

Формирование безбарьерной среды для детей с ограниченными возможностями.

Классификация детских реабилитационных центров.

В настоящее время в Украине активно развивается реабилитационная деятельность. В связи с этим очень серьезно стоит вопрос о строительстве реабилитационных центров. Зарубежный опыт строительства реабилитационных центров более богатый. Там они строились с 90-х годов. Имеется наработанная нормативная база и хорошие примеры уже созданных центров, которые стоит использовать для создания центров и в нашей стране.

В системе учреждений для детей-инвалидов выделяются следующие типы зданий в зависимости от возраста:

1. ранний возраст (до 2 лет) - неонатальные и перинатальные центры; консультативно-диагностические центры; центры социальной педиатрии;
2. дошкольный возраст (с 2 до 7 лет) - детские ясли-сады общего типа; специализированные дошкольные учреждения; компенсирующие группы при дошкольных центрах; дошкольные учреждения при спецшколах; дошкольные отделения при реабилитационных центрах; детский сад - начальная школа компенсирующего типа;

3. школьный возраст (с 7 до 18 лет) - специальные школы, профилированные по видам нарушений; реабилитационные центры; спецклассы и специальные блок-секции при общеобразовательных школах; общеобразовательные школы [89].

В данном случае мы рассматриваем реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями от 1 года до 18 лет. Реабилитационный центр для детей с особыми потребностями это учреждение, предназначенное для комплексной - медицинской и социальной реабилитации больных детей с целью восстановления здоровья, социальной адаптации и восстановления социального статуса особого ребенка, как полноценного члена общества.

Из мирового опыта следует, что реабилитационные центры для детей можно классифицировать по следующим основным признакам (Рис.2.5): характеру заболеваний; вместимости; методу строительства; видам реабилитации; функциональным особенностям; функционально-планировочной схеме.

В Украине в структуре инвалидности детского населения (Рис. 2.6):

I место – врожденные аномалии (38,2 %);

II место – неврологические патологии (20,1 %);

III место – другие болезни (11,1 %);

IV место – болезни психики (8,6 %);

V место – болезни эндокринологической системы (7,4 %);

VI место – болезни уха (6,1%);

VII место – болезни костно-мышечной системы (5,6 %);

VIII место – болезни глаз (2,9 %) [90].

По характеру заболеваний их можно разделить на такие категории: дети с нарушениями слуха и зрения; дети с интеллектуальными нарушениями (умственная отсталость и задержки психического развития); дети с нарушениями речи; дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата; дети с комплексными дефектами развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые) [70].

Прежде чем решать вопросы создания архитектурной среды для аномальных детей, необходимо тщательно изучить психо-физиологическую специфику каждой категории детей, особенности восприятия ими окружающей действительности и связанные с этим методы обучения, особенности лечебно-восстановительных мероприятий. Пациенты реабилитационных центров по состоянию своего здоровья, физическому и психическому развитию имеют значительные отклонения от детей, не имеющих отклонений в физическом и психическом развитии.

Помимо характера заболевания, реабилитационные центры также можно классифицировать по пропускной способности. Имеется в виду какое количество пациентов центр может принять.

По вместимости реабилитационные центры можно разделить на: малые (30-60 мест); средние (60-120 мест); большие (120-200 мест и более).

Центр для детей с ограниченными возможностями создается из расчета 1 центр реабилитации на 1 тысячу детей, что проживает в городе или районе.

Если в городе или районе проживает меньше 1 тысячи детей с ограниченными возможностями, то строится 1 центр. Минимально допустимая вместимость центра может составлять 50 мест, а максимальная величина центра, которым возможно управлять – 300 мест [91].

Стоит отметить, что эти расчетные показатели очень приблизительные и в будущем необходимо разработать такие показатели отдельно для каждой области или города, учитывая социально-экономические, демографические и экологические факторы.

Строительство реабилитационных центров для детей с ограниченными возможностями здоровья, во-первых, вызвано экономическими причинами. При увеличении вместимости центров появляется экономическая целесообразность использование мощного технологического и инженерного оборудования, сокращаются подсобные, бытовые помещения, сокращается площадь коридоров, холлов относительно площади, которая отдается под кабинеты специалистов, зоны отдыха и реабилитации, что приводит к сокращению финансовых расходов.

Также анализируя мировую практику можно классифицировать реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями по методу строительства на: реконструкцию и новое строительство.

Реконструкция зданий под реабилитационные центры для детей велась вплоть до начала 90-х годов. Как правило, специализированные учреждения для детей с ограниченными возможностями размещались в построенных для других целей зданиях – усадьбах, городских особняках и т.д.

Функционально-планировочная структура приспособленных зданий усадеб и городских особняков не могла обеспечить выполнение полноценных медико-реабилитационных и социально-педагогических процессов. Условия не были приспособлены для пребывания особых детей, не учитывались их индивидуальные физические и психологические потребности. Детям было очень тяжело находиться в подобных учреждениях. Вопрос адаптации детей с ограниченными потребностями в общество тогда не рассматривался. Также для детей приспособлялись общеобразовательные школы, которые не соответствовали элементарным требованиям. Использование таких школ базировалось на принципе поэтажного разделения учебных и спальных помещений. На первых и вторых этажах располагались классы, на третьих и четвертых – спальни. Данная функциональная схема создавала много неудобств и проблем для детей и персонала. В школе отсутствовали пандусы, подъемники, специализированное оборудование, что значительно усложняло передвижение детей с ограниченными возможностями по зданию. В таких условиях дети не могли чувствовать себя комфортно, что затрудняло их лечение и реабилитацию. Существующая планировочная основа препятствовала рациональному использованию здания и не случайно в школьном здании на 880 учебных мест, размещались всего 120-150 детей с ограниченными возможностями.

В середине XX века вопрос проектирования и строительства специализированных учреждений для детей с особыми потребностями пытались решить, трансформировав типовые решения общеобразовательных

школ под нужды детей. Наиболее правильным решением, как полагали тогда, было присоединение к зданию школы корпусов питания и спальных корпусов. Модифицированное здание общеобразовательной школы по принципу пристройки блоков, казалось, наиболее полно соответствовало необходимому составу помещений. Однако проблема приспособления существующего здания общеобразовательной школы к нуждам детей с ограниченными возможностями так и не была решена. Построенные здания спального корпуса и пищеблока возводились по проектам школ-интернатов для детей-сирот, а не для детей-инвалидов [2]Степанов.

С 2000г. ситуация меняется, начинают появляться реабилитационные центры построенные по индивидуальным проектам. Начинает развиваться социальная политика и возрастает интерес к детям с особыми потребностями. Формируется нормативная база, разрабатываются функционально-планировочные схемы ориентированные на потребности детей с особыми потребностями, создаются эргономические требования и нормали. Изучая данную проблему, приходят к выводу, что в реабилитационном центре необходимо сочетать медицинское лечение с реабилитационными мероприятиями, что в комплексе лучше влияет на здоровье и восстановление детей. Также необходимо адаптировать прилегающие участки для нужд детей с ограниченными возможностями.

Центры реабилитации также классифицируются по видам реабилитации. Реабилитация бывает: медицинской, психолого-педагогическая, социально-экономическая, профессиональная и бытовая.

Медицинская реабилитация – это комплекс медицинских мер воздействия на человека, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма[76].

Психологическая форма реабилитации — это воздействие на психическую сферу больного, на преодоление в его сознании представления о бесполезности лечения. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий.

Педагогическая реабилитация — это мероприятия воспитательного характера, направленные на то, чтобы больной ребенок овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получил школьное образование.

Социально-экономическая реабилитация — это целый комплекс мероприятий: обеспечение больного или инвалида необходимым и удобным для него жилищем, находящимся вблизи места работы, поддержание уверенности больного или инвалида в том, что он является полезным членом общества; денежное обеспечение больного или инвалида и его семьи путем выплат по временной нетрудоспособности или инвалидности, назначения пенсии и т.п.

Профессиональная реабилитация предусматривает обучение или переобучение доступным формам труда, обеспечение необходимыми индивидуальными техническими приспособлениями для облегчения пользования рабочим инструментом, приспособление прежнего рабочего места больного или инвалида к его функциональным возможностям,

организацию для инвалидов специальных цехов и предприятий с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем и т.д.

В реабилитационных центрах широко используется метод трудовой терапии, основанный на тонизирующем и активизирующем воздействии труда на психофизиологическую сферу человека. Длительная бездеятельность расслабляет человека, снижает его энергетические возможности, а работа повышает жизненный тонус, являясь естественным стимулятором.

Бытовая реабилитация — это предоставление инвалиду протезов, личных средств передвижения дома и на улице (специальные вело- и мотоколяски, автомашины с приспособленным управлением и др.). В последнее время большое значение придается спортивной реабилитации. Участие в спортивно-реабилитационных мероприятиях позволяет относительно здоровым детям преодолевать страх перед нормальным ребенком, формировать культуру отношения к слабому, корректировать иногда гипертрофированные потребительские тенденции и, наконец, включать ребенка в процесс самовоспитания, приобретения навыков вести самостоятельный образ жизни, быть достаточно свободным и независимым [77].

Изучая мировую и отечественную практику, мы можем классифицировать центры реабилитации для детей с ограниченными возможностями по функционально-планировочной структуре. Можно выделить 4 схемы: павильонная, свободная, разобшенная, блокированная.

Центры реабилитации имеют свою специфику, поэтому центры можно классифицировать по функциональным особенностям: медико-социальные, медико-педагогические, социальные, медико-спортивные. Особенности, или профиль центра отвечает за набор медицинских, реабилитационных и педагогических услуг.

Центры медико-социальной направленности направлены на лечение и восстановление организма ребенка, а также адаптацию и социализацию ребенка в обществе.

Реабилитационные центры медико-педагогической направленности помимо медицинской помощи позволяют детям проходить обучение, так сказать без отрыва от лечения. Центр может представлять собой целый комплекс, с жилыми и учебными корпусами. Здесь хорошо проходить реабилитацию детям нуждающимся в длительном лечении и восстановлении.

Социальные реабилитационные центры в основном рассчитаны на психологическую поддержку и разгрузку. Здесь ребенок проводит несколько часов, работая с психологом. Также в социальных центрах может проводиться бытовая реабилитация, чтобы дать возможность ребенку самостоятельно выполнять необходимые действия без помощи родителей.

В медико-спортивных центрах, наряду с лечением, проводится активная спортивная реабилитация детей. Спортивная реабилитация начало получать популярность не так давно, но уже имеет много положительных отзывов. Спортивную реабилитацию следует рассматривать как лечебно-педагогический и воспитательный процесс или, правильнее сказать,

образовательный процесс. Основным средством спортивной реабилитации являются физические упражнения и элементы спорта, а применение их — всегда педагогический, образовательный процесс. Спортивная реабилитация — это составная часть медицинской и социально-трудовой реабилитации, использующая средства и методы физической культуры, массаж и физические факторы.

Литература.

1. БЕЗБАРЬЕРНАЯ ГОРОДСКАЯ СРЕДА

Учебное пособие 2-е издание Сафронов К.Э.

2. Бубнова В.А. Особенности физического воспитания в специальных школах-интернатах для детей с нарушенный опорно-двигательного аппарата//—М., 1970.

3. В.Подчаска-Вышинска, Проектирование детских лечебных учреждений.-М.,Стройиздат, 1981.