

КОНЦЕПЦІЯ ФОРМУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМПЛЕКСІВ НОВОГО ТИПУ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ, ЗОКРЕМА ХВОРИХ ДЦП, НА ОСНОВІ ЗАСТОСУВАННЯ ІПОТЕРАПІЇ (ЛІКУВАННЯ ВЕРХОВОЮ ЇЗДОЮ)

За статистичними даними останніх років близько 10% населення Європи має фізичні та розумові вади. Все більше зростають показники інвалідності серед дітей. Виникає необхідність розробки системи реабілітації, яка включає медичні, психологічні, педагогічні, соціально-економічні, архітектурно-просторові та інші заходи, спрямовані на максимально можливу компенсацію обмежень життєдіяльності маломобільних груп населення. Метою реабілітації є покращення фізичного стану дитини, його соціальної адаптація та інтеграція в суспільство. Вирішення завдання щодо реабілітації дітей-інвалідів вимагає комплексного підходу та використання відповідного вітчизняного та зарубіжного досвіду.

Дуже актуальним є дослідження та застосування нових прогресивних форм фізичної, психологічної та соціальної реабілітації, а також створення відповідних сучасних архітектурних об'єктів як нових типологічних одиниць. Прикладом такого нового типологічного об'єкту є спортивно-реабілітаційний комплекс для дітей із обмеженими фізичними можливостями, зокрема хворих ДЦП, функціонування якого базується на застосуванні лікувальної верхової їзди. Вирішення проблеми обґрунтованого формування центрів іпотерапії як, з одного боку, медико-соціальних закладів, а з іншого – архітектурних комплексів потребує розробки базової концепції із урахуванням багатьох аспектів. Таким чином, можна сформулювати тему даної статті та відповідного дослідження: містобудівна організація, функціонально-планувальна та об'ємно-просторова структура центрів іпотерапії з урахуванням вимог дітей з обмеженими фізичними можливостями, зокрема хворих ДЦП.

Іпотерапія – лікування за допомогою коней (від грецького «hippos» – кінь). Це форма реабілітації, яка використовує гімнастичні вправи на коні (вольтежування). Оскільки практика показує ефективність такого напрямку, виникає необхідність у створенні центру іпотерапії як багатофункціонального реабілітаційного комплексу, що відповідав би сучасним стандартам у галузі охорони здоров'я та спорту.

У Європі іпотерапія почала розвиватися інтенсивно в останні 30-40 років: спочатку у Скандинавії, потім в Німеччині, Франції, Голландії, Великобританії, Польщі, Грузії. Даний метод лікування був визнаний як ефективний Німецькою фізіотерапевтичною асоціацією (Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentriverein der Krankengymnasten). Науковим обґрунтуванням іпотерапії наприкінці ХІХ сторіччя займався французький доктор

Перон, який стверджував, що позитивний вплив верхової їзди на організм людини полягає, зокрема, в активізації рухової і дихальної функцій, а також кровообігу. У Норвегії в 1953 році відкрито перший спеціальний центр лікувальної верхової їзди для дітей-інвалідів.

Слід зазначити, що, нажаль, Мінохоронздоров'я України дотепер відносить іпотерапію до нетрадиційних методів лікування. При цьому в Україні за даними фахівців зараз майже 30 тисяч дітей хворі церебральним паралічем. Тільки у Києві таких приблизно півтори тисячі, і ці цифри з кожним роком ростуть. Попри все перші центри іпотерапії як медико-соціальні заклади відкриваються і в Україні – в Києві, Харкові, Донбасі, Одесі.

Наукові дослідження щодо реабілітаційних центрів для дітей-інвалідів, а особливо кінноспортивних комплексів, мають велике значення. Вони тісно пов'язані із існуючими розробками, які стосуються проблем формування доступного середовища життєдіяльності для маломобільних груп населення. Результати цих розробок певною мірою створили теоретичну та науково-методичну базу для обґрунтованого формування нового типу архітектурних об'єктів – центрів іпотерапії. Прикладів таких об'єктів в архітектурній практиці України поки не існує, тому архітектурно-типологічні дослідження об'ємно-просторового і композиційного рішення, містобудівної організації, а особливо функціонального зонування є дуже важливими та своєчасними.

Архітектурна концепція формування центрів іпотерапії для дітей з діагнозом ДЦП як багатофункціональних комплексів базується на раціональному *зонуванні як містобудівних просторів, так і окремих архітектурних об'єктів*. Центр лікувальної верхової їзди є цілим комплексом будівель і споруд різного функціонального призначення, на його архітектурне та функціонально-просторове рішення впливає ряд факторів, пов'язаних:

- з експлуатацією кінної бази;
- зі специфікою використання реабілітаційного центру маломобільною групою населення;
- з віковою структурою групи дітей, що проходять реабілітацію, а також психологічними особливостями цієї групи.

Основа формування центрів лікувальної верхової їзди – умови розміщення їх в структурі міста (містобудівна ситуація). Відповідно визначальним фактором, що впливає на варіант розміщення об'єкту, є необхідність експлуатації кінної бази. Це передбачає наявність великої площі ділянки для будівництва манежу та допоміжних будівель та споруд. На нових територіях вони вирізняються, головним чином, різноманітністю головних і периферійних функцій. На вільних площах в структурі забудови, що склалася історично, іпоцентр може мати, як правило, невеликі площі та скорочені головні і периферійні функції.

При виборі архітектурно-планувального рішення велике значення має розміщення об'єкту по відношенню до транспортної інфраструктури. Виділяють острівне, кутове і одностороннє розміщення вздовж магістралі.

Функціональне рішення має величезне значення, і в деякій мірі, визначає архітектурне формотворення комплексу. При проектуванні даного типу будівлі воно має свої характерні особливості, оскільки призначене для маломобільної групи населення. Як комплекс будівель і споруд центр іпотерапії може містити наступні функціональні зони:

- 1) зона основних будівель і споруд;
- 2) господарсько-обслуговуюча зона;
- 3) рекреаційна зона.

Зона основних будівель і споруд складається з таких секторів: спортивний; медичний; житловий; сектор громадського харчування.

Спортивний сектор представлено кінним комплексом і містить наступні функціональні зони: безпосередньо спортивну (манеж критий чи відкритий); господарську (конюшня з обслуговуючою групою приміщень); зону громадського харчування; адміністративну; технічну; допоміжну.

Група медичних приміщень (медичний центр) містить такі функціональні зони: адміністративну; лікувально-реабілітаційну (діагностичні та терапевтичні кабінети); обслуговуючу (реєстратура, приміщення для очікування та ін.); торговельну (аптека); допоміжну (складські та підсобні приміщення); рекреаційну.

Наявність готельного комплексу залежить від містобудівної ситуації, а також завдання замовника. Житлова група приміщень може мати наступні функціональні зони: адміністративну; житлову; обслуговуючу; господарську (складські і підсобні приміщення); допоміжну групу приміщень.

Група громадського харчування (їдальня) містить такі зони: адміністративну; зону приміщень для відвідувачів; виробничу (кухня з допоміжними приміщеннями); складську (підсобні і складські приміщення); побутову (група приміщень, призначених для персоналу).

За правильного підходу до функціонального зонування визначається склад основних і другорядних будівель і споруд, устанавлюються раціональні комунікаційні зв'язки – рух технологічного обладнання, відвідувачів та персоналу. На основі цього принципу розробляється функціонально-планувальна структура центру лікувальної верхової їзди.

Виявлено, що об'ємно-просторова структура об'єкту формується залежно від розвитку її функціональних і типологічних особливостей, їх сумісності і ступеню інтеграції. На цій основі сформульовані принципи функціонального зонування: компактності, модульності і гнучкості щодо вибору архітектурно-планувальних рішень реабілітаційних комплексів. Принципи компактності передбачають формування об'ємно-просторової структури об'єкту з урахуванням економії коштовних земель, енерго- і ресурсозбереження. Виходячи з цього, слід обирати оптимальну поверховість будівлі, схему зонування, а також враховувати необхідність використання підземного простору (часто під автостоянки та інші техніко-обслуговуючі приміщення. Принцип модульності визначає раціональні

прийоми архітектурно-планувальних рішень комплексів, що забезпечує технологічні та конструктивні потреби різноманітних за функціональним призначенням просторових частин будівлі в єдиному об'ємі, а також акустичний комфорт і нормований рівень шуму в різних функціональних зонах комплексу. Реалізація принципу гнучкості потребує прийняття відповідних архітектурних, конструктивних і технологічних рішень, що дає можливість трансформувати простір, швидко перепланувувати структуру центру іпотерапії – добудовувати будівлі у плані і у висоту, виконувати інші трансформації за фіксований період часу. Принцип гнучкості забезпечує максимальну ізоляцію і одночасно оптимальну доступність приміщень при різноманітних схемах об'єднання просторів, що трансформуються.

Задача формування архітектурно-художнього образу реабілітаційного центру пов'язана з тим фактором, що комплекс призначено для дітей з фізичними чи розумовими вадами і своєю психологією. Він може мати символічний характер, викликати у дітей різні асоціації з тваринного чи рослинного світу, а архітектура повинна бути дуже виразною.

На основі аналізу архітектурно-планувальних параметрів основних функціонально-типологічних вузлів житлових будинків та громадських будівель, що враховують антропометрію інвалідів, розроблені просторові вимоги реабілітаційних центрів іпотерапії. На територіях комплексів необхідно передбачати місця для власних авто сімей з дітьми-інвалідами і зони для спеціалізованого автотранспорту, що їх обслуговує, на відстані не більше 60 м. від входу у будівлю чи споруду. Місця для стоянки власних автотранспортних засобів мають бути виділені розміткою і позначені спеціальними символами. Ширина стоянки для автомобіля має бути не меншою 3,5 м. Вхід до будинку має бути доступний для інваліда. У разі потреби він має бути обладнаний пандусом або підйомачем. Ширина маршу пандуса має бути при односторонньому русі не менше, як 1.2 м, а при двосторонньому - не менше, як 1.8 м. З обох боків пандуса мають передбачатися огорожі з поручнями. Ширина входу має бути не менше, як 0.85 м. Габарити тамбурів - не менше, як 1.6 x 1.8 м, ширина загальних коридорів - не менше, ніж 1.8 м. Мінімальні розміри кабін пасажирських ліфтів для обслуговування інвалідів слід приймати 1.1 x 1.2 м. Трибуни у спортивному комплексі повинні бути доступними, здебільшого можуть бути тільки спеціально призначені місця розміром не менше, ніж 1.5 x 0.9 м.

Наукові дослідження у галузі реабілітаційних центрів з використанням іпотерапії для дітей-інвалідів мають колосальне значення не тільки у галузі архітектури, але і базуються на значущій соціальній концепції. Необхідна розробка нових науково-методичних вказівок проектування подібних об'єктів, що потребує сумісної праці науковців у галузі медицини та архітектури. При проектуванні центрів іпотерапії велике значення має застосування загальних типологічних принципів побудови складу приміщень і їх архітектурно-планувальної організації. При цьому великий вплив мають фактори, пов'язані з експлуатацією кінної бази, зі специфікою викори-

При цьому великий вплив мають фактори, пов'язані з експлуатацією кінної бази, зі специфікою використання реабілітаційного центру маломобільною групою населення, а також психологічними особливостями дітей, що проходять реабілітацію. При цьому необхідний ергономічний підхід до створення внутрішнього і зовнішнього середовища за умови безперешкодного доступу до всіх будівель і споруд комплексу: влаштування пандусів, вертикальних підйомачів та ліфтів тощо.

Література

1. ДБН в. 2.2-13-2003 Спортивні та фізкультурно-оздоровчі споруди, 2004.
2. ДБН в. 2.2.-17-2006. Будинки і споруди. Доступність будинків і споруд для маломобільних груп населення.
3. Мерзікіна О.А. Корекція фізичних вад підлітків 15-17 років з церебральним паралічем. – М., 2002.
4. Машинский В.А., Креймер В.Ф. Физкультурно-спортивные комплексы (Обзор). – М., 1975.
5. Машинский В.А. Физкультурно-спортивные центры. - М.: Стройиздат, 1989.