волевой сферы.

Социальное здоровье определяется уровнем социальной адаптации в обществе, сформированностью определенных качеств личности, необходимых для длительной полноценной активности в обществе.

Духовное здоровье обусловлено личностным развитием, которое базируется на жизненных целях и ценностях, духовно-нравственной ориентации, позиции личности по отношению к себе, природе и обществу.

Физическое здоровье определяется степенью физического развития, саморегулирующей органов и систем, наличием потенциальных возможностей организма.

Как педагогическая категория «здоровье» личности подразумевает активное, деятельное, модулирующееся под воздействием внешних и внутренних факторов определенное целостное образование, проявляющее себя в здоровьесберегающем, улучшающем и сохраняющем в течение жизни поведении личности, становящееся значимым условием ее полноценной благополучной жизни (высшей ценностью отношения, которое осуществляется на различных уровнях жизнедеятельности: соматическом, психическом, нравственном, духовном).

Как полагает О.И. Ковалева, можно говорить об определенной специфике включения здоровья в систему педагогических понятий:

– значимость в педагогической науке гуманистической парадигмы (работы Ш.А. Амонашвили, Б.М. Бим-Бада, В.П. Зинченко, В.В. Серикова, В.А. Сластенина, И.С. Якиманской и др.) способствовала активизации сложившихся ранее теоретических концепций и научных направлений (Б.Г. Ананьева, Л.С. Выготского, П.Ф. Каптерева, К.Д. Ушинского и др.), обозначающих педагогическую антропологию в качестве базы педагогической науки, а человека – как предмета воспитания. Собственно педагогическая антропология как сфера человековедения, ведущая к «синтезу всей культуры человековедения в интересах педагогики», способна быть областью накопления знаний о здоровьесбережении в педагогической науке;

– сущностные аспекты взаимодействия данных понятий «педагогический процесс» и

«здоровье» будут изменяться в зависимости от «силового поля» науки и предметной сферы, в границах которой они анализируются. С позиции объединения в целостную область знания, каждое из данных понятий усваивает не только новые взаимозависимости, но и приспосабливается к близким понятиям, приобретая новые свойства. Необходимо акцентировать внимание на то, что вновь образующаяся совокупность понятий объединяется возле базовых конструктов – «педагогический процесс» и «здоровье». Нужно отметить, что в педагогической науке акцент смещается на понятие «педагогический процесс», а в практической сфере новой науки – педагогической валеологии, появившейся на границе педагогики, валеологии, медицины, физиологии; большую смысловую нагрузку имеет понятие «здоровье».

На основе данных подходов, О.И. Ковалева установила взаимосвязь понятий «здоровье» и «педагогический процесс»: значимость и возможность реализации педагогического процесса как здоровьесберегающего.

В положении по комплексной оценке состояния здоровья детей, утвержденном приказом Минздрава РФ от 30 декабря 2003 г. № 621, даны основные показатели состояния здоровья детей: присутствие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса); степень функционального состояния основных систем организма; степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям; уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

В качестве основных причин нарушения здоровья рассматривают следующие группы факторов риска: образ жизни; генетика, биология человека; внешняя среда; природно-климатические условия; здравоохранение.

Можно также выделить четыре группы причин, оказывающих влияние на состояние здоровья ребенка: биологические, включая наследственность; социальные, включая образ жизни, который во многом социально обусловлен; экологические, т. е. состояние природной среды; факторы внутренней среды помещения.

Наравне с понятием «здоровье», мы считаем важным анализ понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье».

Термин «психическое здоровье» был введен Всемирной организацией здравоохранения и относится, как полагает И.В. Дубровина, в первую очередь, к конкретным психическим процессам. Расстройства психического здоровья определены как соматическими заболеваниями или патологиями физического развития, так и различными неблагоприятными факторами, влияющими на психику и определенными социальными обстоятельствами.

На основе анализа результатов многочисленных исследований в различных странах, эксперты Всемирной организации здравоохранения неопровержимо доказали, что расстройства психического здоровья намного чаще встречаются у детей, страдающих дефицитом общения со стороны взрослых и их неприязненным отношением, а также у детей, растущих в неблагополучных семьях. Результаты данных исследований показали, что отклонения психического здоровья в детском возрасте обладают следующей спецификой:

- нарушения психического здоровья в детском возрасте являются только количественными сдвигами от нормально протекающего хода психического развития;
- различные проявления отклонений психического здоровья в детском возрасте можно считать ответным воздействием на определенные ситуации, в частности ситуации хронического заболевания ребенка.

В некоторых психологических исследованиях психическое здоровье ребенка сопоставляется с ощущениями психологического комфорта или дискомфорта. Психологический дискомфорт появляется по причине подавления потребностей детей, что ведет к депривации. Подавление потребностей детей становится фактором появления школьных неврозов, выявляющихся через различных психосоматических заболеваний (бронхиальная астма, рвота, головные боли т. д.).

Вместе с тем, понятие «психологическое здоровье», определенное И.В. Дубровиной, в отличие от «психического здоровья» можно отнести к личности в целом, оно взаимосвязано с высшими проявлениями человеческого духа и дает возможность определить именно психологическую составляющую психического здоровья в отличие от медицинской, социологической, философской и других составляющих. Понятие «психологическое здоровье» представлено как смысло-

образующая и системообразующая категория профессиональной деятельности психологов образования, как важнейший показатель результативности образовательных технологий.

Логика нашей работы диктует необходимость анализа и таких категорий, как «болезнь» и «заболевание». Чаще всего в медицинских источниках категория «болезнь» определяется как «...жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов при реактивной мобилизации в качественно-своеобразных формах его компенсаторно-приспособительных механизмов; болезнь характеризуется общим или частичным снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного».

Можно выделить несколько систематизаций болезни как нозологической формы, которые выражают, обычно, определенные подходы к группам заболеваний. Можно остановиться на систематизации болезней по следующим позициям:

- по анатомо-топографическим особенностям местоположения основной области поражения (болезни легких, сердца, печени суставов, кожи, уха, горла, носа, нервной системы, глаза и др.);
- по общности форм развития и течения заболеваний – на острые, подострые и хронические (в данном случае рассматривается скорость развития и длительность течения заболевания). Для хронических болезней специфична не только длительность их протекания, но и качественные особенности – чередование периодов затухания и обострения болезни.

Под «хроническим соматическим заболеванием» мы будем понимать соматическое нарушение, оказывающее воздействие на жизнедеятельность ребенка, а также его семьи и сохраняющееся длительное время. В данном случае важно отметить, что хроническая соматическая болезнь является заболеванием, длящимся более трех месяцев в году, или требующим стационарного лечения более чем на 1 месяц. В данном аспекте необходимо также отметить, что хронические болезненные состояния представляют собой комплекс осложнений, сопряженных с физическим ростом, функционированием и разви-

тием, таких как ухудшение зрения и слуха, что составляет часть картины в целом.

Психологическую реакцию личности на заболевание можно обозначить понятиями «отношение к болезни», «внутренняя картина болезни» и т. п. Факторами, устанавливающими воздействие заболевания на развитие личности, можно обозначить такие, как специфика болезни (острая или хроническая болезнь, ее мониторинг, методы лечения, переживаемые состояния, ограничения движений и т. д.), преморбидные характеристики личности (особенности, присущие заболевшему человеку до болезни), факторы, примыкающие к болезни (изменение социального, профессионального и семейного статуса по причине болезни), возраст, пол, эмоциональная реактивность, ценностные ориентации больного и т. д.

Любой ребенок с рождения обладает определенным потенциалом здоровья, и этот потенциал зачастую остается не всегда востребованным. Потенциальные возможности укрепления и сохранения здоровья ребенка, установка на здоровьесбережение формируются, развиваются и укрепляются в ходе воспитательных воздействий.

Как показывают результаты исследований, педагогический процесс охватывает следующие направления деятельности в аспекте сохранения и укрепления здоровья детей:

– разработка наилучших условий внешней среды – микросоциальной сферы (гуманистические взаимоотношения, благоприятный психологический климат, активная творческая обстановка) – путем организации взаимодействия ребенка и взрослого в педагогическом процессе (Л.В. Байбородова, А.А. Бодалев, Е.А. Леванова, А.С. Макаренко, А.В. Мудрик, А.Б. Серых и др.);

– создание внутренних условий (направлений, желаний, умений) для саморазвития и самовоспитания детей путем самопознания, рефлексии, целеполагания (И.А. Коробейников, В.М. Минияров, Л. Пожар, С.В. Попов, В.А. Якунин и др.).

Данные направления взаимосвязаны с «факторами риска» в жизнедеятельности личности, обусловленными поведением, связанным с мотивацией, которая вырабатывается именно воспитанием.

В 1989 г. Организация Объединенных Наций приняла Конвенцию о правах ребенка,

которая обладает статусом закона. В Конвенции прописаны права детей, имеющих различные нарушения в развитии, полноценно и достойно жить в атмосфере, дающей возможность сохранить самоуважение, веру в свои силы и адаптировать их к функционированию в социуме; право ребенка с ограниченными возможностями на попечение и внимание государства, обеспеченные по мере своих сил бесплатно, учитывая материальные возможности родителей или лиц, осуществляющих опеку над ребенком. Для того, чтобы создать ребенку с нарушениями в развитии возможности пользования образовательными и медицинскими услугами, профессионального обучения, социального обслуживания, сохранения и укрепления здоровья, а также организации досуговой деятельности, необходимо активно вовлекать детей с ограниченными возможностями здоровья в общественную жизнь, обеспечивая его социально-культурное и духовно-нравственное становление [1].

В последние десятилетия в Российской Федерации наблюдается рост числа детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, для которых важно создать условия для их эффективной социализации и интеграции в социум. В нашей стране за последние 10 лет количество таких детей увеличилось в четыре раза и на сегодняшний день составляет более 600 тыс. человек. Как отмечает О.А. Маслова, необходимостью создания для детей с нарушениями в развитии условий для социальной интеграции в общество является существование т. н. «социализированного действия» или совокупности базовых умений, а также личностных качеств, способствующих адекватному функционированию детей с ограниченными возможностями здоровья в социуме, а в последствии – и для сильной трудовой и профессиональной деятельности [2, с. 285].

Анализ социально-педагогических и психологических аспектов развития младших школьников с ограниченными возможностями здоровья невозможен без анализа сущности понятий «аномальность», «дефективность», «инвалидность», «ограниченные возможности здоровья», «ребенок с ограниченными возможностями здоровья» «ребенок с особыми потребностями», «ребенок с особенностями в развитии», «ребенок-инвалид»

и обозначения границ объекта исследуемого понятия.

По мнению М. Совак, «дефективность» нужно рассматривать с позиции нарушение целостности личности, т. е. нарушение его отношений с социумом, нарушение его отношений в области воспитания и образования, а также отношения к профессиональной деятельности [3, с. 36-38].

Для дефективности свойственно долговременное изменение статуса личности по причине органических, функциональных или социальных патологий; нарушение социальных контактов в группе нормальных и группе аномальных людей, вследствие чего у ребенка, имеющего нарушения в развитии, наступает социальная депривация, а общество испытывает обременение; дефективность имеет временный характер, поскольку нарушенные связи могут трансформироваться.

В отечественной дефектологии ребенка принято считать аномальным в том случае, когда у него присутствуют определенные несоответствия с нормальным психофизическим развитием, обусловленные значительными врожденными или приобретенными патологиями, и которому необходимы специальные условия обучения и воспитания.

С точки зрения словацкого ученого Л. Пожара, аномальными можно считать детей и подростков, имеющих сложности, связанные с социальной адаптацией, порожденной дефицитностью или отсутствием органа, его функционированием, связанные с определенными особенностями и сложностями в восприятии окружающего мира и взаимодействии с другими людьми, а также с характерными особенностями развития их личности.

Начиная со второй половины 70-х гг. XX в., в зарубежных работах понятие «аномальные дети», демонстрирующее недостаточность, ущербность, патологию, стало замещаться понятиями «дети с особыми потребностями», «дети с проблемами», «дети с особенностями в развитии», указывающими на существование определенных трудностей или потребностей у ребенка, смещающим акцент на самооценку и равноправие личности.

Политика российского государства в отношении детей с особыми потребностями, как одной из социально незащищенных категорий населения, становится одной из серъ-

езных задач социокультурного развития страны. Вместе с тем, ее содержание и формы необходимо сегодня значительно корректировать с учетом преобразований, определяющихся как внутренними, так и внешними обстоятельствами. Очень важен качественный анализ современной социальной ситуации, связанной с детьми с особыми потребностями, обозначение современных принципов и выявление организационных подходов к ее решению, оценивание потенциальных ресурсов для функционирования институциональных форм социальной интеграции, которые бы квалифицированно и грамотно могли выполнять весь объем задач по социализации детей с особыми потребностями.

Особо значимой в данном аспекте становится проблема создания условий социально-культурной адаптации детей-инвалидов. Здесь необходимо сказать, что развитие ребенка-инвалида происходит в реальных условиях жизни, подчас не всегда позитивных. Кроме того, формирование личности такого ребенка зачастую затруднено различными неблагоприятными обстоятельствами биологического, социального, психологического и даже педагогического основания, напряжение которых напрямую определяет степень социальной дезадаптации ребенка. Поэтому ребенку-инвалиду необходима специальная профессиональная поддержка специалистов (педагогов, психологов, дефектологов), недоступность или дефицит которой может привести к неприятным, а зачастую и необратимым результатам.

Термин «инвалид» в своей основе имеет дискриминационную составляющую, поскольку показывает отношение общества к инвалиду как к социально бесполезному человеку. Наличие инвалидности в большой степени ограничивает жизнедеятельность детей, способствуя социальной дезадаптации по причине различных патологий развития, отсутствию контроля собственного поведения, а также зачастую неспособности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в дальнейшем.

В настоящее время инвалидность рассматривается как большое количество «различных функциональных ограничений», таких как препятствия на пути удовлетворения базовых природных и социальных потребно-

стей, нарушение определенной системы социальных взаимоотношений, преобразование социального статуса личности. Инвалидность появляется по причине отсутствия органа, аномалии или дефекта развития, в связи с чем длительное время специалисты применяли термины «аномальный», «дефективный» и др.

По мнению А.С. Миронова, детскую инвалидность необходимо понимать как интегральный показатель состояния здоровья населения и качественный показатель его воспроизводства, который определяется совокупностью социально-экономических, социально-демографических и медико-организационных факторов.

Социальная политика нашей страны, направленная на детей-инвалидов, опирается в настоящее время на медицинскую модель инвалидности, исходя из которой инвалидность определяется как недуг, болезнь, аномалия. Медицинская модель значительно дестабилизирует социальный статус ребенка-инвалида, способствуя признанию его неравенства, неконкурентоспособности в сравнении со здоровыми детьми. Данная модель обуславливает и содержание поддержки ребенка-инвалида, включающей лечебно-оздоровительную, реабилитационную работу, трудотерапию, создание социальной поддержки.

Помимо медицинской модели инвалидности, можно выделить и образовательные модели, которые имеют разные подходы [4, с. 48]:

- сенсуалистический, представители которого считали, что наиболее патологичным у аномального ребенка является процесс восприятия как главного источника познания мира (М. Монтессори). В связи с чем, в практику специальных учреждений были введены занятия по сенсорному развитию, формированию эмоциональной сферы детей. Основным недостатком данного направления можно считать положение о том, что эффективность развития мышления автоматически определяется воздействием на сенсорную область психической деятельности;

- биологизаторский (физиологический), представители которого полагали, что содержание обучения должно основываться на элементарных физиологических процессах и инстинктах ребенка. О. Декроли определил основные этапы коррекционно-развивающей деятельности: наблюдение, ассоциация (развития мышления с помощью изучения грам-

матики родного языка, общеобразовательных предметов), выражение (работа над культурой непосредственных действий ребенка: речи, пения, рисования, ручного труда, движений);

- социально-деятельностный, представители которого (А.Н. Граборов) основываются на воспитании сенсорной культуры через социально значимое содержание: игра, ручной труд, предметные уроки, экскурсии на природу. Данная работа проводилась с целью воспитания у детей с нарушениями в развитии культуры поведения, развития психических и физических функций, произвольных движений;

- концепция комплексного воздействия на ребенка с нарушениями в развитии в ходе образовательного процесса. Ведущим принципом этого направления становится то, что коррекция дефектов познавательных процессов у детей с нарушениями в развитии не выносится на отдельные занятия, а проводится в целостном процессе обучения и воспитания таких детей.

С позиции концепции Всемирной организации здравоохранения, причиной постановки инвалидности становится не сама болезнь или травма, а ее последствия, обнаруживающиеся в форме нарушений психологической или анатомической структуры или функции, которая ведет к ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации.

К таким последствиям заболевания можно отнести:

- недостаточность, как внешнее проявление аномального состояния, определяющее патологию на уровне органа;

- ограничение жизнедеятельности, являющееся отклонением от нормы в терминах деятельности человека, представляющее собой объективное выражение нарушения, определяющее патологию на уровне личности;

- социальное ограничение, представляющее собой социализацию нарушения или ограничения жизнедеятельности, определяющее патологию на социальном уровне.

Среди заболеваний, приведших детей к инвалидизации, на первом месте стоят болезни нервной системы и органов чувств (22,7 % у мальчиков и 20,3 % у девочек), на втором месте – врожденные аномалии (19,9% и 22,2 %, соответственно), на третьем месте – психические расстройства (20,8 и 18,1 %, соответственно) [5].

По причине несовершенства законодательной базы в настоящее время оказываются не до конца решенными следующие проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья:

- некоторая часть детей находится за пределами образования, особенно дети со сложными нарушениями в развитии;

- многие дети оказываются вытесненными с более высокой образовательной ступени на низкую (обратное движение практически неосуществимо). В данном случае имеются в виду дети, развивающиеся в границах «возрастной нормы», но по причине поведенческих и познавательных нарушений не могут осилить стандарт общеобразовательного учреждения и оказываются вытесненными в коррекционные классы, нередко – во вспомогательные школы, откуда возврата в общеобразовательные школы не бывает уже никогда. А большей частью – «на улицу» и тем самым – из нормального социума;

- дети с ограниченными возможностями здоровья часто потеряны для образования. Дети, находящиеся на домашнем обучении, часто находящиеся на стационарном лечении: имеющиеся суррогатные механизмы их обучения не решают проблем получения качественного образования и интеграции их в школьное образование;

- многим детям не обеспечена непрерывность образовательного процесса – от ранней помощи до профессионализации;

- ребенок с ограниченными возможностями здоровья не всегда сразу попадает в поле зрения специалистов, способных оказать ему необходимую помощь в решении образовательных задач, и вся нагрузка падает на плечи родителей;

- семейные сложности обусловлены непониманием общества, друзей, родственников имеющих проблем, материальными трудностями, уходом из семьи одного из супругов, аутизацией самих родителей;

- система образования не способствует в полной мере реализации социального и образовательного потенциала ребенка, отсутствуют возможности вариативности;

- для детей с ограниченными возможностями здоровья не создаются условия для развития творческих способностей, с одной стороны, и с другой, ощущается дефицит специалистов, способных компетентно и це-

ленаправленно взаимодействовать с детьми данной категории.

Обобщая все вышесказанное, можно говорить о том, что для личностного развития детей с ограниченными возможностями здоровья необходимы специальные условия.

В последние годы в российском обществе значительно изменилось внимание к детям-инвалидам:

- правовое обеспечение способствовало созданию детям-инвалидам равных возможностей для результативности получения образовательных и медицинских услуг, профессиональной подготовки, участия в досуговой деятельности и др. Проблема здесь состоит в механизмах осуществления данных задач с учетом региональной специфики;

- становятся активными общественные организации, являющиеся сегодня одним из важнейших механизмов подталкивания к рассмотрению проблем инвалидности, как детской, так и взрослой;

- приходит в движение работа Всероссийского общества инвалидов, Всероссийского общества глухих, Всероссийского общества слепых и др.;

- возникли различные общественные организации и ассоциации, работающие в аспекте актуальных проблем инвалидов (взрослых и детей), которые занимаются разработкой и внедрением программ, ориентированных на социальную адаптацию семей, имеющих детей-инвалидов.

По причине изменения позиции общества и государства в отношении инвалидов, содержание термина «инвалид» трансформируется следующим образом:

- «человек, утративший работоспособность вследствие увечья, болезни или старости»;

- «лицо, которое вследствие заболевания, ранения, увечья ограничено в проявлениях жизнедеятельности»;

- человек с ограничениями в возможностях, обусловленными физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, не позволяющими человеку быть интегрированным в общество [6, с. 112].

Таким образом, активное антидискриминационное движение в современном обществе способствовало вхождению в научный оборот категории «люди с ограниченными

возможностями», «дети с ограниченными возможностями здоровья». Само понятие «человек с ограниченными возможностями», используемое вместо понятия «инвалид», является продуктом пересмотра общественного статуса лиц, имеющих различные проблемы и отклонения здоровья.

Структурные расстройства, сильно выраженные или определяемые медицинской диагностикой, способны привести к потере или несовершенству навыков, значимых для определенных способов деятельности, в связи с чем и формируются «ограниченные возможности», и при определенных обстоятельствах это приведет к социальной дезадаптации, неуспешной или замедленной социализации.

С точки зрения Г.И. Гусаровой, Г.П. Котельникова, В.Ф. Пятина, понятие «дети с ограниченными возможностями здоровья» подразумевает детей, имеющих отклонения от нормального психического и/или физического развития и нуждающихся в специальных условиях обучения и воспитания. К ним относятся следующие категории детей:

- умственно отсталые дети;
- дети с задержкой психического развития;
- дети с нарушениями речи;
- дети с нарушениями слуха;
- дети с нарушениями зрения;
- дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- дети с нарушениями поведения;
- дети с нарушениями эмоционального развития;
- дети с комплексными дефектами [7].

По мнению Н.П. Артющенко, «дети с ограниченными возможностями здоровья» является общим понятием, определяющим тех детей, для которых специфично наличие определенных ограничений в психическом и / или физическом здоровье или развитии и нуждающихся в создании специальных условий обучения. Это дети с нарушением речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с задержкой психического развития. От 35 до 45 % детей с ограниченными возможностями здоровья являются инвалидами.

Таким образом, под термином дети с ограниченными возможностями здоровья мы будем понимать категорию детей с трудно-

стями социального функционирования, вытекающими из аномалий развития и непригодности внешней среды к их особым нуждам.

Многие специалисты рассматривают факторы, негативно влияющие на здоровье детей и приводящие к ограниченным возможностям. Так, Н.Г. Веселов определяет следующие группы факторов, негативно влияющих на здоровье детей:

- к первой группе относятся социально-гигиенические, т. е. неблагоприятные материально-бытовые условия, невысокая финансовая обеспеченность семьи, вредные условия работы родителей и др.;
- ко второй группе можно отнести медико-демографические, т. е. многодетность или неполнота семьи, наличие детей с врожденными заболеваниями, в анамнезе мертворождения в семье, смерть ребенка в возрасте до года и др.;
- к третьей группе относятся социально-психологические, т. е. наличие у членов семьи психических заболеваний, вредных привычек, семейное неблагополучие, отсутствие в семье санитарно-гигиенической культуры и др.

К основным факторам, оказывающим воздействие на здоровье детей, можно отнести:

- экологический (состояние окружающей среды);
- демографический (заболеваемость выше в тех местах, где высокая смертность и низкая рождаемость, а также низкий естественный прирост населения, высокий уровень безработицы, большое количество пенсионеров, меньше женщин в общем числе работающих);
- показатель заболеваемости населения и уровень оказания медицинской помощи;
- экспертный фактор (работа службы медико-социальной экспертизы).

В настоящее время педагогика, психология, социология и медицина определенно говорят о том, что понятие «дети с ограниченными возможностями здоровья» можно обозначить не столько как медицинское, сколько как социальное. Ограничение возможностей здоровья становится социальной проблемой, связанной с неравенством возможностей, не дающих возможность ребенку-инвалиду интегрироваться в социум на таких же позициях, что и другие его члены.

И основной причиной ограничений становится не сама болезнь, а так называемые «социальные барьеры», препятствующие детям с ограниченными возможностями здоровья стать равноправными гражданами своей страны.

По мнению Е.Е. Чепурных, необходимо акцентировать внимание на том, что проблема неравных возможностей осложняется последствиями социальной политики и сформированностью общественного сознания, закрывающими глаза на наличие недоступной для человека с ограниченными возможностями здоровья архитектурной среды, общественного транспорта, отсутствие специальных социальных служб.

Необходимо сказать, что далеко не всегда присутствует однозначная прямая связь между заболеванием, ограничением жизнедеятельности и социальной дезадаптацией. В данном аспекте можно говорить о наличии определенных условий, приводящих к развитию социальных нарушений. Такими определенными условиями становятся трудности, появляющиеся у ребенка с ограниченными возможностями здоровья и его семьи по причине болезни, отклонений или дефектов развития, состояния здоровья, но появляющиеся не сами по себе, а по причине неприспособленности внешней среды к их потребностям, а также из-за социальных предубеждений в отношении к таким детям.

Многие специалисты (Л.В. Калининкова, И.В. Ларинова, Н.Д. Соколова и др.) отмечают, что ограничение возможностей, функциональные сложности появляются, в первую очередь, по причине болезни, нарушения или дефектов развития, состояния здоровья, внешности ребенка, а во вторую очередь, по причине неприспособленности окружающего пространства к специфическим потребностям таких людей по причине социальных предубеждений в отношении к людям с ограниченными возможностями здоровья. Такое целостное понимание проблемы ограниченных возможностей диктует и комплексный подход к ее решению. Именно поэтому, основными направлениями работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья становится создание благоприятной и доступной среды, поддержка и защита его интересов в различных сферах, обеспечение образовательных и медицинских возможно-

стей, способствующих улучшению качества жизни детей с ограниченными возможностями здоровья, что обеспечивает их интеграцию в социум и создает предпосылки для успешной социализации.

Специфика формирования личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья, как полагает Л.С. Выготский, связана с взаимодействием биологических, социальных и педагогических факторов. По мнению Л.С. Выготского, нарушение в развитии у ребенка специалисты анализируют как физическую и психическую патологию и не видят основного, т. е. социальной основы данного дефекта [8]. Ученый акцентирует внимание на то, что любой телесный дефект не столько меняет отношение ребенка к миру, сколько оказывает влияние на его отношения с другими людьми. Органический дефект осуществляется как социально неприемлемое поведение, и происходит, с точки зрения Л.С. Выготского, так называемый «социальный вывих», трансформация социальных связей и поведения. По причине этого ребенок начинает приобретать определенные личностные качества: нерешительность, тревожность, закомплексованность или негативизм, агрессивность и др.

Поэтому важнейшей задачей воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья Л.С. Выготский ставил коррекцию этого социального вывиха, т. е. преодоление различных поведенческих нарушений, определяющих социальное лицо человека [8].

Ограниченные возможности здоровья, связанные с первичными расстройствами в физиологическом развитии, приводит к вторичным нарушениям в психологическом развитии, что в действительности, сильно изменяет третичное личностно-социальное развитие личности. На основе данной закономерности, ограничение возможностей можно проанализировать в трех аспектах. Медицинский аспект показывает анатомический дефект в костно-мышечной системе, сенсорной либо нервно-психической сферах с выраженными функциональными нарушениями, способствующими ограничению жизнедеятельности. Социальный аспект выражается в невольной оторванности, социальной дезадаптации, недостатке информации, в появлении информационного барьера. Психологический аспект представляет нарушения личностной

сферы в виде заниженной самооценки, разбалансировки саморегуляции, социальной дезадаптации, угнетающего чувства несамостоятельности, растерянности, безнадежности, безысходности, тревожности и др. [9].

Таким образом, все это не может не привести к появлению у ребенка с ограниченными возможностями здоровья определенных психологических особенностей и социальных проблем.

1. Конвенция о правах ребенка: Конвенция ООН. М., 2006.
2. Маслова О.А. Социальные практики реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в контексте социального действия: автореф. дис. ... канд. социол. наук. Н. Новгород, 2006.
3. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. Воронеж, 2006.
4. Виноградова А.Д., Коновалова Н.Л., Михаленкова И.А., Посохова С.Т., Хилько А.А., Шипицина Л.М. Психологическая диагностика отклонения развития детей младшего школьного возраста. СПб., 2004.
5. Мукина Е.Ю., Мелихов Ю.Ю. Анализ состояния детской заболеваемости в России в свете снижения общей культуры здоровья населения // Культура физическая и здоровье. Воронеж, 2011. № 5 (35).
6. Алексеева Л.С., Буданова Л.Б., Даныярова Т.А., Ширинский В.И. Об опыте организации социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в школе-комплексе «Детская личность». М., 1997.
7. Гусарова Г.И., Котельников Г.П., Пятин В.Ф. Руководство по медико-социальной реабилитации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. М., 2001.
8. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М., 1991.

9. Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация и ее роль в интеграции инвалидов в общество // Развитие социальной реабилитации в России / под ред. А.Н. Дашкиной, А.И. Осадчих и др. М., 2000.

1. Konventsiya o pravakh rebenka: Konventsiya OON. M., 2006.
2. Maslova O.A. Sotsial'nye praktiki reabilitatsii detey s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya v kontekste sotsial'nogo deystviya: avtoref. dis. ... kand. sotsiol. nauk. N. Novgorod, 2006.
3. Pozhar L. Psikhologiya anomal'nykh detey i podrostkov – patopsikhologiya. Voronezh, 2006.
4. Vinogradova A.D., Konovalova N.L., Mikhalkenkova I.A., Posokhova S.T., Khil'ko A.A., Shipitsina L.M. Psikhologicheskaya diagnostika otkloneniya razvitiya detey mladshogo shkol'nogo vozrasta. SPb., 2004.
5. Mukina E.Yu., Melikhov Yu.Yu. Analiz sostoyaniya detskoy zaboлеваemosti v Rossii v svete snizheniya obshchey kul'tury zdorov'ya naseleniya // Kul'tura fizicheskaya i zdorov'e. Voronezh, 2011. № 5 (35).
6. Alekseeva L.S., Budanova L.B., Dan'yarova T.A., Shirinskiy V.I. Ob opyte organizatsii sotsial'noy reabilitatsii detey s ogranichennymi vozmozhnostyami v shkole-komplekse "Detskaya lichnost". M., 1997.
7. Gusarova G.I., Kotel'nikov G.P., Pyatin V.F. Rukovodstvo po mediko-sotsial'noy reabilitatsii detey, okazavshikhsya v trudnoy zhiznennoy situatsii. M., 2001.
8. Vygotskiy L.S. Pedagogicheskaya psikhologiya. M., 1991.
9. Dement'eva N.F. Sotsial'naya reabilitatsiya i ee rol' v integratsii invalidov v obshchestvo // Razvitie sotsial'noy reabilitatsii v Rossii / pod red. A.N. Dashkinoy, A.I. Osadchikh i dr. M., 2000.

Поступила в редакцию 10.05.2014 г.

UDC 616.711

#### LIMITED OPPORTUNITIES FOR CHILD'S HEALTH AS PEDAGOGICAL PROBLEM AND DE-SOCIALIZATION FACTOR

Ekaterina Yuryevna MUKINA, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Candidate of Education, Associate Professor, Associate Professor of Adaptive Physical Education Department, e-mail: mukinaeu@mail.ru

The characteristics of the concepts of health are considered. The main determinants of health such as psychological health, social health, spiritual health, physical health are scrutinized. It is shown that the deviations of mental health in childhood have the following specifics: mental health disorders in childhood are only quantitative shifts from flowing normally progress of mental development; various manifestations of mental health abnormalities in childhood can be considered a response to the influence of certain situations, in particular the situation of chronic disease of the child. Analyzed the medical model of disability and the educational model, which have different approaches, definition of "children with disabilities", shows the main factors that have an impact on children's health.

*Key words:* health; children with disabilities; mental health; social health; spiritual health; physical health.