



УДК 728.2-05

Т.П. Копсова, С.Г. Короткова

О ПРОБЛЕМАХ ОРГАНИЗАЦИИ ЖИЛОЙ СРЕДЫ ДЛЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

На сегодняшний день, согласно действующим СНиП 31-01-2003 и СНиП 35-01-2001, реализуется комплекс архитектурно-планировочных мероприятий при проектировании и адаптации квартир для инвалидов. Регламентируются требования к участку, к адаптации жилых зданий и помещений. Однако все нормативные и рекомендательные документы в основном затрагивают инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, часть требований адаптирует среду жизнедеятельности к нуждам слабовидящих, незрячих и глухих. Между тем, группы инвалидов - "неколясочников" с болезнями нервной системы и органов чувств, психическими расстройствами и врожденными аномалиями остаются вне поля зрения существующих норм. Особое значение имеет определение структуры общего контингента инвалидов по классам болезней в различных возрастных группах.

Структура контингента инвалидов в возрасте 16-19 лет следующая: 1-е место занимают инвалиды вследствие психических расстройств - 50%, 2-е место - вследствие болезней нервной системы и органов чувств - 13,6%, 3-е место - вследствие болезней эндокринной

системы и системы кровообращения - 9,1%, 4-е место - вследствие новообразований, болезней органов дыхания - 4,6%, 5-е место - вследствие травм и врожденных аномалий - 4,5%. В составе контингента инвалидов в возрасте 20-29 лет и 30-39 лет также преобладают инвалиды вследствие психических расстройств, болезней нервной системы и органов чувств. С учетом того, что основную часть (не менее двух третей) детей-инвалидов по России составляют дети с расстройствами психики и нервной системы и дети с множественными нарушениями, численность взрослых инвалидов с психофизическими нарушениями будет возрастать.

Детская инвалидность влечет за собой наибольшие экономические потери для общества. Между тем, за последние годы прогрессирующе ухудшается состояние здоровья детского населения. На многих территориях России удельный вес детей-инвалидов составляет 1,5% от всей детской популяции. Не исключение и Республика Татарстан: по уровню детской инвалидности в регионах ПФО Татарстан занимает одно из ведущих мест наряду с Коми-

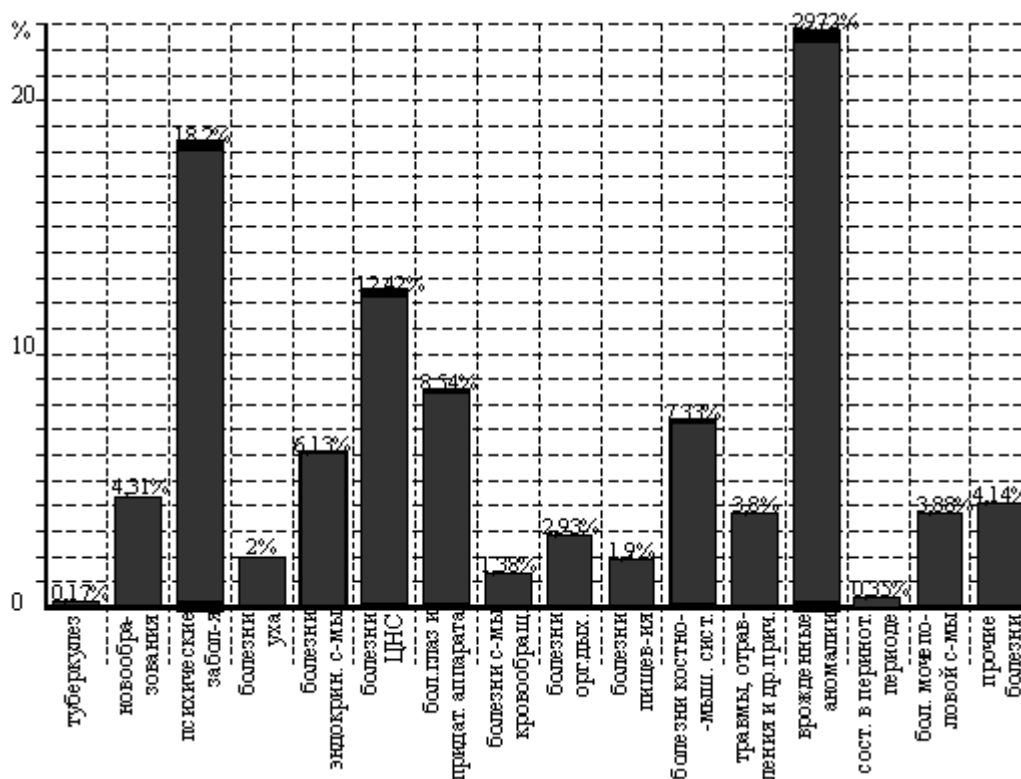


Рис. 1. Структура первичной инвалидности по нозологическим формам у детей за 1 полугодие 2004 г. в Республике Татарстан (по данным Министерства социальной защиты населения РТ)



Рис. 2. Мероприятия по реабилитации детей-инвалидов

Пермским АО, Республикой Мордовия, Республикой Марий Эл и др.

Структура первичной инвалидности по нозологическим формам (рис. 1) дает представление о структуре причин детской инвалидности по обусловившей её патологии. Первое ранговое место занимают врожденные аномалии развития; второе – психические расстройства; третье – болезни центральной нервной системы.

Сложность проблемы заключается в том, что все инвалиды различаются по возрасту, по видам заболеваний или дефектам развития, по дееспособности, социальной активности и другим особенностям. Поэтому только на основании тщательного социального исследования и выявления потребностей разных групп инвалидов возможно решение проблемы создания для них архитектурной среды, способствующей формированию психологического комфорта, реабилитации и социальной адаптации, обеспечивающей полноту жизни и свободы среди здоровых людей. Существуют определенные системы учебно-воспитательного и лечебно-восстановительного процесса, выполнен целый ряд социальных исследований по проблеме детской инвалидности, тогда как в области архитектуры нового адаптированного типа жилища сделано мало.

В структуре комплексной реабилитации детей-инвалидов, как показано на рис. 2, выявлены мероприятия, в которых должны участвовать и объемно-пространственные решения жилой среды.

Понятие “инвалидность у детей” подразумевает нарушение развития основных физиологических процессов детского организма, ограничение познавательной, игровой, конструктивной деятельности, препятствующей воспитанию, обучению

и приобретению навыков [1]. Для того, чтобы компенсировать эти нарушения, необходим комплекс социально-средовых факторов и мероприятий, позволяющих в той или иной степени реализовать потенциальные способности больного ребенка. При организации реабилитации и абилитации необходимо решение проблем, касающихся не только ребенка, но и его семьи. Для такой семьи необходимо “иное” жилье с принципиально “иными” габаритами, отделкой интерьера, мебелью и т.д.

Выбор того или иного типа жилища, внедрение новых перспективных типов жилищ полностью зависит от социально-демографических характеристик семей, воспитывающих ребенка с психофизическими нарушениями; эргономических особенностей и особенностей поведения ребенка с отклонениями, а также от рекомендаций и показаний специалистов медико-социальной экспертизы.

Основная доля детей-инвалидов имеет удовлетворительный реабилитационный потенциал, причем удовлетворительный и низкий реабилитационный потенциал означает потребность детей в постороннем участии и дополнительной помощи для более полноценного взаимодействия с социальной средой. Вероятность реализации реабилитационного потенциала определяет реабилитационный прогноз. 63% детей с нарушениями поставлен благоприятный или относительно благоприятный реабилитационный прогноз. Вся реабилитационная работа с детьми рассчитана на ежедневные действия, которые родители должны проводить в домашних условиях при участии специалистов по реабилитации [2].

Ряд проведенных социологических исследований детской инвалидности на территориях Поволжья



показал, что 2/3 обследованных инвалидов были из полных (нуклеарных) семей, представленных супружеской парой с детьми. После рождения больного ребенка основная часть женщин (71%) не планирует больше иметь детей. По численному составу преобладали малые семьи (от 2 до 4 человек) – 80,9%. Каждый второй ребенок был из однодетной семьи. Наличие ребенка-инвалида влияет на психологическую обстановку. Конфликты возникают прежде всего из-за материальных затруднений – 56,3%, отсутствия взаимопонимания супругов – 24,4%, жилищных проблем – 20,8%, вопросов, связанных с воспитанием, уходом и лечением ребенка – 19,3%. Вместе с тем у преобладающей части матерей (84,9%) не возникало мыслей отдать своего ребенка на воспитание в детский дом-интернат или отказаться от него [1].

Болезни ЦНС, психические заболевания, врожденные пороки развития разнообразны, однако особенности поведения детей с психофизическими нарушениями имеют много общих проявлений. Практически все больные имеют двигательные нарушения (например, не могут выполнить задание на пространственную ориентировку, не осваивают схему тела и направление), нарушения координации, эпилептиформные припадки, при некоторых заболеваниях занижен или повышен порог чувствительности, часты интеллектуальные нарушения, дефекты зрения и слуха. ДЦП является основной причиной детской инвалидности по классу нервной системы и органов чувств. Нарушение регуляции мышечного тонуса ведет к глубокому дисбалансу координационных отношений мышц у больных ДЦП при стоянии и особенно, при ходьбе [3].

Учитывая специфику поведения таких детей, требуются разработки нормативного и рекомендательного характера в области проектирования жилой среды, в которой воспитывается ребенок с психофизическими нарушениями. При этом требуется изучение антропометрических параметров, необходимых для развития, обучения и воспитания особого ребенка. Исследования в области поведенческих и эргономических особенностей детей, имеющих отклонения в психофизическом здоровье, позволят разработать предложения по типам жилищ и объемно-пространственной среде для семьи, воспитывающей ребенка-инвалида. Это поможет создать архитектурно-планировочные решения жилища, оптимальность светового и цветового режимов, комплекс условий для обеспечения физического здоровья и душевного равновесия, в том числе и дизайн интерьера, способствующий абилитации ребенка. Надо думать, что жилая среда, комфортная для семьи с особым ребенком, оптимальна также для обычной семьи.

Литература

1. Камаев И.А., Позднякова М.А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения. – Ниж.Новгород, 2004. – С. 247.
2. Основы формирования индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида. (Сборник методических материалов)/Отв. редактор Андреева О.С. – М., 2000. – С. 25.
3. Исанова В.А. Нейрореабилитация (руководство по медико-социальной и педагогической реабилитации). – Казань: “Плутон”, 2004. – С. 288.