

## **ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В УКРАИНЕ**

**Малашенкова В. А.**, аспирант кафедры архитектуры зданий и сооружений  
*Одесская государственная академия строительства и архитектуры*  
Тел. 0934495638

**Аннотация.** В статье рассмотрены социально-экономические предпосылки формирования реабилитационных центров для детей-инвалидов в Украине, зарубежный и отечественный опыт проектирования, а также принципы проектирования.

**Ключевые слова:** дети-инвалиды, социально-реабилитационная работа, детские реабилитационные центры, принципы проектирования зданий.

**Проблема исследования.** Особенность и специфика формирования реабилитационных центров для детей-инвалидов.

**Цель работы.** Анализ предпосылок, влияющих на формирование реабилитационных центров для детей-инвалидов.

Дети-инвалиды – самый социально незащищенный общественный слой в Украине. В зависимости от болезни или характера отклонения в развитии выделяют различные категории таких детей: слепые и слабовидящие, умственно отсталые, с нарушениями речи, опорно-двигательного аппарата. Дети, имеющие столь значительные проблемы физического, психического, интеллектуального развития, становятся субъектами специального законодательства, получают на основе медицинских показаний особый медицинский статус – «инвалид» [1].

Вопросы о воспитании и обучении лиц с отклонениями в развитии в последнее десятилетие являются предметом пристального внимания со стороны международного сообщества и отражены в ряде документов Организации Объединенных Наций (ООН): Всеобщая декларация прав человека, Декларация о правах инвалидов, Декларация о правах умственно отсталых лиц, Конвенция о правах ребенка, Стандартное правило обеспечения равных возможностей для инвалидов. Система специального образования является институтом государства, который возникает и развивается как особая форма реализации его ценностных ориентаций и культурных норм общества. Одной из приоритетных целей специального образования на современном этапе является приспособление лиц с физическими и психическими недостатками к социальной среде, подготовка их к трудовой деятельности, самообслуживанию, самообеспечению и семейной жизни, интеграция их в здоровое общество.

На сегодняшний день в области специального образования имеется ряд проблем, одной из которых является проблема поиска наиболее эффективных форм организации интегрированного обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. В настоящее время одним из главных механизмов, обеспечивающих максимальный дифференцированный подход в обучении и воспитании детей с отклонениями в развитии, становится психолого-педагогическое сопровождение ребенка. Основные приоритеты психолого-педагогического сопровождения определяют повышенное внимание к личностному развитию детей в учебно-воспитательном процессе, их социально-психологической адаптации.

Задачи реабилитации, а также ее формы и методы меняются в зависимости от этапа. Если задача первого этапа, восстановительного — профилактика дефекта, госпитализация, установление инвалидности, то задача последующих этапов — приспособление индивидуума к жизни и труду, его бытовое и последующее трудовое устройство, создание благоприятной психологической и социальной микросреды. Формы воздействия при этом разнообразны — от активного первоначального биологического лечения до «лечения средой», психотерапии, лечения занятостью, роль которых возрастает на последующих этапах. Формы и методы реабилитации зависят от тяжести заболевания или травмы, особенности клинической симптоматики особенностей личности больного и социальных условий.

Основная цель ранней социально-реабилитационной работы — обеспечение социального, эмоционального, интеллектуального и физического развития ребенка, имеющего нарушения, и попытка максимального раскрытия его потенциала для обучения. Вторая важная цель — предупреждение вторичных дефектов у детей с нарушениями развития, возникающих либо после неудачной попытки купировать прогрессирующие первичные дефекты с помощью медицинского, терапевтического или обучающего воздействия, либо в результате искажения взаимоотношений между ребенком и семьей, вызванного, в частности, тем, что ожидания родителей (или других членов семьи) относительно ребенка не оправдались [2].

Проведение ранней социально-реабилитационной работы, помогающей членам семьи достичь понимания с ребенком и приобрести навыки, более эффективно адаптирующие их к особенностям ребенка, нацелено на предотвращение дополнительных внешних воздействий, способных усугубить нарушения детского развития.

Третья цель ранней социально-реабилитационной работы — адаптировать (приспособить) семьи, имеющие детей с задержками развития, чтобы максимально эффективно удовлетворять потребности ребенка. Социальный работник должен относиться к родителям как к партнерам, изучать способ функционирования конкретной семьи и выработать индивидуальную программу, соответствующую потребностям и стилям жизни данной семьи.

Необходимо учитывать, что реабилитация — это не просто оптимизация лечения, а комплекс мероприятий, направленных не только на самого ребенка, но и на его окружение, в первую очередь, на его семью. В этой связи важное значение для реабилитационной программы имеют групповая (психо) терапия, семейная терапия, трудовая терапия и терапия средой. Терапия, как определенная форма вмешательства (интервенции) в интересах ребенка может быть рассмотрена как метод лечения, влияющий на психические и соматические функции организма; как метод влияния, связанный с обучением и профессиональной ориентацией; как инструмент социального контроля; как средство коммуникации.

В процессе реабилитации происходит изменение ориентации — от медицинской модели (установка на болезнь) к антропоцентрической (установка на связь индивида с социальной средой). В соответствии с этими моделями и решается, кем и какими средствами, а также в рамках каких государственных учреждений и общественных структур должна осуществляться терапия.

Развитие детского здравоохранения, появление нового оборудования влияет на принципы проектирования реабилитационных центров. Предъявляются новые требования к функциональности и удобству планировочного решения [3].

В нашей стране ведутся активные поиски решений, позволяющих гибко использовать здание с учетом возникающих изменений в формах и методах реабилитации и обучения. Решение наметившейся проблемы — это создание свободного внутреннего, трансформируемого пространства детских центров.

Под строительство зданий и детских реабилитационных центров следует отводить наиболее здоровые, незагрязненные, хорошо проветриваемые и инсолируемые,

незатапливаемые и незаболоченные территории, желательно с низким стоянием грунтовых вод [4]. Предпочтение следует отдавать территориям, имеющим спокойный рельеф с небольшим естественным уклоном, хорошим травяным покровом, древесными кустарниковыми насаждениями, облегчающими работы по благоустройству и озеленению участка.

Современный детский реабилитационный центр – это новый тип общественного учреждения. Кроме своей новизны, как социального явления, он имеет новую характерную архитектурно-планировочную структуру составом помещений и интеграцией в едином комплексе различных типологических групп помещений. В свою очередь эти элементы объединяются в секции и функциональные блоки, которые на последнем этапе и формируют реабилитационный центр в общем. Функционально-планировочная модель детских реабилитационных центров представляет собой комплекс групп помещений со сложной внутренней взаимосвязью.

Наиболее распространенными из них являются реабилитационные центры и комплексы, а также реабилитационные отделения при больницах.

Имеющийся опыт проектирования, строительства и эксплуатации требуют его обобщения, проведения анализа и разработки научно-обоснованных рекомендаций – с использованием их в дальнейшем проектировании и эксплуатации. В настоящее время решение этих задач частично осуществляется в существующих, данного типа, реабилитационных медицинских учреждениях. Это в медицинских учреждениях с отделениями данного профиля или специализированных центрах, или комплексах, для дальнейшей подготовки нормативной документации по проектированию объектов данного профиля.

Одним из характерных примеров является Центр помощи больным детям в Сан-Паулу (рис.1), который включает лечебное отделение и начальную школу. Комплекс состоит из двух двухэтажных зданий, связанных между собой системой переходов. В одном из зданий на первом этаже находятся девять классных комнат, детский сад, детская библиотека и рекреационный зал. На втором этаже находятся спальни на 120 коек. В другом здании на верхнем этаже находятся медицинские кабинеты, гимнастический зал и зал для водолечебных процедур. В нижнем этаже размещается лечебный крытый бассейн. В этом же здании имеются фотолаборатория, стоматологический кабинет и кабинеты для консультаций специалистов. Здесь же функционируют библиотека, ортопедическая мастерская, кухня. На нижнем этаже находятся: отделение профессионального обучения (шитье, вышивание, ткачество, керамика, отделка камня, ювелирные украшения, ремонт радиоаппаратуры и т. д.), гостиная и столовая. Для рекреаций отводится большой двор с открытым бассейном. Общая площадь участка 8400 м<sup>2</sup>.

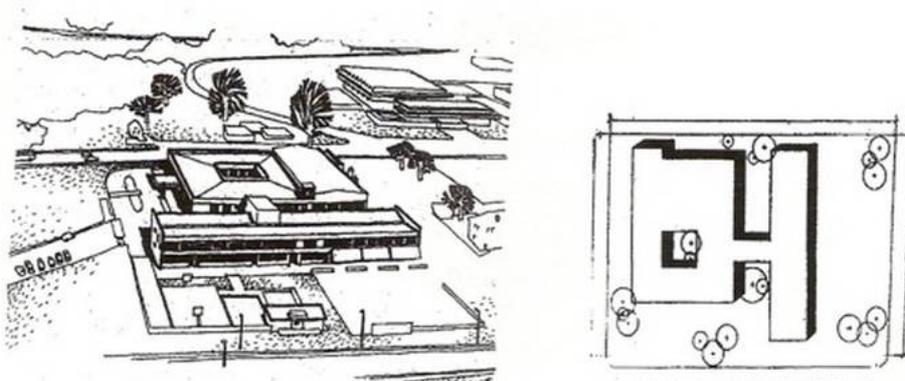


Рис. 1. Центр помощи больным детям в Сан-Паулу (Бразилия). Общий вид, генеральный план

Учебно-реабилитационный центр на 120 детей (четыре группы по 30 человек) от 5 до 15 лет с врожденным дефектом опорно-двигательного аппарата в г. Мелдрст (рис. 2) построен в 1966–1967 гг. Центр представляет собой пример крестообразной планировочной схемы. В целях удобства осуществления режима школьной жизни (сна, еды, внеклассных занятий) каждая группа (30 человек) подразделяется на подгруппы по пять человек. Центральное здание вмещает актовый зал, административные помещения, специальное помещение для медицинского осмотра, физиотерапевтический кабинет, бассейн.

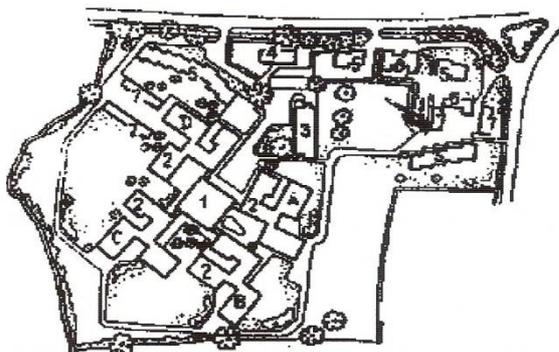


Рис. 2. Школа в г. Мелдрст (Англия) на 120 детей с поражением опорно-двигательного аппарата. Генеральный план: 1– центральный блок; 2 – типовые блоки А, В, С, D; 3 – отель для персонала; 4 – дом для персонала в поселке; 5, 6 – существующие постройки; 7 – гаражи

Одесский Центр реабилитации детей-инвалидов «Будущее» (рис. 3) создан в 1996 году. Его вместимость 150 человек. Он является негосударственной, некоммерческой организацией, руководство которой осуществляет благотворительный фонд «Будущее». Комплексный подход к ребенку с ограниченными возможностями здоровья, который реализован в Центре, содействует решению наиболее актуальных задач медико-социальной реабилитации и улучшению качества жизни детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья. Все виды помощи в Центре предоставляются бесплатно. Здание построено для данного центра с учетом большинства санитарно-гигиенических требований, запрограммированной развитой функцией (консультации, лечение, обучение, социальная реабилитация), а также построены гостиница для проживания детей и родителей и учебный компьютерный центр.



Рис. 3. Центр реабилитации детей-инвалидов «Будущее», г. Одесса.

Анализируя отечественный и зарубежный опыт проектирования и строительства детских лечебно-профилактических учреждений, можно выделить несколько типов, разделив саму систему здравоохранения на категории следующим образом:

профилактика – программы здравоохранения общества, иммунизации и народного образования;

диагностика – физиологический и психологический осмотр;

терапия – экстренная, интенсивная, острых заболеваний, широкая, минимальная, на дому и амбулаторная;

реабилитация – восстановление физических, психических и умственных возможностей до степени, необходимой для полноценной жизни в современном обществе;

медицинское образование и научно-исследовательская работа [5].

Принципы проектирования зданий, входящих в систему учреждений для воспитания, образования и реабилитации детей-инвалидов, должны обеспечивать выполнение следующих условий:

создание небольших групп (классов) с целью обеспечения максимальной индивидуальности воспитания и обучения;

устройство учебных мест с учетом характера физических недостатков детей;

использование специальных коррекционных программ обучения в зависимости от дефектов развития и применение широкого спектра технических средств;

функционально-планировочная композиция здания должна отражать его назначение в зависимости от контингента воспитанников и иметь четкую структуру, обеспечивающую максимальный комфорт для детей и обслуживающего персонала;

создание базы для системы профориентации, отражающей многообразные особенности трудоспособности детей-инвалидов;

включение в структуру здания расширенного состава помещений для медицинской реабилитации;

использование малых средств реабилитации и соответствующего оборудования во всех помещениях, используемых детьми-инвалидами;

благоустройство и оборудование участка применительно к требованиям и особенностям контингента воспитанников [6].

Таким образом, мы видим, что вопрос строительства детских реабилитационных центров сегодня стоит очень остро. При проектировании необходимо учитывать новые требования, предъявляемые к функциональности и удобству планировочного решения. Необходимо обеспечить удобство передвижения и взаимосвязь всех частей центра. Следуя из того, что реабилитационные центры для детей появились благодаря желанию общества поддержать больных и убогих детей, развитию медицины и педиатрии, в частности, более гуманному отношению общества к проблеме детей с ограниченными возможностями и осознанию при этом необходимых условий.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Методические рекомендации по дисциплине «Архитектурное проектирование» для студентов старших курсов «Анализ деятельности домов-интернатов системы социального обеспечения». – М., – 1980.

2. Леонов С. А., Калининченко И. И., Достижения и проблемы в лечении инвалидов // Здравоохранение Российской Федерации, №3, 1999. – 28–32 с.

3. Уренев В. П., Савицкая О. С., Пушкина Ю. А. «Эволюция архитектуры лечебных учреждений для детей и подростков». Сб. н. тр. «Региональные проблемы архитектуры и градостроительства», выпуск 7–8. – Одесса: Астропринт, 2005. – 207 с.

4. Организация центров восстановительного лечения детей. Методические рекомендации МЗ СССР. 1990.

5. Тарасов О. Ф., Фонарев М. И. Реабилитация при детских болезнях // Медицина, 1980.

6. Инструкция по проектированию зданий и сооружений, приспособляемых под лечебные учреждения. СН 515-79.