

3. Збірник «Гранично-допустимі концентрації /ГДК/ та орієнтовані безпечні рівні діяння /ОБРД/ забруднюючих речовин в атмосферному повітрі населених місць», Донецьк, 2006.

Annotation

We consider the production of zinc oxide, which emit pollutants such as: zinc oxide (ZnO), carbon monoxide (CO) and nitrogen dioxide (NO₂); investigated the thermal air pollution.

Анотация

Рассмотрено производство цинковых белил, выбрасывающих в атмосферу такие загрязняющие вещества, как: окись цинка (ZnO), окись углерода (CO) и двуокись азота (NO₂); исследовано тепловое загрязнение атмосферного воздуха.

УДК: 725.54.57

к. арх. Кравченко І.Л.,

Київський національний університет будівництва і архітектури

КЛАСИФІКАЦІЯ НАВЧАЛЬНО-ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ДЛЯ ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ

Розглядається загальна класифікація навчально-лікувальних закладів для дітей з вадами розвитку. Представлені базові характеристики відповідних типів будівель.

Ключові слова: навчально-лікувальні заклади (НЛЗ) для дітей з вадами розвитку, діти та підлітки з фізичними вадами, реабілітація.

Навчально-лікувальні заклади для дітей з фізичними вадами (далі НЛЗ) мають досить довгу історію розвитку. У той чи іншій формі вони існували ще з часів князя Володимира. Каліцтво, злиденність, сирітство тощо утворювали коло проблем, які побутували. Це знайшло своє відображення в указах та постановках уряду. Норма буття була тісно пов'язана з християнським уявленням про існування людської спільноти. Природньо, що саме при монастирях та церквах діяли спеціальні будинки для дітей із вадами психосоціального розвитку, оскільки саме вони ставали основними центрами розвитку не тільки освіти і науки, а й медицини та опіки. У 1-й чверті XIX ст. установи були поділені на чотири розряди, виходячи з кількості місць у них. Наприклад, до першого розряду відносили лікарні на 120 ліжок, заклади для невиліковно хворих — на 20 місць, сирітські будинки — 20, богодільні — 200 тощо. До соціальних установ відносили лікарні для невиліковно хворих, заклади для психічно хворих, богодільні, робочі, сирітські та інвалідні будинки, училища для дітей канцелярських службовців, виховні будинки [1,2].

Закордонний досвід проектування будівництва та експлуатації закладів для дітей з вадами розвитку, що мають навчально-лікувальну функцію, базувався як на спеціальному замовленні, так і на експериментальному проектуванні, спробах поєднати у одній будівлі декілька функцій та груп дітей з різним типом порушень [4].

У дослідженнях Л.М. Бармашиної визначена структура закладів для дітей-інвалідів. Крім спеціальних шкіл, інтернатів та лікувальних закладів, тут виникає окрема група реабілітаційних центрів та реабілітаційних осередків (групи компенсації в мікрорайонних дошкільних центрах), які, по суті, є з'єднуючою ланкою між лікувальними та загальноосвітніми закладами.

Такий внесок в класифікацію закладів для дітей-інвалідів відповідає сучасним поглядам на проблему інтеграції через реабілітацію та дозволяє

зробити певні висновки щодо формування мережі закладів для дітей з обмеженими можливостями.

При проектуванні спеціалізованих будівель та приміщень для дітей з різними видами відхилень потрібно дотримуватись типологічних вимог, основні з яких наведені в таблиці 1[3].

Таблиця 1.

Основні типологічні характеристики закладів для дітей з вадами розвитку [2].

№ ПП	ТИПОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ	ВИДИ ПОРУШЕНЬ			
		ОПОРНО-РУХОВИЙ АПАРАТ	СЛУХ	ЗІР	РОЗУМОВА ДІЯЛЬНІСТЬ
1	КІЛЬКІСТЬ ДІТЕЙ В ГРУПІ (КЛАСІ): ● ДОШКІЛЬНИЙ ВІК ● ШКІЛЬНИЙ ВІК	8	6 (глухих) - 8	6 (сліпих) - 8	10
		10	8 (глухих) - 10	8 (сліпих) - 12	12
2	МІСТКІСТЬ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ БУДІВЕЛЬ: ● ДОШКІЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ● СПЕЦШКІЛ-ІНТЕРНАТИВ - ОДНА ПАРАЛЕЛЬ ДВІ ПАРАЛЕЛІ ● БУДИНКІВ-ІНТЕРНАТИВ	30 - 50	30 - 50	30 - 50	50
		120	96	96	144
		240	192	192	288
		50	-	-	150 - 200
3	ПОВЕРХОВІСТЬ	ОДИН	ОДИН - ДВА	ОДИН	ОДИН - ДВА

У цьому дослідженні висвітлюється такий тип закладів як - дошкільні денні заклади. Бажано щоб дитина, що має відхилення у розвитку, до третього року народження проживала в домашніх умовах і отримувала амбулаторне лікування. Пізніше слід підключати інші необхідні елементи лікування, які можуть застосовуватись в частково стаціонарних умовах – денних закладах. Вони територіально та функціонально можуть поєднуватись з іншими закладами, наприклад, з відкритим централізованим закладом соціального обслуговування та реабілітації. Функцією централізованого закладу є не тільки застосування відповідних заходів або процедур відносно конкретної дитини, але і створення можливості кількадевного перебування матері разом з дитиною з одночасним проведенням занять по навчання необхідним терапевтичним заходам (так звана "школа матерів"). Ефективність терапії залежить від регулярного щоденного її застосування, що можливе тільки за умов участі родичів, принаймні матері. Доведено, що максимальний розвиток всіх прихованих фізичних, розумових та духовних сил дитини-інваліда не залежить окремо ані від допомоги родичів, ані від фахового рівня лікаря, а може бути досягнутий тільки шляхом співпраці та поєднання зусиль з обох боків.

Раціональним заходом є також поєднання дошкільних денних закладів для дітей-інвалідів з масовими дошкільними установами (рис. 1) [3].

У наш час розрізняють декілька класифікаційних ланок (на відміну від часів Радянського Союзу, в якому існували тільки будинки-інтернати, лікарні та санаторії) [3,4].

За **рівнем системи** НЛЗ для дітей з порушенням опорно-рухового апарату визначаються наступні ланки:

- Для дітей раннього віку (до трьох років): неонатальні та перинатальні центри; консультативно діагностичні центри; центри соціальної педіатрії;
- Для дітей дошкільного віку: дитячі ясла-садки загального типу, що адаптовані; спеціалізовані дошкільні денні заклади; групи компенсації в районних (мікрорайонних) дошкільних центрах; дошкільні відділення при спеціальних школах; дошкільні відділення при реабілітаційних центрах; шкєоли-дитячі садки компенсуючого типу;
- Для дітей шкільного віку (7 – 18 років): адаптовані до потреб інвалідів загальноосвітні школи, гімназії, ліцеї; спецкласи при загальноосвітніх школах; спеціальні школи, профільовані за видами порушень; реабілітаційні центри та осередки різного рівня навантаження; лікувально-наукові центри; будинки-інтернати [3].

За **нозологічним спрямуванням** (традиційно під *нозологією* розуміли розділ патології, що включає загальну науку про хворобу (загальна *нозологія*), а також вивчення причин (*етіологія*), механізмів розвитку (*патогенез*) та клінічних особливостей окремих хвороб, класифікацію та *номенклатуру хвороб*):

- Для сліпих дітей та тих, що слабо бачать;
- Для глухих дітей, та тих, що слабочують;
- Для дітей з неврологічним профилем захворювань;
- Для дітей з вродженими або надбаними вадами опорно-рухового апарату;
- Для дітей з розумовою відсталістю.
- Комбіновані.

За **принципом розміщення та ступенем інтеграції**:

- Окружні реабілітаційні центри (потужністю близько 50 осіб/день);
- Муніципальні реабілітаційні центри (потужністю близько 15-20 осіб/день);
- Окремо побудовані НЛЗ з розвиненим складом приміщень (центри I та II типу);
- Вбудовані (прибудовані) осередки, що функціонують на базі «материнського» закладу (інтегрований блок приміщень, інтегрована група).



Рис.1.Етапи розвитку НЛЗ та базова функціональна модель.

За видами реабілітаційних послуг:

- Медична: лікарні, лікувально-наукові центри;
- Психологічна: консультативні групи при центрах реабілітації, міських службах у справах сім'ї та молоді;
- Соціальна: центри соціальної підтримки, реабілітаційні центри;
- Професійна: реабілітаційні центри та комплекси з розвиненим відділенням працетерапії та профорієнтації (для дітей старшого шкільного віку та дорослих);
- Комбіновані заклади: центри та осередки медично-соціальної реабілітації тощо.

За режимом та розкладом функціонування:

- Цілорічні: реабілітаційні центри, денні стаціонари, дитсадки, спецшколи тощо;
- Сезонні: санаторії, курортні заклади;
- Денні стаціонари;
- Спеціалізовані заклади з відділенням цілодобового перебування.

За **композиційним типом** будівлі: централізований, блочний та павильонний.

За **місткістю**: 80-200 дітей (центр I типу); 20-80 дітей (центр II типу); до 20 дітей (інтегрований блок приміщень); 1-2 дитини (інтегрована група).

Функціонально приміщення НЛЗ досить чітко поділені по групах (див. рис. 1): медично-лікувальний блок; навчальний блок; житлові блоки з приміщеннями загальних рекреацій, переважно диференційовані за віком; адміністративний блок; блок ідальні; група приміщень для спільного проведення занять та дозвілля: актові зали, музичні зали, бібліотека тощо; спортивно-реабілітаційний блок; група допоміжних приміщень тощо.

Висновок. Використовуючи дані закордонного та вітчизняного досвіду, можна зробити висновок, що НЛЗ складні за функцією та об'ємно-планувальною структурою будівлі. У наш час визначені основні характеристики і параметри, сформована класифікація закладів подібного типу. Але наукові дослідження у цій галузі і соціальний запит ідуть набагато попереду нормативної бази для проектування. НЛЗ є вагомим складовим у алгоритмі розвитку громадян з особливими потребами. Найбільш актуальними напрямками є: розробка ефективної нормативної бази проектування на основі комплексного підходу до вирішення проблеми; уточнення перебігу певних реабілітаційних та супутніх процесів та пов'язане з цим більш докладне визначення нормативних площ; визначення та уточнення міжгалузевих зв'язків, що стосуються даної проблеми; впровадження ідеї доступності (досяжності) на усіх рівнях суспільних та проектних структур.