

УДК 725.51:616-053.2(045)

Д. В. Сенченко
аспірант каф. АПЦБС КНУБА

ОСОБЛИВОСТІ АРХІТЕКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ СТАЦІОНАРНОГО ВІДДІЛЕННЯ ДИТЯЧОГО ОНКОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКОВОГО ПЕРІОДУ РОЗВИТКУ ДИТИНИ

Анотація: в статті розглядається сучасний стан забезпечення України медичними закладами онкологічної спеціалізації для дітей, наводиться перелік нормативних вимог до організації стаціонару, виявляються особливості психологічних і фізіологічних особливостей розвитку дитини та визначається їхній вплив на архітектурну організацію стаціонарного відділення.

Ключові слова: медичні заклади, стаціонарне відділення, дитячий онкологічний центр, архітектурна організація, віковий період дитячого розвитку.

Актуальність.

В Україні зберігається стійка тенденція до зростання захворюваності на злоякісні новоутворення хоч показники смертності мають тенденцію до стабілізації та зниження.

За уточненими даними Національного канцер-реєстру (НКР) в 2010 р. було зареєстровано 166 171 нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення (ЗН); загальний показник захворюваності на ЗН досяг 363,0 на 100 тис. населення, тобто у порівнянні з 2009 р. збільшився на 13,2 0/0000 або на 3,8%. При цьому показник захворюваності у жіночого населення змінився більш суттєво, аніж у чоловічого; така ж тенденція простежується і у стандартизованих за віком показників.

В 2010 р. загальний показник захворюваності дітей (віком 0-17 років) на ЗН дорівнював 13,4 (13,6 - у хлопчиків та 13,1 – у дівчаток); показник смертності - 4,3 (4,8 – у хлопчиків та 3,6 – у дівчаток) на 100 тис. дитячого населення України [1].

В 2009 році в закладах системи МОЗ України проліковано 8945 дітей хворих на злоякісні новоутворення (2008-8766 дітей, 2007 рік - 7820 дітей; 2006 рік - 7631). Значне збільшення кількості дітей, яких охоплено спеціальними лікуванням, свідчить про зростання доступності до якісної медичної допомоги для хворих із злоякісними новоутвореннями дитячого віку [2].

На сьогоднішній день в Україні передбачається збільшення кількості ліжкового фонду спеціалізованих онкологічних лікувальних закладів [2, 3, 4].

Адже у зв'язку з дефіцитом ліжкового фонду в онкологічних закладах більш як 35% онкологічних хворих лікуються в загально-лікарняній мережі, де відсутні необхідні умови для виконання комплексного та комбінованого лікування; до визначення плану лікування онкологічних хворих в цих закладах не залучаються онкологи; порушуються принципи переведення онкологічних хворих з цих стаціонарів в онкологічні заклади для подальшого комбінованого чи комплексного лікування, що нерідко призводить до погіршення результатів лікування, скорочення тривалості життя хворих.

Постановка задачі.

Дослідити особливості архітектурної організації стаціонарного відділення дитячих онкологічних центрів залежно від психо-фізіологічних особливостей вікового періоду розвитку дитини.

Аналіз останніх досліджень.

Дослідження архітектурної організації медичних закладів базується на наукових працях із загальнотеоретичних та типологічних питань містобудування і архітектури. Загальнотеоретичні роботи вивчалися в працях В. І. Єжова, Ю. Г. Рєпіна, С. В. Бодні, В. П. Мироненка, В. О. Тімохіна та ін.

Теоретичні труди з питань організації роботи медичних закладів, архітектурної організації та їх інженерно-технічному оснащенню: К.Ю. Підгірняк, В. П. Підгірняк, С. А. Токарева, В. В. Русіна, І. В. Габібова, С. В. Бодні, О. В. Мирононко, М. С. Богуславського, Р. Гопкінсона, И. Капустіна, С. Е. Квасова, Б. А. Корольова, А. Ошкордіної, А. В. Павлуніна, А. Б. Петровського, А. В. Разумовського та ін.

Дослідження архітектурної організації дитячих онкологічних центрів в Україні не проводились.

Основна частина.

Загальні вимоги.

Відповідно до існуючої в Україні нормативної бази передбачено наступні вимоги до організації стаціонарного відділення онкологічних лікувальних закладів для дітей[5]:

- палатні відділення дитячих стаціонарів необхідно розміщати не вище п'ятого поверху будинку, палати для дітей у віці до семи років без матерів – не вище другого поверху. Допускається розмішувати палати для дітей у віці до семи років без матерів не вище п'ятого поверху за умови обладнання протидимного захисту шляхів евакуації (коридорів) і влаштування в будинку (корпусі) незадимлюваних сходових кліток;

- в багатoproфільних лікарнях дитячі відділення потужністю 60 і більше ліжок рекомендується розміщувати в окремих будинках;
- палатні відділення складаються із палатних секцій і загальних приміщень відділень. До загальних приміщень також відносяться лікувально-діагностичні та спеціалізовані кабінети;
- палатна секція має бути непрохідною. При вході до неї необхідно передбачати шлюз завглибшки не менше 2 – 3 м.

Кількість ліжок в палатних секціях визначається завданням на проектування і має бути не менше 20 і не більше 30.

Місткість палат необхідно приймати не більше ніж на 2 ліжка. Збільшення місткості палат обґрунтовується завданням на проектування.

Палати, в тому числі з перебуванням матерів, необхідно передбачати зі шлюзом, вбиральною і душовою. Кількість місць для спільного цілодобового перебування матерів у палатах із хворими дітьми необхідно передбачати:

- для дітей до 3 років – 100% ліжок,
- для дітей віком понад 3 роки – не менше 50% ліжок.

Кількість місць для денного перебування матерів з дітьми та місць для розміщення матерів визначається завданням на проектування.

Між палатами для дітей віком до 7 років (без матерів), а також у стінах і перегородках, що відокремлюють палати від коридорів, необхідно передбачати засклені прорізи.

Відділення слід розташовувати окремо від інших груп приміщень лікарні.

Вікові особливості розвитку дитини.

У кожному з періодів розвитку діти істотно розрізняються по розумовим здібностям, а також за психологічними і фізіологічними особливостями. Фахівці виділяють наступні вікові періоди в розвитку дітей [6], наведені в табл.1.

Визначення специфічних потреб розвитку і виявлення характерних ознак для дітей кожної з вікової групи - це дуже важливе завдання педіатрії. Властиві дітям різного віку відмінності головним чином впливають на перебіг і наслідки всіляких дитячих захворювань.

З досягненням зрілості переважна більшість людей легко адаптуються до впливу чинників навколишнього середовища, а от стан здоров'я дитини залежить від них дуже сильно.

Розглядаючи особливості вікової групи пацієнтів з точки зору впливу на архітектурну організацію доцільно буде умовно розділити їх на 3 укрупнені групи: віком від 0-6 років, 7-14 років та 15-18 років.

Таблиця 1. Вікові періоди розвитку дитини

Вікові періоди розвитку дитини		
<i>Назва періоду</i>	<i>Вікові межі періоду</i>	<i>Укрупнена група</i>
Новонародженість	1 місяць після народження	Дошкільний період (від 0 до 6 років)
Дитинство (грудний період)	з 2 місяця до 1 року	
Пізнє дитинство (перехідний період)	від 1 року до 2 років	
Молодший дитячий (дошкільний) вік	від 2 до 6 років	
Старший дитячий (шкільний) вік	для дівчаток - від 6 до 10 років для хлопчиків - від 6 до 12 років	Шкільний період (від 6 до 14 років)
Підлітковий	для дівчаток - від 10 до 18 років для хлопчиків - від 12 до 20 років	Підлітковий період (від 14 до 18 років)

На першому періоді розвитку (від 0 до 6 років) особливо важливим є тісний зв'язок дитини з матір'ю [6,7,8]. Необхідна спокійна привітлива атмосфера і оточення. В цей період діти виявляють більшу прихильність до яскравих кольорів. Велику роль в розвитку всіх систем в організмі дитини займає гра. Необхідно забезпечити дитині можливість періодичного спілкування з однолітками, адже в цей час відбувається початкове формування навичок соціальної взаємодії.

В другий період (від 6 до 14) зв'язок з матір'ю стає не таким сильним, проте залишається все ще досить важливим фактором. Характерною особливістю для даного етапу є складний етап процесу формування особистості, пошук власного особливого «Я». Дитині необхідно забезпечити можливість як активного соціального спілкування з однолітками і дорослими, так і забезпечити можливість усамітнення за необхідності [9].

В останній, юнацький(підлітковий) період особливо важливою є необхідність забезпечити дитині доступ до джерел інформації, можливість використовувати свої специфічні навички на практиці, набувати нові, адже ця фаза передуює дорослому життю. Дитині важливо визначитись і впевнитись ким

вона хоче бути, ким себе бачить в майбутньому. А моделювання майбутнього загалом сприятиме вірі в позитивний результат лікування [6, 9].

Внутрішнє середовище.

Орієнтація в лікарні.

Доведено, що можливість самостійної орієнтації в лікарні є для пацієнта дуже важливим фактором. Усвідомлення того, що він може переміщатися по її території, користуючись покажчиками(словесними, або образними, залежно від віку дитини) або іншими умовними орієнтирами, викликає у пацієнта відчуття упевненості і знижує рівень стресу.

Колір.

Важливу роль в сприйнятті простору дитиною відіграє *колір* [7, 8]. Використання кольору в дизайні медичних установ вирішує відразу кілька функціональних завдань. Колір може застосовуватися як засіб орієнтації, якщо виділити їм різні зони. Крім того, широко відомо, що колір здатний впливати на настрій і полегшувати стан пацієнтів. Існує навіть теорія, що рекомендує розміщувати пацієнтів з високою температурою в палати, пофарбовані в холодні синьо-фіолетові тони, а пацієнтів, чиї захворювання за природою своєю вважаються холодними, в палати теплих тонів. На перших роках життя рекомендовано використовувати яскраві чисті відтінки кольорів. З дорослішанням дитини кольорова гама поступово пом'якшується і переходить до більш спокійних природних кольорів.

Шумовий фон.

Ще одним питанням, що вимагає уваги архітекторів і дизайнерів, є зниження рівня шуму в медичних установах. Цього можна досягти за рахунок чіткого функціонального зонування, використання звукопоглинаючих матеріалів, складної структури великих приміщень для запобігання відлуння.

Естетика.

Використання натуральних матеріалів, там, де це можливо, і денного світла, імітація комфортної домашньої обстановки, гарний вид з вікна, живі квіти, наповнення навколишнього середовища клініки предметами мистецтва, картинами і фотографіями на стінах, увага до деталей - сприятливо впливає на стан пацієнтів клініки.

Навчання і спілкування.

Для сприяння розвитку дитини при стаціонарному відділенні необхідно облаштовувати ігрові кімнати (для перших двох груп), навчальні кімнати (для 2 і 3 групи), кімнати для заняття творчістю для всіх груп. Для другої і третьої групи при відділенні бажаною є організація бібліотеки з художньою і навчальною літературою, а також можливістю використання електронних

ресурсів. Бажано організувати кімнату для зустрічі з близькими, що за інтер'єром нагадувала б звичайну затишну вітальню [7, 8, 9].

Висновки.

За умови збільшення кількості лікувальних установ відповідного типу та їх доцільного розташування по території України [2, 3, 4] стане можливим використовувати більш індивідуальний підхід до потреб пацієнта. Для поліпшення результатів лікування та підвищення загального рівня якості перебування дитини в стаціонарному відділенні існує ціла низка архітектурних засобів. Користуючись ними у відповідності до потреб дитини на всіх рівнях розвитку можна створити дружнє середовище, в якому дитина не буде відчувати себе ніяково, а процес лікування не створюватиме перепон в становленні та розвитку дитини:

- для стаціонарного відділення цілодобового перебування необхідно передбачати виключно одномісні палати, у відповідних ситуаціях передбачаючи місця для спільного цілодобового перебування матері, двомісні ж палати допускається використовувати в денному стаціонарі хіміотерапії;
- орієнтуючись на вікові особливості розвитку дитини використовувати колір як для естетичних цілей, так і з метою покращення орієнтації в просторі;
- створювати при відділенні навчальні, ігрові та інші приміщення, які сприятимуть соціалізації і розвитку особистості, що є дуже важливим, зважаючи на можливу тривалість процедури лікування, і як наслідок ускладнення нормального процесу розвитку дитини, як соціальної особистості;
- при формуванні внутрішнього середовища звертати особливу увагу на естетичні деталі, створення відчуття максимально комфортної домашньої обстановки, гарний вид з вікна, живі квіти, наповнення навколишнього середовища клініки предметами мистецтва, картинами і фотографіями на стінах, що сприятиме мінімізації додаткового стресу від перебування в лікувальному закладі.

Список використаних джерел

1. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 13 - "Рак в Україні, 2010-2011".
2. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України Про схвалення Концепції Державної програми "Дитяча онкологія та гематологія на 2011 - 2015 роки".
3. Проект нової редакції наказу МОЗ України від 30.12.1992 № 208 "Про удосконалення онкологічної допомоги населенню України".
4. ЗАКОН УКРАЇНИ «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» *Від 23 грудня 2009 року N 1794-VI*.
5. ДБН В.2.2-10-2001 Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я.
6. Костюк Г. С. Розвиток і виховання // Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. — К., 1989.
7. Анатомія, фізіологія дітей з основами гігієни та фізичної культури: навчальний посібник / В. І. Антонік, І. П. Антонік. - К.: Центр учбової літератури, 2009. - 336 с.
8. Дуткевич Т. В. Дошкільна психологія. Навчальний посібник рекомендований МОН України. — Київ: Центр учбової літератури, 2007.
9. Павелків Р. В., Цигипало О. П. Дитяча психологія: Навч. посіб. – К.: Академ-видав, 2008. – 432 с.

Аннотація

В статье рассматривается современное состояние обеспечения Украины медицинскими учреждениями онкологической специализации для детей, приводится перечень нормативных требований к организации стационара, выявляются психологические и физиологические особенности развития ребенка и определяется их влияние на архитектурную организацию стационарного отделения.

Ключевые слова: медицинские учреждения, стационарное отделение, детский онкологический центр, архитектурная организация, возрастной период развития ребенка.

Annotation

The article is considering modern situation of providing of Ukraine with medical oncologic establishments for children and the list of normative requirements to organization of inpatient department is pointed, psychological and physiology features of development of child are considered and their influence on architectural organization of inpatient department is determined.

Keywords: medical establishments, inpatient department, children oncologic centers, architectural organization, child's age-dependent period of development.