

УДК: 725.54.57

к. арх., доц. Кравченко І.Л.,  
Київський національний університет будівництва і архітектури

## **ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МЕРЕЖІ ЦЕНТРІВ МЕДИЧНО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ**

*Розглядаються основні положення формування мережі центрів медично-соціальної реабілітації для дітей з фізичними вадами, викладені пов'язані з цим містобудівні проблеми та визначені певні кроки щодо їх вирішення.*

*Ключові слова: медично-соціальна реабілітація, діти та підлітки з фізичними вадами, мережа реабілітаційних закладів для дітей з фізичними вадами.*

Необхідність формування мережі закладів медично-соціальної реабілітації для дітей та підлітків з вадами розвитку виникла вже досить давно та зумовлена, в першу чергу, підвищенням показників інвалідності серед дитячого населення України [1]. Якщо у 1999 році на 10 тис. дитячого населення України показник інвалідності становив 149,8, у 2006 році даний показник підвищився до 191, на 2010р - 204,3, а вже на 2011 рік показник склав 207,6 та тенденція до зростання зберігається [1,2,3]. Крім того, вимоги та особливості щодо створення мережі реабілітаційних закладів для дітей та підлітків, які мають вади розвитку, пов'язані із самою специфікою проведення процесу медично-соціальної реабілітації. На відміну від центрів з аналогічною функцією для дорослих, дитячі реабілітаційні заклади повинні бути більше розгалужені за місткістю (рівнем навантаження), складом приміщень, показником досяжності тощо.

Актуальною проблемою є відповідність функціонально-планувальних рішень необхідному процесу відновного лікування у будівлях центрів реабілітації та формування мережі таких закладів. Територіальні центри медично-соціальної реабілітації обслуговують осіб, що потребують оптимального відновлення незалежного способу життя, підтримки задовільного стану здоров'я і психологічної адаптації в сім'ї і суспільстві. Найбільш багато чисельний контингент, що обслуговується центрами інвалідів - особи з порушеннями опорно-рухового апарату, мовними порушеннями, відсутністю або втратою побутових і професійних навичок, навичок спілкування, загальним зниженням адекватності поведінки в результаті різних захворювань і травм [4]. Групи приміщень даних центрів розраховані на користування ними дорослих людей, що мають ураження опорно-рухового апарату. Приблизна кількість

мешканців території, що обслуговується (тис.чол): 1000 – для окружного центру реабілітації; 100-200 – для муніципального закладу. Потужність (кількість пацієнтів на день): 50 - для окружного центру реабілітації; 15 – 20 для муніципального закладу [4]. Дитячий центр медично-соціальної реабілітації створюється з розрахунку одна установа на 1 тис. дітей з обмеженими можливостями, що проживають в місті або районі. За наявності в місті або районі менше 1 тис. дітей з обмеженими можливостями створюється один центр [5].

Розрахункові показники щодо визначення потреби в закладах різного профілю зараз існують лише в орієнтовному вигляді. Вони повинні бути розроблені для конкретних регіонів з урахуванням соціально-економічної, демографічної та екологічної специфіки. Але для того, щоб сформувати мережу реабілітаційних центрів необхідно зрозуміти як, власне, відбувається сам процес реабілітації дітей з вадами розвитку. Загалом можна виявити такі періодичні часові рамки – повний інтенсивний курс реабілітації становить 3-6 місяців, в залежності від стану здоров'я дитини, діагнозу тощо; періодичність такого лікування в середньому раз на рік. Тобто, дитина, яка отримала інвалідність у наслідок травми або має її з народження, повинна проходити відповідний реабілітаційний курс у спеціалізованому закладі, який має повний комплекс необхідних функцій, блоків та груп приміщень.

Такому завданню відповідає найбільший за місткістю реабілітаційний центр – центр I типу, I рівня навантаження (рис. 1) [1]. Він має місткість 80-200 дітей, та наступні функціональні блоки: вестибюльна група; оздоровчий блок, що має у складі групи медично-лікувальних та спортивних приміщень; блоки приміщень для навчання, занять та дозвілля – їдальня, актова зала, бібліотека та інтернет-кафе, приміщення для занять дітей тощо; санаторне відділення, тобто відділення довготривалого перебування, із спальними кімнатами, санвузлами та рекреаціями; відділення денного стаціонару; блок адміністрації та управління. Великий розкид потужності такого реабілітаційного центру залежить від кількості дітей, що знаходяться у відділенні довготривалого перебування, спеціального завдання на проектування та місця розташування даного закладу. У такому центрі діти та підлітки отримують повний обсяг реабілітаційних процедур, та проходять навчання за шкільною або персональною програмою. Є необхідність забезпечити можливість перебувати у цьому закладі дітям разом із батьками, бо доведено, що атмосфера максимально наближена до родинної прискорює та поліпшує процес реабілітації маленьких пацієнтів.

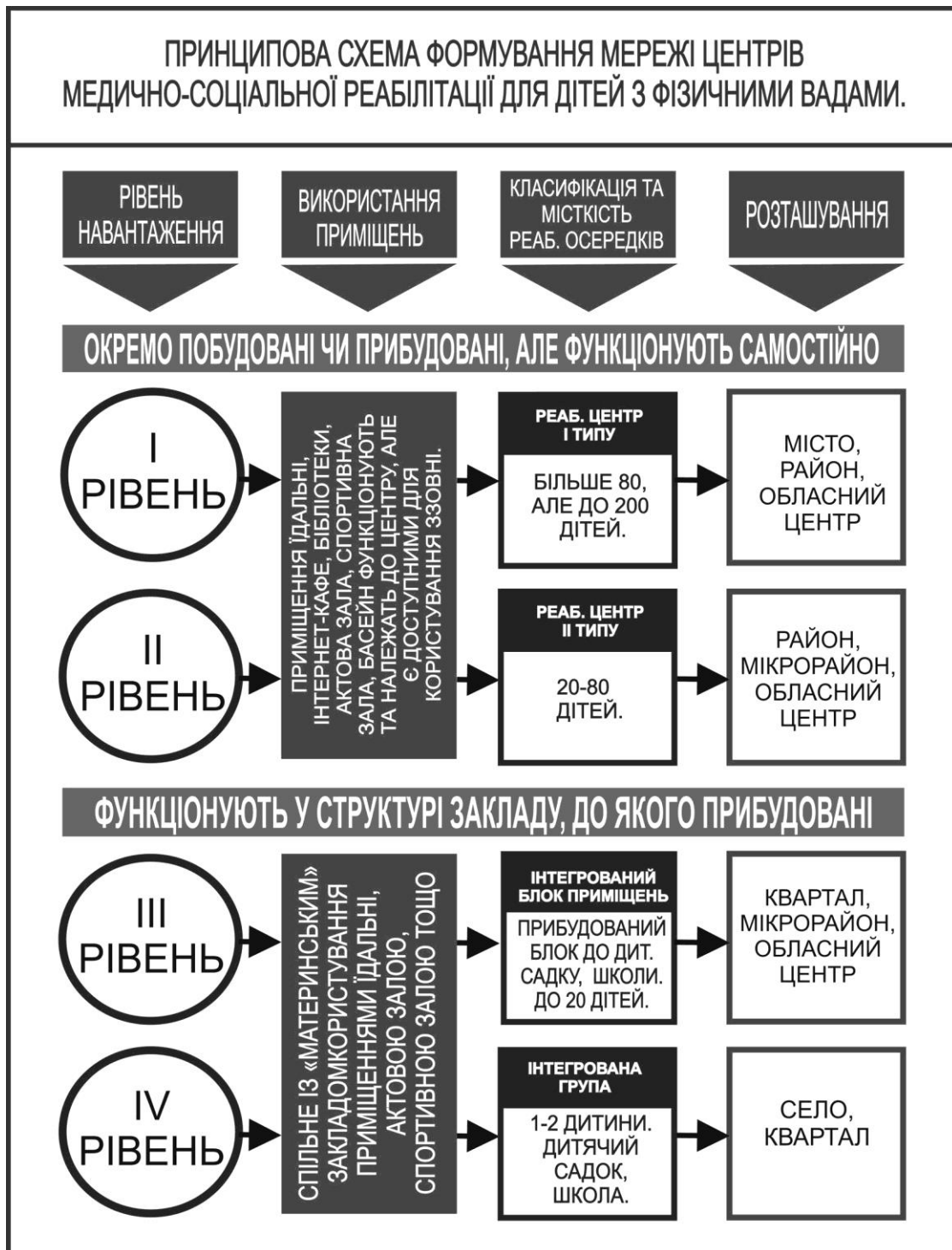


Рис. 1. Принципова схема формування мережі центрів медично-соціальної реабілітації для дітей та підлітків з фізичними вадами [1].

Характерною архітектурно-планувальною ознакою даного типу центру є наявність санаторного відділення, тобто відділення цілодобового перебування. Будівля такого закладу для забезпечення усього комплексу процедур може займати велику площу та має бути розташована поза містом або у такій зоні міста, яка дозволяє забезпечити реабілітаційний заклад необхідним комплексом

спеціалізованих дитячих майданчиків. Поверховість такого закладу повинна не перевищувати трьох поверхів [1].

Але, після отримання повного обсягу реабілітаційних процедур дитина-інвалід та її родина повинні мати можливість підтримувати свій стан та отримувати необхідні консультації лікарів-фахівців майже кожного дня. Оскільки вище розглянутий заклад є характерним для розміщення у приміській зоні та, здебільшого, не є територіально досяжним для користування ним кожного дня для мешканців інших міст, областей, районів, то є необхідність створити реабілітаційні осередки, які б були наближенішими до потенційних користувачів, перш за все, територіально. Звичайно місткість таких закладів має бути зменшена. Тож, наступною ланкою мережі центрів медично-соціальної реабілітації дітей та підлітків з фізичними вадами повинен бути реабілітаційний центр II типу [6]. Оптимальне розташування такого закладу – район, мікрорайон, обласний центр (див. рис. 1). Запропонована місткість – 20-80 дітей. За складом основних блоків приміщень даний реабілітаційний осередок схожий з центром I типу, але відрізняється від нього відсутністю санаторного відділення (житлового блоку). Реабілітаційний центр місткістю 20-80 місць (за умови, що центр працюватиме по змінах) має бути максимально доступний для відвідувачів та розташований у кожному районі міста. Будівля центру може суміщати у собі функції як реабілітаційного центру, так і закладу клубного, тобто розважально-дозвілєвого типу. Такий тип реабілітаційного закладу повинен мати найбільш розвинуту схему впровадження ідеї доступності як для відвідувачів, що мають вади фізичного розвитку, так і для дітей та підлітків, здоров'я яких є у межах норми. Представлений сценарій має під собою найбільш перспективне соціальне підґрунтя. Відвідувачі з функціональними обмеженнями у розвитку будуть максимально наближені до соціального оточення однолітків, що необхідно для отримання повноцінного результату реабілітаційного процесу. Здорові молоді люди, діти та підлітки, що відвідуватимуть такий заклад будуть мати можливість спілкуватися з однолітками з іншими можливостями та приймати участь у їх житті, тобто допомагати дітям-інвалідам у процесі соціальної реабілітації. Відомі випадки коли результатом спілкування дітей-інвалідів та їх здорових однолітків було те, що здорові діти та підлітки ставали волонтерами-добровольцями у таких закладах. Повинен мати місце факт всебічної інтеграції у суспільство з обох боків [1].

З метою наближення реабілітаційних послуг до потенційних користувачів слід створювати ще більш доступні ланки. Виявлено, що при зменшенні рівня навантаження (місткості) реабілітаційних центрів блоки приміщень, в яких відбуваються процеси навчання, лікування, спілкування тощо, зменшуються та

їх повноцінне функціонально-планувальне використання у об'єктах, що працюють автономно (самостійно) не є доцільним. Тому, запропоновано реабілітаційні осередки, місткість яких менше ніж 20 місць, інтегрувати у структуру «материнського» закладу. В даному випадку під терміном «материнський» заклад слід розуміти низку об'єктів, які є традиційними для навчання, виховання та розвитку дітей - загальноосвітні школи, дитячі садки, навчально-виховні комплекси «дитячий садок – початкова школа», малокомплектні школи, позашкільні заклади для дітей тощо. До складу приміщень вищезгаданих закладів слід додавати наступні ланки – реабілітаційні осередки малої та надмалої місткості. III рівень навантаження – реабілітаційний осередок малої місткості - інтегрований блок приміщень для реабілітації до 20 осіб. Приміщення їдальні, актової зали, спортивної зали, басейну, бібліотеки, інтернет кафе тощо функціонують у структурі „материнського” закладу та доступні для користування дітьми з інвалідністю. Приміщення для специфічних заходів для проведення процесу реабілітації дещо відокремлені але мають бути вбудовані або прибудовані та підпорядковані „материнському” закладу. IV рівень – осередок надмалої місткості – інтегрована група у структурі дитячого садка (школи) загального типу, розрахований на 1-2 дитини. Подібні заклади з'являються вже подекуди в Україні. Їх визначає така функціонально-соціальна складова у роботі інтегрованих груп, як наявність одного чи двох дітей з фізичними вадами у звичайній групі дитсадка чи класі середньої школи. Для реалізації необхідних складових процесу – лікування, навчання, відпочинок, спілкування – рекомендовано додати спеціальні приміщення та зони до загальних приміщень „материнського” закладу. Реабілітаційні осередки малої та надмалої місткості доцільно розташовувати у мікрорайоні, кварталі міста, обласному центрі, селі відповідно (див. рис. 1). Таким чином, дитина, яка отримала повний обсяг реабілітаційних процедур у найбільшому закладі, має змогу підтримувати та вдосконалювати стан свого здоров'я у менших за місткістю, але ближніших осередках. Містобудівна (територіальна) доступність таких центрів, в залежності від типу закладу, виглядає наступним чином (рис. 2). Реабілітаційний центр I типу (до 200 дітей) матиме низький показник – 30 хвилинна транспортна доступність – така ситуація зумовлена тим, що, маючи у своїм складі максимальну кількість приміщень для забезпечення повного обсягу реабілітаційного циклу, такий центр тяжіє до розташування у приміській зоні, що віддалена від промислових районів, шумів, великих магістралей тощо. Центр II типу також має низьку доступність, вона складає 900-1500 м пішохідної досяжності. Але реабілітаційні осередки малої та надмалої місткості (III та IV типів) вже матимуть середній та високий показник територіальної

досяжності відповідно: осередок III типу – 700-900 м (як, наприклад, загальноосвітня школа), осередок IV типу – 300-500 м (як дитячий садок або навчально-виховний комплекс «дитячий садок – початкова школа») (рис. 2).

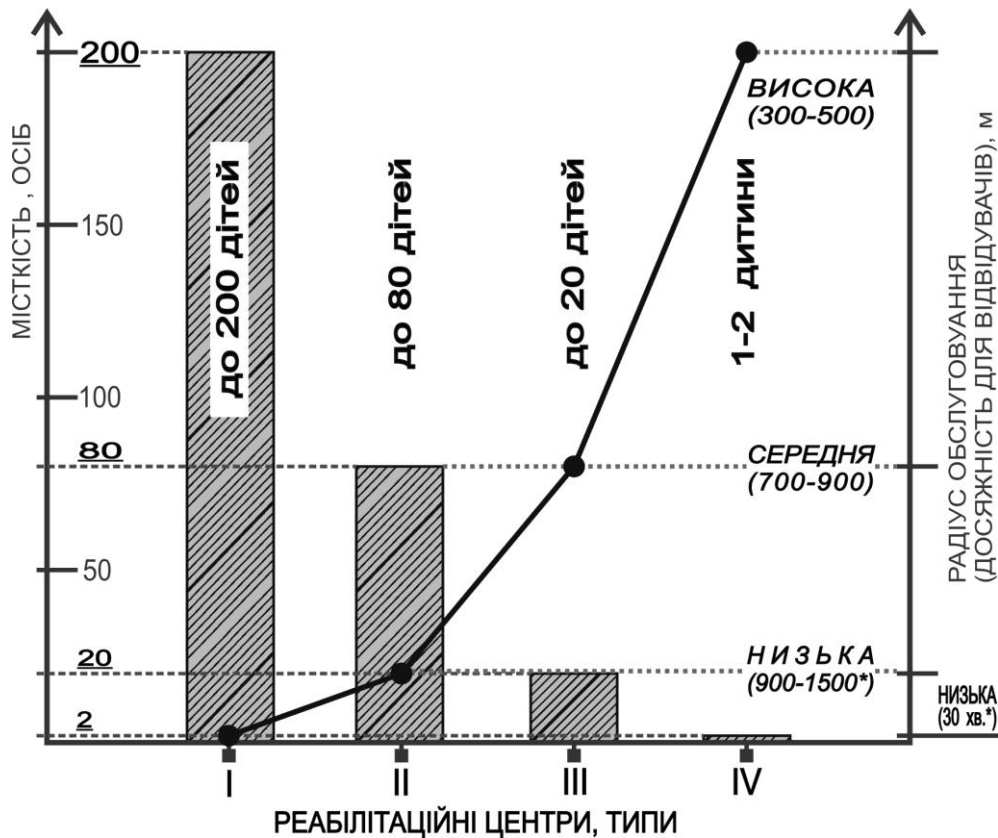


Рис. 2. Графік залежності територіальної досяжності реабілітаційних осередків від їх типів та місткості [1].

**Висновок.** Мережа центрів медично-соціальної реабілітації для дітей та підлітків з вадами розвитку, запроєктована таким чином, має втілювати у життя застосування одного з основних принципів архітектурно-планувальної організації відповідних закладів – принципу доступності, а саме його містобудівного аспекту. Крім того, території центрів повинні мати безпосередній зв'язок з основними магістралями. Центри великої місткості, які рекомендовано розташовувати у рекреаційних зонах міста або поза містом повинні мати необхідну базу, що забезпечує доступність: мікроавтобуси, автомобілі тощо.

Архітектурно-планувальний аспект принципу доступності повинен вирішити питання фізичної досяжності реабілітаційних осередків. При проектуванні необхідно застосовувати як засоби для спрощення вертикального пересування для інвалідів (пандуси, ліфти, підйомники) так і намагатись планувально скоротити довжину комунікацій (відстані між блоками та групами приміщень). Соціальний аспект відобразатиметься у тому, що заклади реабілітації дітей-інвалідів у жодному разі не повинні бути відокремлені та закриті для дітей,

здоров'я яких вважається у межах норми. Оскільки реабілітаційні центри середньої та великої місткості (I та II типів) мають досить розвинутий склад приміщень спортивного блоку, блоку громадських та дозвіллевих приміщень, необхідно надати можливість користуватися ними і відвідувачам без інвалідності [1,6].

#### Література:

1. Кравченко І.Л. Принципи архітектурно-планувальної організації центрів медично-соціальної реабілітації дітей та підлітків з фізичними вадами: дис. канд. арх: 18.00.02/ Кравченко Ірина Леонідівна; КНУБА – К., 2013. – 181 с.
2. Корнеев Н. М. Детская инвалидность в Украине [Электронный ресурс] / Н.М. Корнеев, С.Р. Толмачева, Т.В. Пересыпкина, Т.П. Сидоренко // 3 турботою про дитину, 2012. – № 5. – С. 3–6.
3. Моисеенко Р.О. Показатели состояния здоровья детского населения Украины за 2011 год / Р.О. Моисеенко, М.В. Голубчиков, Н.І. Руденко. – К. – 2011. – 420 с.
4. I. Kravchenko. Basic differences in organization of rehabilitation environment for disabled adults and children: analysis of functional structures. // Scientific enquiry in the contemporary world: theoretical basics and innovative approach./ Vol.4, Technical sciences. - FL, USA, L&L Publishing, 2013. - Pages 121-124.
5. Реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями: СП 35-116-2006. – М.: Департамент строительства и ЖКХ М-ва регионального развития РФ, 2006. – 29 с. - (Система нормативных документов в строительстве. Свод правил по проектированию и строительству).
6. Кравченко І.Л. Функціонально-планувальна структура позашкільних закладів для дітей та підлітків з фізичними вадами у контексті формування "універсального дизайну"// Перспективні напрямки проектування житлових та громадських будівель. / Регіональні особливості будівництва цивільних будівель та споруд. Спеціальний випуск. Збірник наукових праць. – К.: КиївЗНДІП, 2007. Стор. 33-41.

#### Аннотация

В статье рассматриваются основные положения формирования сети центров медико-социальной реабилитации для детей с недостатками развития, изложены связанные с этим градостроительные проблемы и определены основные шаги их решения.

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация, дети и подростки с физическими недостатками, сеть реабилитационных учреждений для детей-инвалидов..

#### Annotation

The article tells basic positions about forming of medical-social rehabilitation centres network for disabled children, the stated problems tied with town-planning and basic steps to decide the problem are determined.

Key words: medical-social rehabilitation, disabled children and teenagers, network of medical-social rehabilitation centres for disabled children.