

УНИВЕРСАЛЬНАЯ СРЕДА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНОЙ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ (пути формирования)

Б.Л. Крундышев

Санкт-Петербургский государственный архитектурно-строительный университет (СПбГАСУ), Санкт-Петербург, Россия

Расчет потребности в структурных элементах жилища, учитывающего специфические особенности организма и способности маломобильных групп населения (прежде всего престарелых и инвалидов), предназначен для планирования мероприятий по корректировке сложившихся жилых образований и составления прогностических проектов развития селитебных территорий в городах и населенных пунктах. Цель расчета – создание универсальной среды жизнедеятельности для маломобильной группы населения (МГН).

На протяжении длительного времени люди, относящиеся к маломобильной группе населения, рассматривались изолированно и классифицировались, в основном: с точки зрения физической немощности – двигательной активности (относительно ходячие и прикованные к постели), инвалиды и психохроники. При этом практически упускался из виду широчайший диапазон жизненных интересов, ценностных ориентаций человека, то есть уровень его социальной активности. Такой узкий взгляд на человека отражался в формулировке структуры его потребностей и, как следствие, в типах жилищного обеспечения и специализированного обслуживания. Отечественная практика проектирования и строительства объектов социального обеспечения до последнего времени характеризовалась чрезвычайно ограниченной номенклатурой типов зданий, не удовлетворяющей всему диапазону потребностей населения старшего возраста и инвалидов. Обеспечение необходимыми типами жилища для рассматриваемых групп населения в нашей стране сводились, в основном, к строительству только домов-интернатов для престарелых, психохроников и умственно отсталых детей. Эти здания могут наилучшим образом обеспечить проживание и обслуживание самого тяжелого контингента престарелых и инвалидов. Однако диапазон потребностей в типах жилища и формах социального обслуживания довольно широк и не может сводиться только к домам-интернатам. Например, отсутствие возможностей соответствующего расселения больших трехпоколенных семей явилось одной из причин искусственного разделения сложных семей, что привело к изолированному проживанию (то есть без детей или близких родственников) до 40-60 % пенсионного населения по старости.

Для каждого жилого района и его структурных элементов необходимо устанавливать номенклатуру специализированных типов жилища и объектов медико-социального и культурно-бытового обслуживания, а также различные варианты их кооперации с другими объектами и службами в составе жилого комплекса, микрорайона и всей селитебной территории.

Достижение основной цели рассматриваемого материала – способствовать созданию универсальной среды жизнедеятельности, соответствующей специфическим потребностям маломобильной группы населения, требует решения проблемных задач по трем принципиальным направлениям (рис. 1):

1. Учет социально-демографических характеристик населения применительно к конкретным градообразующим единицам и в целом для региона, динамика изменения этих характеристик во времени.
2. Структура и специфика потребностей, способы и формы их удовлетворения средствами организации архитектурного пространства жизнедеятельности.
3. Источники финансирования и степень экономических возможностей и целевых намерений государства.

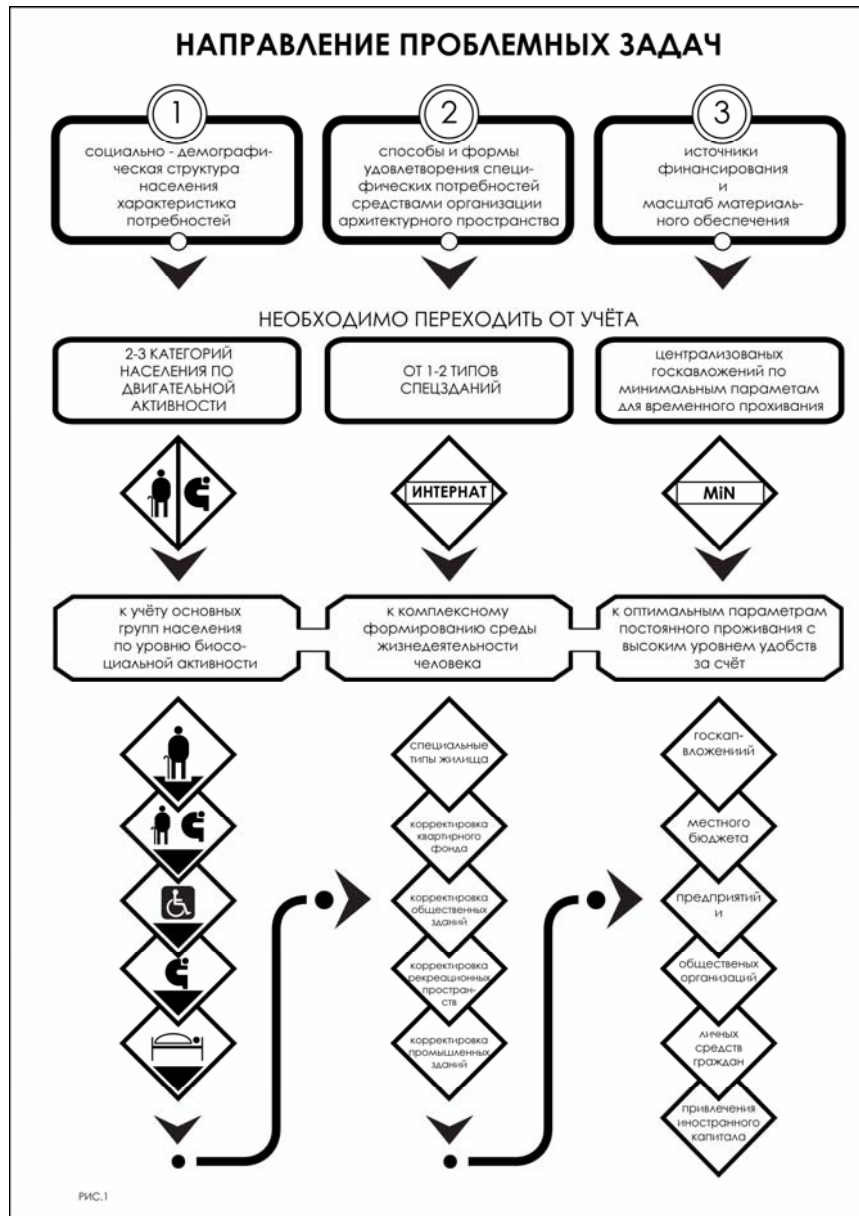


Рис. 1. Направление проблемных задач

Для определения направления совершенствования адаптированной среды жизнедеятельности, в наибольшей степени соответствующей потребностям МГН, первостепенное значение отводится учету формообразующих факторов:

1. Биосоциальная активность населения, то есть физическое состояние организма, подвижность, степень социальной активности, сохранность жизненных интересов.
2. Уровень семейных связей.
3. Градостроительная структура селитебного района.
4. Уровень сложившегося жилищного обеспечения, медико-социальной и бытовой инфраструктуры.
5. Уровень материального обеспечения и экономические формы хозяйствования.

Все эти пять факторов в совокупности представляют собой функциональные предпосылки проектирования жилой среды и дают основание для объективной оценки сложившейся практики заселения и проживания старшего поколения, а также целенаправленного прогноза и составления проектных заданий (рис. 2).

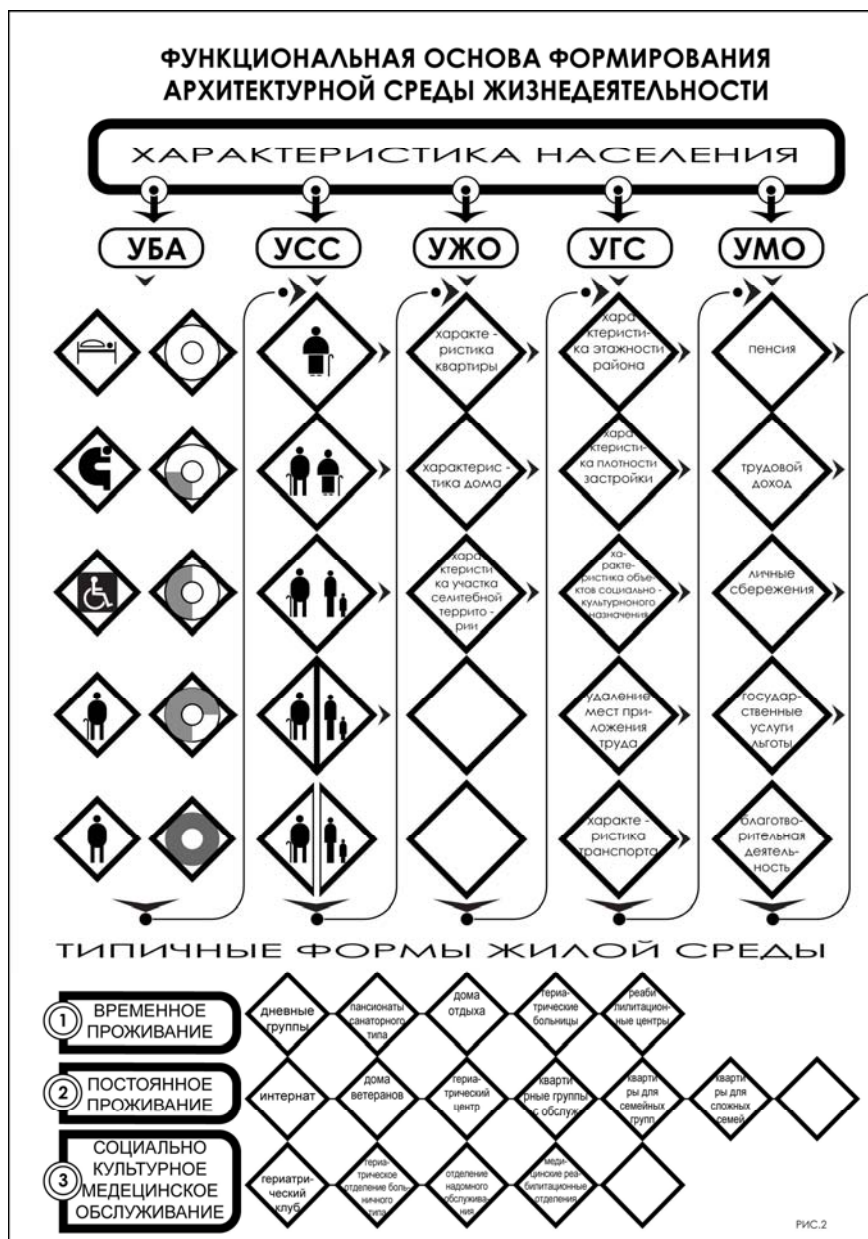


Рис. 2. Функциональная основа формирования архитектурной среды жизнедеятельности

Биосоциальная активность. При формировании типов жилой среды необходимо учитывать как физическое состояние основных групп людей, так и их жизненные интересы и ценностные ориентации, что позволяет наиболее полно отражать в жилой среде социально-функциональную специфику престарелых и инвалидов. В качестве основных признаков, характеризующих людей старших возрастов и инвалидов, принимаются те, которые полнее всего отражают свойства их жизнедеятельности, а именно:

- двигательную активность;
- способность к самообслуживанию;

- социальную активность (сохранность жизненных интересов, ценностных ориентаций).

Это позволяет выявлять наиболее типичные группы населения, определять их роль в системе жизненного цикла и с помощью многофакторного анализа основных категорий людей выходить на программирование жилой среды.

Социальная направленность и ценностная ориентация человека определяется через степень социальной активности личности, что в свою очередь определяется в соответствии с выраженностью основных видов социальных связей: связью индивида с обществом в рамках жилого комплекса (микрорайона) посредством трудовой или общественной деятельности; выраженностью основных видов пассивного досуга. В нашем практическом обследовании ранжирование основных видов социальных связей производилась по многобальной шкале оценок. Помимо фактических социальных связей учитывались и потенциальная возможность по установке связей, что имеет немаловажное значение для проведения реабилитационной работы с наиболее немощными престарелыми.

Общее физическое состояние человека определялось как функция от двигательной активности по пятиуровневой шкале оценок:

0 – прикован к постели;

1 – подвижность ограничена жилой комнатой;

2 – подвижность ограничена этажом проживания;

3 – подвижность ограничена территорией двора;

4 – в пределах жилого комплекса, микрорайона подвижность не ограничена.

График зависимости социальной и двигательной активностей, построенный в соответствии с разработанной нами методикой по результатам анкетного обследования позволяет утверждать, что среди пожилого населения необходимо различать, по крайней мере, пять уровней социальной активности (рис. 3):

1 – нулевая активность – для человека характерно отчуждение от настоящего и прошлого, вся жизнедеятельность сводится в основном к биологическим потребностям;

2 – слабовыраженная активность – для человека характерно отсутствие целенаправленной деятельности, сосредотачивает внимание на своем здоровье, занимается доступными формами самообслуживания, избегает контактов с окружающими;

3 – низкая активность – для людей характерно погружение в мир прошлых переживаний, пассивное выражение всех форм жизнедеятельности – чтение, просмотр телепередач, контакты с окружающими и т.п. носят чаще всего случайный характер;

4 – средняя активность – в жизни человека преобладает досуговая деятельность, интересуется окружающей жизнью, но избегает трудовой или общественной деятельности;

5 – относительно сохранная активность – человек стремится продолжать доступную трудовую или общественную форму деятельности, ведет всесторонний образ жизни.

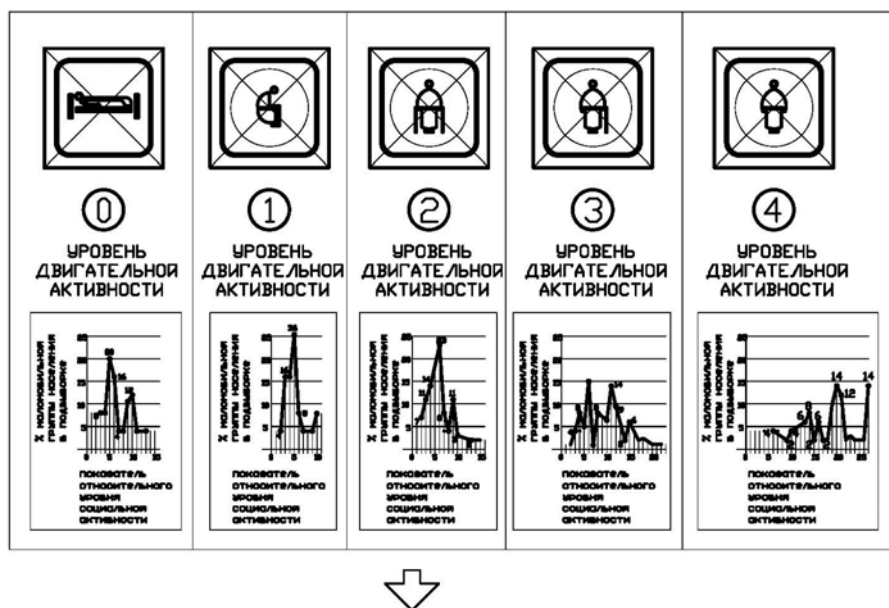


Рис. 3. Характеристика уровня социальной активности для пяти состояний двигательной активности

На основе пяти уровней социальной активности и пяти уровней двигательной активности разработана таблица взаимовлияний, в соответствии с которой определены основополагающие биосоциальные состояния людей пожилого и старческого возраста. Сведение разновидностей биосоциальных состояний в группы позволяет определить не только число их типов, но и обобщенные комплексы потребностей для каждого типа, которые должны найти отражение в формировании пространственной структуры жилища. В зависимости от соотношения и степени проявления компонентов образа жизни все биосоциальные состояния людей пожилого и старческого возраста условно сведены к восьми типам образа жизни (рис. 4). Реальная дифференциация образа жизни позволяет перейти к развернутой типологии социально-пространственных моделей форм жилой среды.

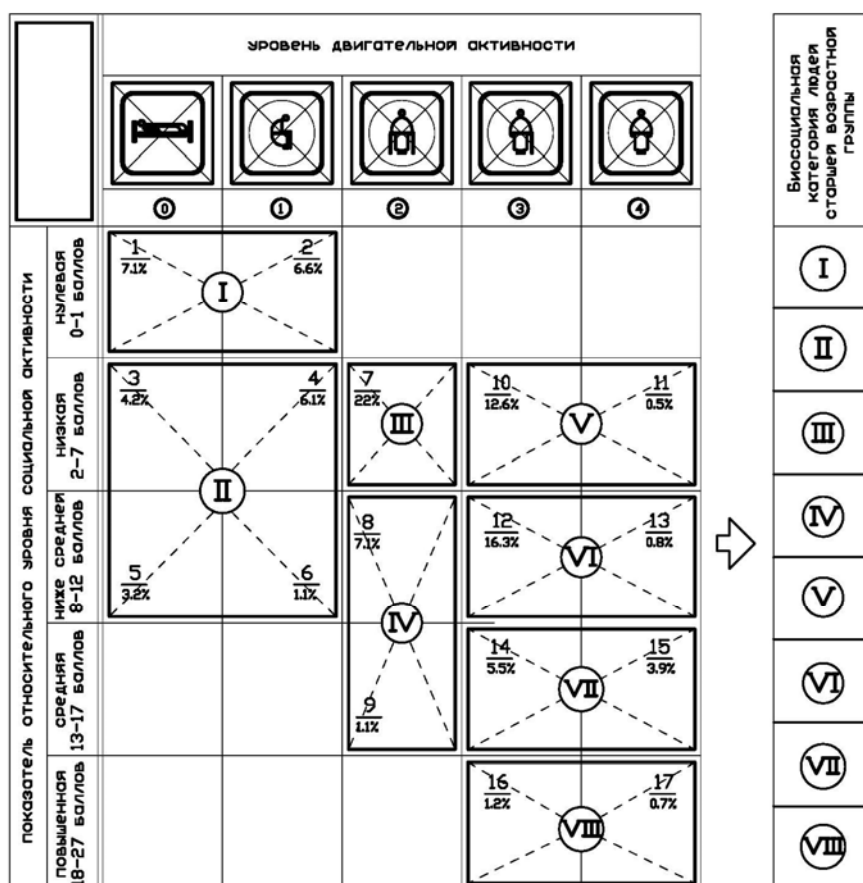


Рис. 4. Группирование людей старшей возрастной группы по основным категориям образа жизни

Уровень семейных связей. Под уровнем семейных связей (УСС) понимается степень обособленности жизнедеятельности человека от непосредственных (прямых) родственников. В соответствии с целью определения типичных специализированных элементов жилой среды выделяются четыре основных УСС. К **первому** относятся одиночки и супружеские пары, не имеющие в данном городе или населенном пункте прямых родственников, с которыми они находились бы в контакте. Ко **второму** относятся одиночки или супружеские пары, проживающие совместно с прямыми родственниками в составе сложной трехпоколенной семьи. Обязательными чертами такой семьи являются общность жилища, домашнего хозяйства, бюджета. К **третьему** уровню относятся одиночки или супружеские пары рассматриваемых групп населения, входящие в состав межсемейных групп и проживающих совместно. Под семейной группой понимается объединение нескольких семей (две или более), находящихся в прямом родстве или свойстве, проживающих раздельно или совместно, связанных общностью морально-психологических и эмоциональных отношений, заинтересованных во взаимной помощи, общении, но имеющих раздельный бюджет и домашнее хозяйство. К **четвертому** уровню относятся одиночки и супружеские пары, входящие в состав семейных групп, но проживающие раздельно.

Уровень градостроительной ситуации. Кроме конкретизации уровня биосоциальной активности (УБА) характерных групп населения и определения их параметров в соответствии со шкалой уровня семейных связей (УСС) для расчета форм жилой среды необходимо учитывать фактическую градостроительную ситуацию. В общем виде эта ситуация в достаточной степени проявляется при учете этажности и плотности жилой застройки. Данные среднегармонической этажности позволяют рассчитать величину населения в пределах компактного жилого комплекса, все дома и блоки обслуживания которого находятся в пределах нормативной пешеходной или иной доступности.

Выделено три уровня градостроительной ситуации (УГС):

- первый УГС – компактный жилой комплекс, включающий преимущественно усадебные и блокированные жилые дома с придомовыми участками;
- второй УГС – компактный жилой комплекс преимущественно с домами малой и средней этажности;
- третий УГС – компактный жилой комплекс с преимущественным включением многоэтажных зданий.

Уровень сложившегося жилищного обеспечения (в том числе медико-социальной и бытовой инфраструктуры) позволяет провести пообъектный и поквартирный анализ сложившегося жилищного фонда, характер его заселения типичными группами населения. Эта информация при дальнейшей обработке гарантирует достоверный прогностический расчет необходимой структуры жилища: квартирного фонда и объектов медицинского, социального и бытового назначения.

Уровень материального обеспечения и экономические формы хозяйствования влияют на выбор форм жилищной обеспеченности, характер общественного обслуживания, масштаб государственных дотаций на поддержание соответствующего жилищного стандарта маломобильных групп населения.

Сопоставление изложенных выше функциональных основ формирования жилой среды, номенклатуры «веера потребностей», присущих МГН в структуре селитебных территорий, позволяет сформулировать принципы создания базы данных для последующей компьютерной обработки и оптимизационного анализа. Это в свою очередь позволит определить характерные виды жизнедеятельности и обосновать типологию жилой среды, а при дальнейшей проработке дать ей более подробную количественную и архитектурно-типологическую характеристику.

Целесообразно учитывать следующие наиболее типичные формы среды проживания:

1. Постоянное проживание:
 - в структуре массового квартирного жилого фонда;
 - в специализированных типах жилища (интернаты, квартирные дома или группы квартир с обслуживанием и т.д.).
2. Временное проживание:
 - в течение одного или нескольких месяцев (гериатрические больницы, пансионаты, реабилитационные отделения, учебно-интернатные центры и т.д.);
 - в течение недели или светового дня (в группах социального обслуживания, пансионатах и т.д.).
3. Рекреационные пространства селитебных территорий.
4. Объекты обслуживающего, медицинского и культурно-бытового назначения.
5. Специализированные реабилитационно-производственные центры.

В зависимости от уровня градостроительной ситуации, то есть, например, применительно к сельской одно-, двухэтажной застройке, застройке зданиями малой и средней этажности, многоэтажной застройке, каждая из перечисленных форм жилой среды принимает свои типологические черты, что в свою очередь является функциональным обоснованием создания индивидуальных архитектурных решений.

В нашей стране в соответствии с законодательными документами последних лет (СНиП 35-01-2001 и 35-я серия свода правил «СП» 2001 – 2006 годов) для пожилых людей существуют три основные формы проживания: в общем жилом фонде, в специальных жилых домах с обслуживанием и в стационарных учреждениях.

К стационарным учреждениям относятся дома-интернаты, пансионаты для ветеранов.

В зависимости от места постоянного проживания пожилых людей для их специализированного социального обслуживания и оказания им медико-социальной помощи рекомендуется развитая сеть учреждений и специальных подразделений, в которых объединяют свои усилия как социальные, так и медицинские работники.

К учреждениям социального обслуживания пожилых людей относятся:

- центры социального обслуживания и отделения гериатрического обслуживания населения по месту жительства; дома сестринского ухода, хосписы;
- блоки обслуживания в специальных жилых домах для одиноких престарелых и в домах-интернатах;
- учреждения временного пребывания;
- геронтологические центры.

Амбулаторные отделения (кабинеты) по оказанию социально-медицинской помощи - это помещения медицинского назначения, которые предназначены для обслуживания пожилых людей и которые рекомендуется включать как в состав территориальных поликлиник, так и в состав специальных жилых домов, центров социального обслуживания, геронтологических и гериатрических центров. Основными структурными элементами амбулаторного отделения являются: помещения отделений консультативно-амбулаторного приема, помещения реабилитации, помещения водолечения, физиотерапевтические помещения.

Амбулаторное обслуживание осуществляется в гериатрических кабинетах при территориальных поликлиниках и отделениях медико-социальной помощи (ОМСП), в отделениях медико-социальной помощи на дому.

ОМСП, размещенные за пределами территориальных поликлиник, могут организовываться для населения, удаленного от территориальных поликлиник более чем на 500 м, при медико-социальных центрах, а также при специализированных домах для пожилых.

Стационарные отделения по оказанию гериатрической помощи.

Выделяются два типа стационарных учреждений (отделений) для оказания гериатрической помощи:

- учреждения (отделения) для людей с подвижностью, ограниченной в пределах здания: специализированные отделения гериатрических центров (урологические, кардиологические, неврологические, сосудистые и др.);
- учреждения (отделения) для людей с подвижностью, ограниченной в пределах помещения или кровати: медико-социальные отделения больниц, отделения интернатов для немощных, психогериатрические отделения, больницы (отделения) сестринского ухода, хосписы.

Гериатрический центр (ГЦ) – это учреждение здравоохранения, основной целью деятельности которого является организация и оказание специализированной гериатрической медицинской помощи населению старших возрастных групп и лицам с преждевременными признаками старения организма.

В настоящее время в России отсутствует сеть гериатрических учреждений как целостной системы, обеспечивающей осуществление профилактических, консультационных и реабилитационных мероприятий.

Функции Центра могут быть возложены на госпиталь ветеранов войн, гериатрическую больницу либо на многопрофильную больницу, в структуре которой есть гериатрические отделения. Центр может являться клинической базой медицинских образовательных и научно-исследовательских учреждений.

Геронтологический центр системы социальной защиты (ГРЦ) является многопрофильным стационарным учреждением системы социальной защиты населения, осуществляющим медико-санитарное и социально-бытовое обслуживание пожилых людей.

ГРЦ предназначены для постоянного или временного проживания лиц от 65 лет и старше, дневного или эпизодического пребывания и обслуживания.

Геронтологические центры, как правило, могут включать:

1. Профильные жилые отделения: отделение постоянного проживания, включая отделения «Милосердие», реабилитационное отделение временного пребывания, отделение 5-дневного пребывания, отделение дневного пребывания.
2. Медицинскую группу помещений.
3. Социально-реабилитационное отделение.
4. Отделение лечебно-трудовой реабилитации.
5. Научно-исследовательские, методические и информационные помещения.
6. Административно-хозяйственные помещения.
7. Пищеблок.

Дома сестринского ухода (ДСУ) - больничные учреждения, предназначенные для проведения курса поддерживающего лечения больным преимущественно пожилого, старческого возраста и одиноким, страдающим хроническими заболеваниями и нуждающимся в медицинской и социальной помощи.

Досуговые и физкультурно-оздоровительные группы помещений для деятельности пожилых людей могут предусматриваться в следующих типах зданий:

- социально-оздоровительные центры (центры социального обслуживания) в жилой застройке;
- отделения дневного (ночного) пребывания в жилой застройке;
- специальные жилые дома;
- пансионаты - дома ветеранов;
- дома-интернаты общего типа;
- отделения временного проживания в центрах социального обслуживания;

- объекты учреждений специального обслуживания людей старшего возраста (центры-клубы, физкультурно-оздоровительные центры и т.п.);
- специализированные дома-интернаты для лиц из мест заключения.

Функциональные группы помещений для досуговой и физкультурно-оздоровительной деятельности людей старшего возраста предназначаются для удовлетворения их потребностей:

- в развлекательно-досуговой деятельности;
- в информационно-познавательной деятельности;
- в самодеятельных и творческих занятиях;
- в физкультурно-оздоровительных мероприятиях и в соответствующем методическом и медицинском обслуживании.

Для маломобильных групп населения имеет существенное значение возможность свободного выбора необходимых типов жилища, объектов медицинского, социально-культурного и бытового назначения, их функциональная вариабельность и пространственная трансформируемость. В связи с этим, уже на уровне проекта размещения строительства, проекта детальной планировки конкретного жилого района (жилого микрорайона или жилого комплекса) необходимо тщательно рассчитывать потребительскую ценность квартирного фонда в соответствии не только с прогнозируемым демографическим составом семей по количественному половому составу, но и характеристике жизнедеятельности основных групп людей, состоянию здоровья, режиму дня и степени ограничения двигательной активности. Таким образом, определение мероприятий по формированию адаптированной жилой среды является составной частью в проведении общих прогностических исследований по обоснованию направления и объемов массового жилищного строительства.

Алгоритмическая схема по определению программы проектирования жилого комплекса (района и т.д.), учитывающего в том числе и специфические требования к жилищу людей пожилого и старческого возраста, инвалидов и их семей, сводится к следующим основным модулям:

1. Классификация селитебных территорий, микрорайонов, участков застройки, компактных жилых комплексов по количеству проживающих.
2. Прогностический расчет основных типов семей для проектируемого жилого комплекса.
3. Прогностический расчет структуры жилищного фонда.
4. Определение номенклатуры и функциональной емкости специализированных типов жилища и объектов медицинского, социально-культурного и бытового назначения.
5. Оптимизация набора объемно-планировочных элементов.
6. Составление программы на проектирование.

Обоснование форм жилой среды, учитывающей специфические особенности типичных групп населения, строится на различных иерархических уровнях пространственной организации бытовой и социально-культурной деятельности человека. На уровне города или населенного пункта первостепенное значение отводится пешеходной доступности

между отдельными жилыми домами и между домами и объектами обслуживающего назначения. Это позволяет перейти к обоснованию пространственных границ и функциональной емкости компактных жилых комплексов.

На втором этапе расчет различных по величине и составу семей проектируемого жилого комплекса ведется по данным очередников, всероссийской и выборочной переписей населения, данных паспортного стола, а также анализа той части населения, для которой предусматривается строительство нового и реконструкция существующего жилого фонда.

На третьем этапе расчета определяются необходимые типы квартир для жилых комплексов заданной этажности. Квартиры дифференцируются не только по величине, но и по уровню компоновки: на нижних, промежуточных и верхних этажах жилых зданий.

Четвертый этап расчета включает определение специфических потребностей населения старшей возрастной группы и инвалидов, определение структуры зданий с интернатной формой проживания, гериатрических больничных отделений, центров социального обслуживания, культурно-оздоровительных блоков, реабилитационно-производственных блоков и т.д.

Пятый этап расчета представляет собой математическую и графоаналитическую компьютерную оптимизационную задачу (возможно с использованием симплекс метода и пр. пакетов прикладных программ) по определению номенклатуры жилых домов, блок-секций, блок-этажей и специализированных блок-элементов в составе жилых комплексов, в соответствии с социально-демографическими, природно-климатическими и материально-техническими критериями (рис.5).

Уровень двигательной активности	Высокая/низкая категория людей старшей возрастной группы	Уровень градостроительной ситуации												
		Компактный жилой комплекс, включающий преимущественно загородные и блокированные жилые дома			Компактный жилой комплекс, с преимущественно домами средней этажности			Компактный жилой комплекс, с преимущественно домами повышенной этажности						
		Уровень семейных связей												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9				
		I												
		II												
		III												
		IV												
		V												
		VI												
		VII												
		VIII												

Рис. 5. Матрица для составления базы-данных «Типы жилой среды для людей старшей возрастной группы»

Планирование структуры жилищного строительства с учетом специфических потребностей людей старшей возрастной группы и инвалидов направлено на эффективное решение жилищной проблемы, создает условия для застройки жилых районов более выразительными объемно-пространственными элементами с четкой дифференциацией квартир по вертикали, создает необходимые условия для жизни, общения, взаимопомощи людей старшего возраста, инвалидов, в определенной степени сглаживает негативные последствия «постарения» населения, способствует формированию более оптимистического психологического климата для всех жителей района.

Литература

1. Крундышев Б.Л., Население старшей возрастной группы и жилище, стр.247-294, в коллективной монографии: Архитектурная среда обитания инвалидов и престарелых. М.: Стройиздат, 1989.
2. Крундышев Б.Л., Социальные основы формирования специализированного жилища для ветеранов труда.//Вопросы геронтологии, вып.9. Медицинские и социальные проблемы старения. Киев: 1988.
3. Крундышев Б.Л., Иванова Г.И., Формирование пространств для жизнедеятельности старшей возрастной группы.// Жилые здания. Обзорная информация, вып.1. М.: ЦНТИ по гражданскому строительству и архитектуре.1988.
4. СНиП 35-01-2001. Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. М.: Стройиздат, 2002.