

УДК: 725.54.57

Канд. арх., доц. **Кравченко І. Л.**Кафедра теорії архітектури архітектурного факультету
Київський національний університет будівництва та архітектури






ЗАГАЛЬНА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ ЦЕНТРІВ МЕДИЧНО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ

Анотація. У статті розглядається загальна структурно-функціональна модель центрів медично-соціальної реабілітації дітей з вадами розвитку, представлена загальна модель середовища життєдіяльності дитини-інваліда та викладені основні положення щодо створення реабілітаційних осередків.

Ключові слова: медично-соціальна реабілітація, діти та підлітки з фізичними вадами, структурно-функціональна модель центрів медично-соціальної реабілітації

Динаміка зростання показників дитячої інвалідності за останні роки є однією з найвагоміших соціальних проблем нашої держави. Якщо у 1999 році на 10 тис. дитячого населення України показник інвалідності становив 149,8, то вже на 2011 рік показник склав 207,6 та тенденція до зростання зберігається [1]. Ефективним рішенням даної проблеми є застосування системи ранньої реабілітації. Сучасні принципи проведення реабілітаційних заходів виходять з принципу комплексності та єдності біологічних та соціально-психологічних методів впливу, що зумовлює виникнення у стаціонарі «психотерапевтичної» атмосфери з наближенням її до умов життя у родині, школі, збереження контакту з батьками, влаштування позакласних культурно-масових заходів та інше.

Соціальна проблема для дітей з вадами розвитку та їх родин перш за все замкнена на відсутності можливості спілкування із однолітками. Також вагомою складовою є неможливість (неспроможність) обслуговувати себе у побуті або навчатися таким навичкам. Таким чином, щоб представити зв'язок між проблемами дітей-інвалідів та їх близьких із оточенням, у тому числі із штучним (тобто архітектурним) виникла необ-

ЗАГАЛЬНА МОДЕЛЬ СЕРЕДОВИЩА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ДИТИНИ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ														
 СЕРЕДОВИЩЕ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ДИТИНИ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ	ФУНКЦІЯ	ПРОБЛЕМА	РІШЕННЯ	ОСНОВНІ ГРУПИ ЗАКЛАДІВ ДЛЯ ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ										
				дитячий заклад (інтегрована група)	дитячий заклад (спеціалізоване колективне групу)	спеціалізовані дитячі заклади	спеціалізовані школи	професійно-спеціалізовані	бюджетно-інтернат	спеціалізовані садиби	центри медично-соціальної реабілітації			
РОДИНА 	ВИХОВАННЯ	ПРОБЛЕМА УСВІДОМЛЕННЯ БАТЬКАМИ МОЖЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ДИТИНИ, ЯКА ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД ІНШИХ	ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПЕДАГОГІЧНА РОБОТА ІЗ БАТЬКАМИ ТА РОДИНАМИ ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ											
	СПІЛКУВАННЯ													
	НАВЧАННЯ	НЕ О Б Х І Д Н І С Т Ь Н А Д А Т И Д И Т И Н І МОЖЛИВІСТЬ НАВЧАТИСЯ	ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПЕДАГОГІЧНА РОБОТА ІЗ ДІТЬМИ-ІНВАЛІДАМИ											
		МОЖЛИВІСТЬ ДИСТАНЦІЙНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	ОТРИМАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ НА КОЖНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ											
ЛІКУВАННЯ 	НЕОБХІДНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ	ЗАСТОСУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕТОДИКИ РАЙНОГО ВТРАЧАННЯ НАДАНА РЕКОМЕНДАЦІЙ												
	НЕОБХІДНІСТЬ ПІДТРИМАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАЛЬНОГО ЦИКЛУ	АДРЕСНА НАБЛЮЖЕНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ОСЕРЕДКІВ												
ОСОБИСТІЙ ПРОСТІР 	САМОСВІТА САМОВИРАЖЕННЯ	МОЖЛИВІСТЬ НАВЧАННЯ У НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ	ПРОФЕСІЙНА ДОПОМОГА ПО СОЦІАЛЬНІЙ АДАПТАЦІЇ ДИТИНИ-ІНВАЛІДА											
		МОЖЛИВІСТЬ ВИРАЖАТИ СЕБЕ У ТВОРЧОСТІ	РОЗКРИТТЯ ОСОБИСТІЙ ЗДІБНОСТЕЙ ДИТИНИ											
		НЕОБХІДНІСТЬ МОЖЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	ДОПОМОГА У РОЗВИТКУ НАВИЧОК СПІЛКУВАННЯ ТА САМООРГАНІЗАЦІЇ											
	ЗРУЧНІСТЬ, КОМФОРТ	ПРОБЛЕМА ВІДПОВІДНОСТІ ПРОСТОРО ВИМОГАМ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ	ДОСТУПНІСТЬ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ІНШИХ ОБ'ЄКТІВ											
	НАВИЧКИ САМООСЛУГОВУВАННЯ	ПРОБЛЕМА ОБЛАДНАННЯ ЖИТЛОВОГО ОСЕРЕДКУ ДОПОМОЖНИМИ ЗАСОБАМИ	ПРИСТОСУВАННЯ ЖИТЛА ДИТИНИ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ ДО ЇЇ ВИМОГ											
СПІЛКУВАННЯ З ОДНОЛІТКАМИ	НЕОБХІДНІСТЬ НАБУТТЯ ПОБУТОВИХ НАВИЧОК	НАВЧАННЯ ДИТИНИ-ІНВАЛІДА НАВИКАМ САМООСЛУГОВУВАННЯ												
	НЕОБХІДНІСТЬ МАТИ МОЖЛИВІСТЬ СПІЛКУВАТИСЯ ІЗ ОДНОЛІТКАМИ	ДОПОМОГА У НАБУТТІ НАВИЧОК СПІЛКУВАННЯ ТА ВМІННІ ПР И Й М А Т И Г О С Т Е Й												
СУСПІЛЬСТВО 	ІНТЕГРАЦІЯ	ПРОБЛЕМА ФІЗИЧНОЇ ДОСЯГНОСТІ АРХІТЕКТУРНИХ ОБ'ЄКТІВ	ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ АРХІТЕКТУРНИХ ОБ'ЄКТІВ											
		ПРОБЛЕМА СПІЛКУВАННЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМФОРТУ	НАДАНА ДОПОМОГИ ШЛЯХОМ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ											
	НАВЧАННЯ	МОЖЛИВІСТЬ НАВЧАННЯ У ІНТЕГРОВАНИХ ЗАКЛАДАХ (ГРУПАХ)	ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА ТА СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ											
		МОЖЛИВІСТЬ НАВЧАННЯ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ЗАКЛАДАХ	ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІДПОВІДНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ											
	МОЖЛИВІСТЬ НАВЧАННЯ У ВИЩІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ													
МОЖЛИВІСТЬ ПРАЦЕВПАШТУВАННЯ	НЕОБХІДНІСТЬ НАДАВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК	ПОСЛУГИ ВІДДІЛЕННЯ ТРУДОТЕРАПІЇ ТА ПРОФОРІЕНТАЦІЇ												
	НЕОБХІДНІСТЬ МАТИ МОЖЛИВІСТЬ ПРАЦЕВПАШТУВАННЯ ЗА ФАХОМ	ДОПОМОГА СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ У ПРАЦЕВПАШТУВАННІ, МОЖЛИВІСТЬ ПРАЦЮВАТИ ДИСТАНЦІЙНО												

УМОВНІ ПОЗНАЧЕННЯ:



ЗАКЛАДИ, ЩО ВИКОНУЮТЬ ФУНКЦІЇ ВІДПОВІДНО ДО ВКАЗАНИХ ВИМОГ.



ЗАКЛАДИ, ЩО ЧАСТКОВО ВИКОНУЮТЬ ФУНКЦІЇ ВІДПОВІДНО ДО ВКАЗАНИХ ВИМОГ.



ЗАКЛАДИ, ЩО НЕ ВИКОНУЮТЬ ФУНКЦІЇ ВІДПОВІДНО ДО ВКАЗАНИХ ВИМОГ.

Рис. 1. Загальна модель середовища життєдіяльності дитини-інваліда [2]

хідність сформувати загальну модель середовища життєдіяльності дитини з фізичними вадами (рис. 1). Надана схема ілюструє перш за все оточення такої дитини, починаючи із найближчої ланки — родини. Функції, які вона виконує по відношенню до дитини-інваліда, наступні: виховання, спілкування, навчання, лікування. Як правило, з моменту встановлення діагнозу дитині родина стикається з купою проблем на шляху реалізації будь-якої з цих функцій. Не менш вагоме значення має для будь-якої дитини її особистий простір. З моменту усвідомлення себе як особистості, дитина-інвалід починає сприймати себе у структурі зовнішнього оточення як соціально, так і на фізичному рівні. Як у будь-якої людини у неї є певне бачення себе — це і самовираження, і комфорт існування, і спілкування з однолітками, і навички самообслуговування. Безперечно, ця площина для дитини є найбільш травматичною на етапі самопізнання. І, нарешті, суспільство. Збоку дитини-інваліда — інтеграція, навчання, можливість працевлаштування — є основними складовими для формування буття та подальшого дорослого життя.

На схемі (див. рис. 1) представлені ці три основні складові середовища життєдіяльності, їх функції, проблеми, а також запропоновані рішення, які стосуються багатьох структур. Представлені основні типи закладів для дітей з вадами розвитку, які мають задовольняти потреби такого контингенту населення у користуванні і наданні необхідних послуг відповідно до поставленої проблеми. Архітектурний продукт покликаний вирішити більшу частину поставлених задач — центри медично-соціальної реабілітації.

Центри медично-соціальної реабілітації для дітей та підлітків з фізичними вадами повинні виконувати важливу функцію у соціальній, лікувальній та педагогічній сфері суспільства. За складом приміщень вони є досить складними та розвинутими. Усю різноманітну, багатофункціональну організацію реабілітаційних центрів доцільно об'єднати в три функціональні блоки [2]. Приципова схема центру реабілітації зображена на рис. 2:

1. блок реабілітації, що складається з приміщень медично-соціальної реабілітації і психолого-педагогічної допомоги;

2. блок розміщення, що складається з приміщень приймального та консультативного відділення, відділення денного перебування і стаціонару, що включає відділення цілодобового перебування і відділення «мати і дитина»;

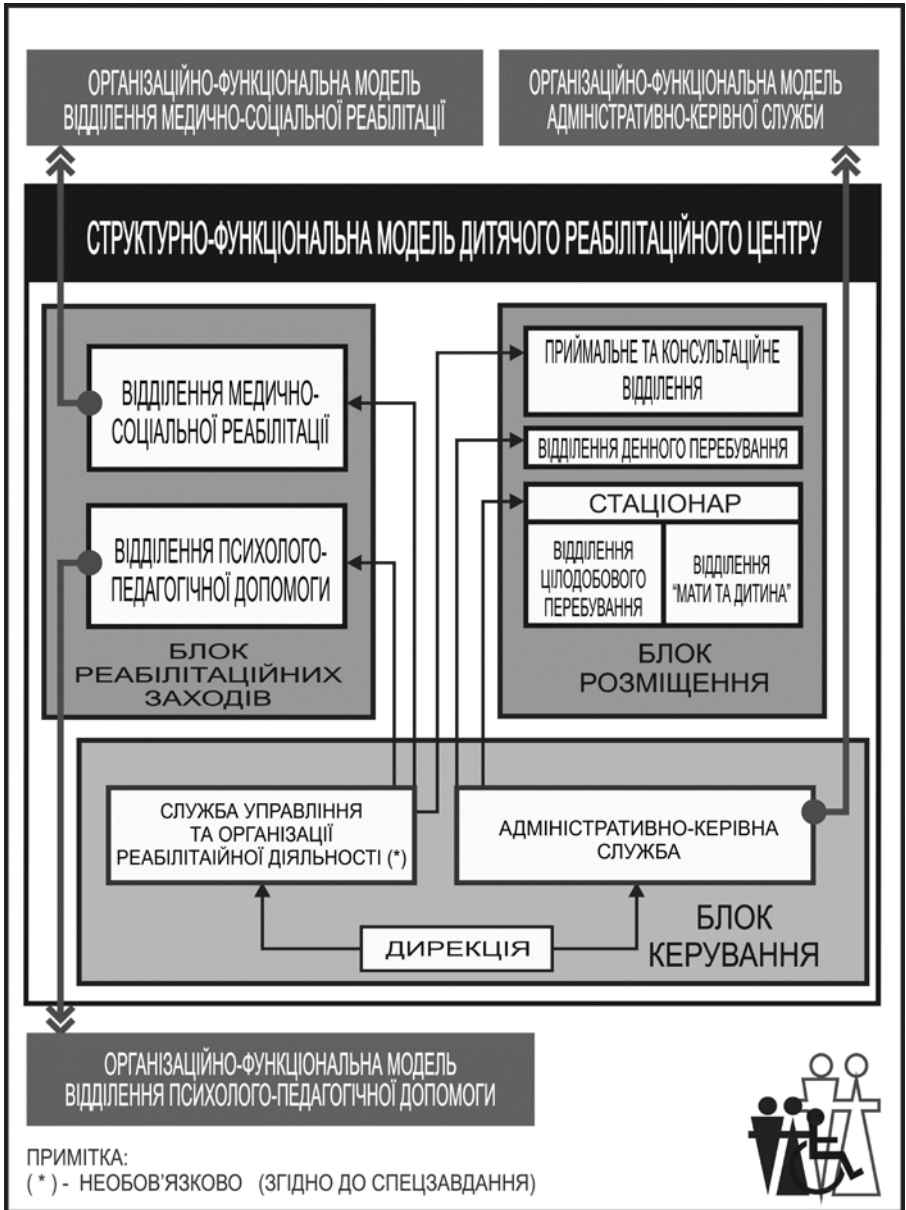


Рис. 2. Загальна структурно-функціональна модель дитячого реабілітаційного центру [2].

3. блок управління, що складається з приміщень служб управління та служб організації реабілітаційної діяльності.

Реабілітаційний центр для дітей і підлітків з обмеженими можливостями доцільно розмішувати в одній будівлі або у комплексі об'єктів, що пов'язані між собою та зосереджені на одній ділянці. Така принципова схема демонструє основні функціональні завдання центру реабілітації. Звичайно, найвагомішою частиною є блок реабілітаційних заходів, який поєднує у собі відділення медично-соціальної реабілітації та відділення психолого педагогічної допомоги. Ці відділення, у свою чергу, мають свої організаційно-функціональні моделі та розвинутий склад приміщень. Блок розміщення складається з приймального та консультаційного відділення, відділення денного перебування (денного стаціонару), та стаціонару (відділення цілодобового перебування та відділення „мати та дитина”). Місткість реабілітаційного центру визначається кількістю місць у денному і цілодобовому стаціонарах. У денних стаціонарах кількість ліжок може бути орієнтовно прийняте рівним 20% кількості місць (пропускній спроможності) денного стаціонару [2].

Слід зазначити, що реабілітаційний заклад з таким повним набором функцій, які відображені у відповідних функціональних блоках, доцільно проектувати найбільшим за місткістю — рекомендований показник місткості — до 200 осіб. Характерною ознакою такого центру є наявність санаторного відділення (рис. 2), тобто відділення, яке призначене для цілодобового перебування дітей та підлітків-інвалідів самих, або із батьками, протягом певного часу отримання реабілітаційних процедур у повному обсязі. Такий період може тривати від 3 до 6 місяців: у залежності від конкретного діагнозу та необхідного курсу реабілітації конкретної дитини, що має вади розвитку. Як відомо, робота із дітьми, що мають вади опорно-рухового апарату, є дуже важкою та пов'язана із наявністю певної кількості персоналу. Зрозуміло, що при збільшенні кількості дітей, котрі відвідують реабцентр, зростає і кількість фахівців та персоналу. Також багато залежить від спеціального завдання на проектування. Так, додатковими функціями, що можуть виникнути є: групи приміщень іпотерапії (лікування дітей за допомогою спілкування із конями) повинні виникнути на території центру окремим блоком; більш розвинутий склад приміщень басейну та спорту за рахунок виникнення додаткових спеціалізованих (спортивних) функцій; більш розвинутий блок приміщень для трудової

профорієнтації тощо. Зважаючи на все вищезгадане, розташовувати такий реабілітаційний комплекс рекомендовано на окремих ділянках, як правило, в межах населених пунктів, у районах, що озеленені, далекі від промислових і комунальних підприємств, залізничних колій, автодоріг з інтенсивним рухом та інших джерел забруднення і шуму [2].

Але в умовах, що склалися, необхідно пропонувати потенціальному користувачам більш адаптовані до їх потреб реабілітаційні ланки. Центр створюється з розрахунку одна установа на 1 тис. дітей з обмеженими можливостями, що проживають у місті або районі. За наявності в місті або районі менше 1 тис. дітей з обмеженими можливостями створюється один центр. Аналіз ситуації, особливо в Києві, визначив необхідність створення центрів реабілітації майже у кожному районі міста. Тож необхідно дещо розгалузити номенклатуру закладів реабілітаційних центрів у залежності від розміщення в планувальній структурі міста або району та їх місткості. Склад приміщень відповідно до показників місткості змінюється та уточнюється, як правило, згідно передпроектного аналізу ситуації та спеціального завдання.

Менші за місткістю реабілітаційні осередки доцільно проектувати таким чином, щоб формувати мережу подібних закладів. Наступною ланкою рекомендовано визначити реабілітаційний центр місткістю до 80 дітей. Це має бути самостійно функціонуючий заклад, у якому також відбуваються основні процеси реабілітації, та згідно із принципом інтеграції, його пропонується розташовувати у структурі міста або району. Структурно-функціональна модель такого комплексу зазнає певних змін, а саме: відділення медично-соціальної реабілітації дещо скорочується у складі — особливе значення надається приміщенням для ЛФК та масажу, а групи приміщень басейну скорочуються або відсутні; пропадає санаторне відділення; склад груп приміщень для занять досить гнучкий та повинен бути викладений у спеціальному завданні на проектування тощо. Наступні ланки реабілітаційних осередків ще більше відповідають принципу інтеграції та доступності, це — інтегровані блоки та групи реабілітаційних приміщень, що можуть функціонувати у звичайних дитячих закладах та бути вбудованими або прибудованими до них [2].

Безумовно, не можна залишити без уваги соціально-психологічну складову процесу реабілітації. Так, заклади, про які йдеться, є спеціалізованими та адаптованими для користування ними дітьми, що мають

вади розвитку. Але це ні в якому разі не повинно значити — ізольованими. Навпаки, їх призначення треба трактувати у соціальному сенсі як центри спілкування дітей з вадами розвитку та дітей, здоров'я яких вважається в межах норми. Приміщення актового залу, кінозалу та відеотеки, читального залу з бібліотекою, комп'ютерного класу та інтернет-кафе, буфету, приміщення для занять малюванням, живописом, ліпленням, плетінням та м'якою іграшкою, тобто усі приміщення для занять та дозвілля, які спонукають до формування соціальних та комунікативних навичок треба зробити доступними для спільного використання як для дітей з функціональними обмеженнями, так і для здорових дітей. Такі заклади будуть служити моделлю для втілення ідеї доступності та формування і втілення у практику принципів „універсального дизайну”. Метою створення центрів медично-соціальної реабілітації є якомога більш повна адаптація дітей з іншими можливостями як до оточуючого середовища, так і до соціуму.

Висновок. Аналіз структурно-функціональних моделей центрів реабілітації для дітей та підлітків з фізичними вадами виявив — центри реабілітації є багатофункціональними та складними за сценарієм роботи закладами. З метою забезпечення реабілітаційним процесом якомога більшу кількість дітей-інвалідів та їх батьків, необхідно розробити систему формування мережі подібних закладів максимально наближеною до потреб відвідувачів та розрахувати її таким чином, щоб вона могла бути доступною як для великого потоку дітей (у місті, обласному центрі, районі), так і для одної чи двох осіб, які мешкають у районному центрі або селі. Безумовно, така система передбачає виникнення диференціації у системі закладів реабілітації: від малого наповнення до будівель великої місткості.

Література:

1. 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.
2. 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.

Аннотация. В статье рассматривается общая структурно-функциональная модель центров медико-социальной реабилитации для детей

с физическими недостатками, представлена общая модель среды жизнедеятельности ребёнка-инвалида и изложены основные положения относительно создания реабилитационных центров.

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация, дети и подростки с физическими недостатками, структурно-функциональная модель центров медико-социальной реабилитации.

Annotation. The article tells about the general structural-functional model of centers for medical and social rehabilitation of children with disabilities, a general model of disabled child living environment is provided and basic provisions regarding the establishment of rehabilitation centers are described.

Keywords: medical-social rehabilitation, disabled children and teenagers, structural-functional model of centers for medical and social rehabilitation.