К.Н. ЧЕБУРАШКИН
Заведующий кафедрой «Дизайн мебели» МГХПА им. С.Г. Строганова
e-mail: chebur-kir@yandex.ru

K.N. CHEBURASHKIN
Head of the department of «Furniture Design» of the Stroganov Academy (MGHPA)
e-mail: chebur-kir@yandex.ru

Е.А. ЧЕБУРАШКИНА
Доцент кафедры «Дизайн мебели» МГХПА им. С.Г. Строганова
e-mail: burbur86@mail.ru

E.A. CHEBURASHKINA
Associate professor of the department of «Furniture Design» of the Stroganov Academy (MGHPA)
e-mail: burbur86@mail.ru

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ФАКТОР В ДИЗАЙНЕ ПРЕДМЕТНО-ПРОСТРАНСТВЕННОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

THE FACTOR OF REHABILITATION IN DESIGN OF SUBJECT-SPATIAL ENVIRONMENT FOR PRESCHOOL-AGE CHILDREN AND PRIMARY SCHOOLCHILDREN.

Авторы анализируют дизайнерские подходы к проектированию реабилитационной среды для детей дошкольного и раннего школьного возраста в инклюзивных образовательных учреждениях и детских медицинских стационарах.

Authors analyse design approaches for projecting rehabilitational environment for primary school and preschool-age children in inclusive educational institutes and children's hospitals.

Ключевые слова: дизайнерский подход, реабилитационная среда, детские образовательные учреждения, медицинские стационары.

Keywords: design approach, rehabilitation environment, children's educational institutions, medical hospitals.

По определению Всемирной организации здравоохранения, реабилитация — это координированное применение медицинских, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий в целях подготовки или переподготовки и адаптации к новым условиям жизнедеятельности. При работе с детьми различают несколько видов реабилитации.

Медицинская реабилитация — хирургическое вмешательство, прием медикаментов, физиопроцедуры, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение.

Физическая реабилитация — лечебная физкультура, ходьба, терренкур, посильные занятия спортом. Занимаются ею в период выздоровления или ремиссии.

Психологическая реабилитация проводится всеми медицинскими и педагогическими работниками, которые вступают в контакт с больными детьми. Включает в себя создание специальной атмосферы, направленной на выздоровление больного и психологическую адаптацию к своим физическим ограничениям. Психологическая реабилитация ориентирована не только на самого больного, но и на его родственников.

Социальная реабилитация направлена на предотвращение инвалидизации или уменьшение степени утраты трудоспособности, улучшение способностей к самообслуживанию и адаптацию в обществе.

На практике, все виды вышеперечисленных реабилитационных мероприятий применяются одновременно или в определенной последовательности, так как для эффективной реабилитации ребенка требуется комплексные усилия, направленные на восстановление детского организма после перенесенных заболеваний или облегчение их симптомов и последствий.

Предметно-пространственной среде детских реабилитационных учреждений в этом процессе отводится ключевая роль, так как она представляет собой не только набор специализированного оборудования для оказания качественной медицинской и физической помощи, но и является блоком сенсорной информации, непосредственно влияющей на психоэмоциональное состояние пациента. Информационная составляющая среды имеет особое значение для эффективной психологической и социальной реабилитации ребенка.

Сенсорную информацию человек получает от органов чувств, важнейшими из которых являются зрение, слух и осязание. Однако последние исследования в области нейрофизиологии доказывают, что мозг получает и обрабатывает любую сенсорную информацию, опираясь на данные всех органов чувств, дополняя недостающие фрагменты из собственного архива подсознания и моделируя, таким образом, субъективное восприятие реальности. Мультисенсорность восприятия информации, обостряющаяся у пациентов во время болезни, диктует необходимость использования комплексного подхода при дизайн-проектировании реабилитационной среды, то есть цветовые сочетания, световые сценарии, форма и фактура элементов реабилитационной среды не могут рассматриваться в отрыве друг от друга и вне контекста общей задачи по созданию благоприятного информационного фона для процесса лечения. При этом необходимо учитывать, что предметно-пространственная среда детского реабилитационного учреждения во многом носит терапевтический, компенсационный характер, ввиду чего при ее создании необходимо опираться не только на законы композиции, но и на современные достижения в области детской психологии и нейрофизиологии. Недаром в западных дизайн-школах проектирование медицинских интерьеров выделено в отдельную узкую специальность.

Комплекс позитивной пространственно-средовой информации, призванный компенсировать временные или постоянные ограничения, связанные со здоровьем пациента, обладает мощным терапевтическим потенциалом и способен значительно улучшить психоэмоциональное состояние больного. Это, в свою очередь, неизбежно оказывает положительное влияние на его физическое состояние. Еще во время Великой Отечественной войны было замечено, что раненые выздоравливали намного быстрее, когда в госпиталь поступали известия об успехах на фронте, и, наоборот, в моменты тотального отступления Красной армии смертность от ран в госпиталях била все рекорды. То, что организм человека на биохимическом уровне способен реагировать на полученную извне информацию, подтверждено многочисленными медицинскими исследованиями и экспериментами. На этом принципе, в частности, основан терапевтический эффект плацебо, а также разработаны многочисленные способы альтернативного лечения.

Реабилитация детей в нашей стране проводится в медицинских стационарах, специализированных реабилитационных центрах, а также

в обычных школах и детских садах, реализующих программы инклюзивного образования. При общей ориентированности этих учреждений на реабилитацию и социализацию детей с ОВЗ, задачи, сценарии и длительность пребывания пациентов в них существенно различаются. В связи с этим должны различаться и принципы проектирования предметно-пространственной среды реабилитационных учреждений различных типов.

Так, в дошкольных образовательных организациях, где дети с незначительными сенсорными расстройствами или проблемами опорно-двигательного аппарата учатся вместе с условно здоровыми сверстниками, реабилитационная функция предметно-пространственной среды сводится не только к обеспечению равных физических возможностей для всех учащихся, но и к снятию выраженного акцента с физической неполноценности детей с ОВЗ. Это важно не только для предотвращения инвалидизации последних, но и для раннего воспитания толерантного отношения к лицам с ОВЗ со стороны условно здоровых сверстников, что является основой идеологии инклюзивного образования. Проектируя интерьер инклюзивного детского сада, дизайнеру необходимо проанализировать различные сценарии совместного использования элементов предметно-пространственной среды детьми с ОВЗ и условно здоровыми сверстниками. Мебель и оборудование, по возможности, должны проектироваться таким образом, что бы процесс их эксплуатации детьми с ОВЗ не представлял технической сложности, а также не требовал повышенного внимания со стороны персонала и сверстников. Для развития навыков информационного обмена между детьми с ОВЗ и условно-здоровыми сверстниками предметно-пространственная среда инклюзивного детского сада должна включать в себя аналоговые интерактивные элементы, стимулирующие социальные контакты на основе общих игровых интересов. Пандусы, увеличенные дверные проемы, дополнительные поручни в санузлах и прочие элементы адаптации среды для использования лицами с ОВЗ должны по возможности органично вплетаться в общее архитектурное решение интерьера образовательного учреждения и не акцентировать на себе внимание посетителей. Во всем остальном проектирование предметно-пространственной среды инклюзивного детского сада не должно отличаться от проектирования обычного дошкольного учреждения.

В условиях детского медицинского стационара значение реабилитационного фактора предметно-пространственной среды многократно

возрастает, так как во время вынужденного пребывания маленьких пациентов в больнице интерьерная среда заменяет им весь окружающий мир. Специфика работы детских реабилитационных учреждений заключается еще и в том, что, помимо медицинской реабилитации, часто требующей временной изоляции пациента от общества, необходимо обеспечить беспрерывность образовательного и социального развития ребенка, в соответствии с нормой его возрастной группы. В связи с этим, пространственно-средовое решение подобного учреждения должно формировать открытую среду для посещений и контактов с учителями, близкими и родственниками (исключение составляет инфекционное отделение, где из-за особенностей режима пациент находится в строгой изоляции).

Интерьер детского отделения медицинского стационара сочетает в себе локальные индивидуальные зоны палат и зоны коллективного пользования. Для маленьких пациентов сложная структура перетекающего пространства отделения детского стационара представляет собой уменьшенную копию внешнего мира, где больничная палата заменяет квартиру, а коридор и рекреация олицетворяют собой двор или школу. При этом задачи предметно-пространственной среды палаты и зон общего пользования существенно различаются.

Предметно-пространственная среда палаты детского стационара призвана максимально успокаивать и расслаблять маленького пациента, создавая у него ощущение личного пространства и защищенности. В связи с этим, интерьер больничной палаты должен больше напоминать гостиничный номер, чем стереотипное медицинское учреждение. Для достижения этой цели все стационарное медицинское оборудование (электророзетки с блоками бесперебойного питания, розетки с медицинскими газами, складные ширмы для разделения пациентов во время проведения медицинских манипуляций и т.п.) целесообразно спрятать за защитными панелями или замаскировать путем использования в интерьере соответствующих фактур и материалов. Особое внимание следует уделить эргономике и комфорту пребывания больного на кровати в течение длительного времени. Стационарное изголовье кровати должно быть оборудовано розетками электропитания для зарядки портативных электронных устройств, индивидуальной независимой подсветкой, планшетом управления элементами интерактивной среды палаты и подвесной тумбочкой для хранения личных вещей. Текстуры и материалы, традиционно ассоциирующиеся у пользователей

с медицинским оборудованием (хромированная и эмалированная сталь, однотонный пластик, синтетический кожзаменитель, крашеное стекло и т.п.), целесообразно заменить на современные износостойкие покрытия, имитирующие экологичные натуральные материалы, такие как древесину, камень и текстиль спокойной цветовой гаммы. Повышенное внимание следует уделить качеству исполнения строительно-монтажных работ в палате, так как, находясь, длительное время на больничной койке, пациент волей-неволей пристально изучает технические детали интерьера, небрежность исполнения которых может вселить в него тревогу и неуверенность в эффективности лечения. Мебель и оборудование палаты, по возможности не должны иметь острых углов и кромок, не только из соображений травмобезопасности и технологичности санитарной обработки, но и для того, что бы максимально снизить уровень визуальной агрессии медицинской среды.

Колористическое решение интерьеров палат должно опираться на современные исследования в области физиологии восприятия цвета, а также учитывать климатический пояс и расположение окон каждой конкретной палаты относительно сторон света. В средней полосе России в палатах, выходящих окнами на юг, допустимо преобладание холодных зеленовато-голубых оттенков в колористическом решении мебели и элементов оборудования интерьера. Если окна палаты выходят на север, приветствуется использование теплой желтовато-оранжевой гаммы. И в том, и в другом случае речь идет об окрашивании фрагментов мебели и оборудования палаты ненасыщенными разбеленными оттенками сложных цветов. Стены и потолок при таком варианте колористического решения интерьера рекомендуется окрашивать специальными антибактериальными красками нейтрального белого цвета, так как это не только отвечает современным санитарно-гигиеническим требованиям к отделке медицинских учреждений, но и соответствует актуальным трендам в оформлении жилых интерьеров ограниченного размера. Кроме того, белый цвет позволяет использовать поверхности стен и потолка в качестве эффективных рефлекторов для заливочного амбиентного света, используемого для проведения сеансов хромотерапии. В двух и четырехместных палатах различные цветовые оттенки мебели одной колористической гаммы могут использоваться для цветового кодирования личного пространства каждого отдельного пациента. Например, цвет стационарного изголовья кровати одного пациента может совпа-

дать с цветом шкафа для его личных вещей. Подобный прием позволит обозначить и локализовать зону личного пространства каждого пациента при сохранении архитектурной целостности общего восприятия интерьера. При этом следует избегать использования не только открытых интенсивных цветов, но и цветовых сочетаний, имеющих стереотипные гендерные ассоциации.

Отдельного внимания заслуживает организация различных световых сценариев при оформлении палат детского стационара. Интенсивное развитие светодизайна и LED технологий, а также последние данные о влиянии света различного спектра на психоэмоциональное состояние человека позволяют использовать свет в качестве дополнительного инструмента реабилитации пациента. Все источники света в больничной палате условно можно разделить на четыре группы: функциональный свет для медицинского персонала (общий заливочный свет и дополнительный заливочный свет над каждой кроватью); функциональный свет для пациентов и их родственников (направленная индивидуальная подсветка над кроватью и рабочим местом); интерьерный свет («тапочный» свет, амбиентный заливочный свет); терапевтический свет (светильники для проведения сеансов хромотерапии). Для всех вышеперечисленных типов освещения больничной палаты (за исключением функциональной медицинской подсветки), целесообразно использование светильников с отраженными лучами теплого спектра света (до 3000К), конструкция и расположение которых не позволяют непосредственному источнику света попадать в поле зрения наблюдателя. Осветительные приборы индивидуальной подсветки и «тапочный» свет дают возможность пациентам одной палаты минимизировать вторжение в личное пространство друг друга в темное время суток. Светильники для проведения сеансов хромотерапии целесообразно располагать на верхних крышках шкафов и направлять источники света в потолок. В этом случае свет, отраженный от поверхности потолка и верхней части стен, окажет максимальный терапевтический эффект за счет увеличения площади «окрашенной» поверхности и удаления непосредственного источника света из поля зрения пациентов.

Использование системы «умный дом» в сочетании с RGB LED технологиями позволяет программировать динамические световые сценарии, реализуемые в автоматическом режиме в течение всего дня. Данное решение особенно актуально в зимнее время в северных райо-

нах нашей страны, так как дает возможность пациенту на подсознательном уровне ощущать естественный ход течения времени. Для решения этой проблемы уместно обратиться к опыту проектирования интерьеров дальнемагистральных пассажирских самолетов и кают океанских лайнеров, где перед дизайнерами интерьерной среды во многом стоят аналогичные задачи.

Продуманное размещение светильников и органов их управления, а также разнообразие сценариев их эксплуатации позволяют не только эффективно осуществлять медицинские манипуляции и компенсировать недостаток естественного освещения в ограниченном пространстве больничной палаты, но и дают возможность снизить уровень стресса пациента и, как следствие, добиться положительной динамики в реабилитационном процессе.

Как уже было отмечено, успех психологической и социальной реабилитации ребенка в значительной степени зависит от психоэмоционального настроя его родных и близких. Зачастую реакция родителей является основным ориентиром маленького пациента в оценке результатов лечения и перспектив собственного выздоровления. В связи с этим, предметно-пространственная среда реабилитационного учреждения должна создавать позитивный информационный фон не только для пациентов, но и для их близких родственников. Помимо всех вышеперечисленных приемов организации среды больничной палаты, необходимо уделить особое внимание возможности длительного пребывания взрослого родственника в одной палате с ребенком. В двухместных палатах для этой цели может использоваться вторая кровать, а одноместные палаты должны быть укомплектованы трансформирующимся спальным местом, позволяющим родственнику оставаться на ночь рядом с маленьким пациентом. В дневное время спальное место для взрослого должно трансформироваться в малогабаритный диван, позволяющий разместиться двум взрослым посетителям в непосредственной зоне видимости лежачего больного. Габариты и размещение дивана в сложенном виде не должны препятствовать осуществлению медицинских манипуляций и затруднять санитарно-гигиеническую обработку помещения. Все спальные принадлежности взрослого в дневное время должны убираться внутрь дивана.

Образно-стилевое решение мебели и интерьера палаты детского стационара также должно опираться на современные данные о

детской психологии и особенностях восприятия визуально-тактильной информации детьми разных возрастных групп. Впервые попав в новую среду, ребенок оценивает ее с точки зрения опыта и знаний, полученных им ранее в семье, детском саду или школе, а также из сказок, книг и мультфильмов. В связи с этим, для скорейшей адаптации ребенка к новой обстановке реабилитационная среда должна содержать в себе узнаваемые элементы из «прошлой жизни».

Образно-метафорический подход к формированию реабилитационной среды представляется наиболее эффективным методом достижения этой цели, так как базируется на психологическом эффекте мгновенного переноса усвоенных ранее знаний, закономерностей и правил об одном явлении на новую ситуацию или явление в случае частичного совпадения с «образцом» (или образом) по одному или нескольким формальным признакам. Достигнутое через образную ассоциацию или метафору частичное понимание нового явления позволяет ребенку не только быстро сориентироваться в стрессовой ситуации, но и спроецировать позитивный имидж знакомого образа на новые для него элементы предметно-пространственного окружения.

Актуальные прообразы для создания понятной и комфортной реабилитационной среды для детей следует черпать в популярных произведениях современной молодежной культуры и искусства. Выявление и анализ общих культурных кодов, актуальных для разных возрастных групп современного поколения российских детей, дает возможность подобрать универсальный образно-метафорический ключ для дизайнерской трактовки предметно-пространственной среды детского стационара. В тоже время, анализ отечественного опыта оформления детских медицинских заведений показывает, что традиционное использование образов героев советских мультфильмов и мотивов родной природы для декорирования стен с годами утратило свою актуальность, потеряло смысловую нагрузку и приобрело статус казенного шаблона. В качестве причин этого феномена можно выделить следующие факторы: высокую растиражированность одних и тех же образов, отсутствие смысловой и композиционной связи изображений с интерьерной средой, снижение популярности отдельных мультипликационных персонажей, а также излишнюю изобразительность и натуралистичность их графической интерпретации. В связи с этим, представляется возможной актуализация интерьеров детских медицинских учреждений за счет осмысленно-

го использования современных графических и дизайнерских приемов оформления архитектурной среды, а также высокой степени художественной условности и обобщения. При этом образно-сюжетная линия графического решения интерьера должна акцентировать внимание маленьких пациентов и их родителей не на проблемах со здоровьем, а на увлекательных и высокотехнологичных способах их решения. Например, в качестве образно-литературной основы могут быть использованы сюжеты, герои и стилистика популярных детских фильмов и анимационных лент, пропагандирующих позитивный, исследовательский подход к жизни.

При разработке интерьеров и оборудования детского стационара необходимо стремиться к созданию среды, в которой ребенок будет чувствовать себя не пациентом, а исследователем или участником увлекательного эксперимента. В этом случае у ребенка появляются предпосылки для формирования внешнего взгляда на проблему со здоровьем, позволяющего изменить самосознание пациента из жертвы болезни на соучастника процесса ее излечения. Для решения этой важной, с точки зрения эффективности реабилитационного процесса, психологической задачи требуется создать у ребенка ощущение временности пребывания в больничной палате, необходимого во имя достижения поставленной цели. Тут уместно провести аналогию с длительной поездкой куда-либо, во время которой человек покидает привычную среду обитания и какое-то время находится в движении из пункта «А» в пункт «Б». Образное решение всех аналоговых и виртуальных элементов предметно-пространственной среды в этом случае должно быть подчинено легенде об увлекательном и полном трудностей путешествии к собственному выздоровлению. Подобная метафора представляется вполне уместной, так как для любого путешествия характерно целенаправленное движение от одной точки к другой, по заранее намеченному маршруту, с промежуточными остановками, согласно плану или расписанию. Предметно-пространственная среда палаты детского стационара должна не только создавать у маленьких пациентов позитивный настрой на процесс выздоровления, но и давать возможность в условиях замкнутого пространства почувствовать логику и последовательность развития медицинских манипуляций во времени и пространстве. Важно дать понять ребенку, что его путешествие обязательно закончится возвращением домой, но так же, как и полет на космическом корабле или плавание на подводной

лодке, оно не может быть прервано по его желанию на середине пути. Помимо упомянутых выше приемов цвето- и светодизайна, для достижения этой цели эффективно использование аналоговых интерактивных приспособлений, позволяющих маленькому пациенту визуально отслеживать ход течения времени и основные этапы последовательного движения к выздоровлению — своего рода расписание путешествия. В палатах дореволюционных больниц с этой целью устанавливались большие песочные часы, позволявшие пациентам наглядно отслеживать ход времени, а персоналу — вовремя осуществлять необходимые медицинские манипуляции. В дальнемагистральных авиалайнерах, с целью снижения стресса пассажиров в течение всего полёта транслируется анимационная модель следования самолёта по намеченному маршруту, с указанием скорости и высоты полёта, температуры за бортом, точного места расположения воздушного судна и времени, оставшегося до его приземления. В случае с детьми в качестве аналоговой шкалы времени, или «расписания путешествия к выздоровлению», может служить рейлинг с подвижным элементом, установленный на магнитно-маркерной доске. В первый день пребывания ребенка в стационаре лечащий врач излагает маленькому пациенту в доступной для него форме принятый план лечения, отмечая на доске основные пункты предстоящих исследований и медицинских процедур. Ежедневное перемещение подвижного элемента вдоль нарисованной схемы, в сопровождении комментариев лечащего врача, сформирует у ребенка внутреннее понимание сути процесса лечения, а также готовность перехода к следующим этапам терапии. Научно доказано, что, благодаря инстинкту самосохранения, недостаток информированности в стрессовой ситуации истолковывается подсознанием человека в пользу наихудших предположений. Подобное элементарное устройство даст маленькому пациенту (а также его родным и близким) ощущение контролируемости процесса лечения, что неизбежно приведет к снижению уровня стресса и повышению эффективности процесса реабилитации.

Для создания обобщенного образа интерьера некоего фантастического транспортного средства целесообразно использование стереотипных стилистических черт, характерных для кают и салонов летательных и плавательных аппаратов, какими их показывают в современных детских фильмах и анимационных лентах. При этом следует стремиться к графическому единству виртуальной среды интерфейсов больничных

приложений, сценариев динамической подсветки интерьера и архитектурно-дизайнерской трактовки предметов мебели и оборудования. Важно избегать излишней изобразительности, соблюдать высокую степень условности трактовки образов и по возможности не привязываться к какому-то конкретному произведению. Целенаправленное изъятие конкретизирующей информации об образном прототипе дизайнерского решения предметно-пространственной среды призвано обезопасить интерьеры детского стационара от преждевременного морального устаревания. Кроме того, высокая степень художественного обобщения и условность в трактовке архитектурно-мебельных форм не даст маленьким пациентам устать от длительного созерцания навязчивых образов. В свою очередь, возможность домыслить замысел дизайнера на основе личного опыта и собственного воображения позволит маленьким пациентам почувствовать себя соавторами предметно-пространственной среды палаты, что будет способствовать скорейшей адаптации к новым условиям. Для решения этой задачи целесообразно использовать собирательный образ, в котором были бы обобщены наиболее характерные черты интерьеров виртуальных транспортных средств, такие, например, как скругленные «на случай качки» углы, нейтральное колористическое решение, рассчитанное на длительное восприятие в «межгалактическом полете», «левитирующая» мебель и т.п.

В свою очередь, задачи организации предметно-пространственной среды зон коллективного пользования существенно отличаются от задач по проектированию локальных индивидуальных зон палат детских стационаров. Коридоры и рекреации детского отделения представляют собой сложное, перетекающее пространство, основной реабилитационной функцией которого, помимо возможности осуществления умеренной двигательной активности, является восстановление и развитие коммуникативных навыков маленьких пациентов. Как уже отмечалось выше, с функциональной точки зрения, рекреационные зоны детского отделения уместнее всего сравнить с двором, где встречаются, играют и взаимодействуют между собой дети разных возрастов, а также их родные и близкие. Кроме того, в рекреациях детских стационаров периодически проводятся культурно-массовые мероприятия — театральные постановки, тематические мастер-классы, выставки творческих работ, детские утренники и елки. Там же проходят занятия с патронажными учителями, и осуществляется коллективный просмотр телепере-

дач. Специфика проектной задачи состоит в том, что все многообразие вышеперечисленных сценариев реализуется разновозрастными пациентами, их близкими, медицинским персоналом и приглашенными гостями на ограниченном пространстве рекреационной зоны отделения детского стационара. Это не только предъявляет к предметно-пространственной среде повышенные требования безопасности, модульности и трансформируемости ее элементов, но и требует целенаправленных усилий по обеспечению архитектурной целостности всего интерьерного ансамбля.

Для эффективного восстановления и развития у пациентов коммуникативных навыков в состав предметно-пространственной среды рекреационных зон необходимо включение игровых и интерактивных элементов, рассчитанных на разные возрастные группы и разную степень социальной адаптации детей. Крайне важно предоставить маленьким пациентам возможность для осуществления полноценного информационного обмена друг с другом. Находясь на краю жизни и смерти, дети должны иметь возможность не только принимать позитивную информацию от сверстников и родных, но и делиться ею. Далеко не все пациенты готовы делать это в очной форме свободного общения. Некоторым детям, имеющим низкий уровень социальной адаптации или пережившим сильное эмоциональное потрясение, необходимы посредники, для того чтобы заявить миру о себе. Для таких пациентов характерно общение не лицом к лицу, а направленность взглядов в одном направлении. Так, простая магнитно-маркерная доска может стать возможностью для самовыражения замкнутого в себе ребенка, а его рисунок — естественным поводом для возникновения очного контакта со сверстниками. Не менее эффективными в этом плане могут быть аналоговые интерактивные доски, не требующие от игроков расположения друг напротив друга. Стоя «плечом к плечу» для реализации общих игровых сценариев, дети делают первый шаг в восстановлении процесса информационного обмена и социальной адаптации. Однако для многих пациентов в начале курса социальной реабилитации личное общение с кем-либо является практически непреодолимым барьером. В таких случаях необходимо обеспечить ребенку техническую возможность изменять мир вокруг себя и участвовать в информационном обмене через взаимодействие с элементами предметно-пространственной среды. Интерактивные аналоговые «бизиборды» а также различные приспосо-

бления, позволяющие рисовать на большом формате (меловые и магнитно-маркерные доски, столы и доски с бумажными рулонами и т.п.), позволяют вселить в маленьких пациентов уверенность в значимости собственного существования, что, в свою очередь, является фундаментом для проведения успешного курса социальной реабилитации.

Основные принципы стилевой и образно-метафорической трактовки предметно-пространственной среды мест коллективного пользования детского стационара аналогичны изложенным выше принципам оформления палат. Однако есть и различия, обусловленные многофункциональным характером рекреационной зоны, ее размерами и особенностями сложного перетекающего пространства. Общее пространственно-средовое решение рекреационной зоны должно подчиняться задаче создания открытой среды для посещений и контактов с близкими и родственниками. Каждый пациент, как правило, проводит в рекреации значительно меньше времени, чем в больничной палате, но именно там наиболее интенсивно проходит процесс его социальной реабилитации. В связи с этим, предметно-пространственная среда мест коллективного пользования детского стационара должна предоставлять достаточное количество поводов и возможностей для различных видов социальной коммуникации и информационного обмена, а также включать в себя локальные индивидуальные зоны, способные удовлетворить перманентную потребность маленьких пациентов и их родственников в личном пространстве.

Продолжая аналогию с двором, целесообразно разбить все элементы предметно-пространственной среды рекреационной зоны по масштабам и планам на три группы: «детская площадка»; «окружающие дома и деревья», «городская среда, пейзаж, небо». Наиболее детализированной проработкой формы должны отличаться небольшие предметы, непосредственно контактирующие с маленькими пациентами и как бы находящиеся на переднем плане — игрушки, столики, мебель для сидения, интерактивные панели и т.п. Повышенная условность трактовки форм уместна при проработке более крупных деталей интерьера второго плана — шкафов для хранения игрушек и книг, диванов, кабинок личного пространства, настенных информационных досок, светильников и т.п. Стенам, полу и потолку в этом случае отводится роль фона, призванного акцентировать внимание зрителя на основных композиционных и смысловых узлах интерьера, а также создавать ощущение перспективы

и открытости пространства. Степень условности в трактовке мебельных форм и элементов оборудования интерьера должна варьироваться, в зависимости от принадлежности к тому или иному плану. В настенной графике следует избегать изображений узнаваемых героев мультфильмов или натуралистичных пейзажей, так как это нарушает принцип плановости построения пространства. Элементы графического оформления стен должны находиться в композиционном и смысловом взаимодействии с архитектурной и образно-метафорической концепцией решения интерьера.

Общее колористическое решение предметно-пространственной среды коридора и рекреации может быть более контрастным, чем в интерьерах палат детского стационара. Этот прием позволит тонизировать эмоциональное состояние пациента во время каждого посещения рекреационной зоны. Кроме того, цветовые акценты призваны структурировать сложное перетекающее пространство мест коллективного пользования, выстраивая иерархическую соподчиненность восприятия отдельных элементов многофункциональной среды. Ключевые функциональные зоны интерьера могут быть выделены контрастными цветовыми пятнами, а сложные составные объекты, напротив, решены в спокойной монохромной гамме. Преобладание теплых тонов в оформлении максимально удаленных от окон деталей интерьера позволит компенсировать традиционный дефицит солнечного света, характерный для типовых планировок рекреационных зон отечественных медицинских учреждений.

При световом оформлении зон коллективного пользования целесообразно предусматривать несколько вариантов искусственного освещения, соответствующих различным сценариям эксплуатации помещения и разному времени суток. Кроме того, на психологическом уровне такой подход позволит имитировать смену различных режимов естественного освещения, недоступную для наблюдения пациентами в интерьерной среде, ввиду традиционно невысокого уровня инсоляции зон коллективного пользования медицинских стационаров. Подобно тому, как изменения условий естественного освещения в природе способно придать разную эмоциональную окраску одному и тому же пейзажу, возможность использования динамических сценариев искусственного освещения позволяет сделать возможным восприятие интерьерной среды больницы как живого и постоянно изменяющегося, в соответствии с естественным ходом событий, пространства. Этот простой

и эффективный прием позволит внести необходимое разнообразие в восприятие пациентами ограниченной площади рекреационной зоны, а также даст возможность дополнить визуальными эффектами разные периоды внутреннего режима отделения.

Особого внимания заслуживает юмористическая составляющая в дизайне реабилитационной среды — как палат, так и мест коллективного пользования. Антропологами доказано, что не только у человека, но и у высших приматов смех является важным социальным инструментом, маркирующим какую-либо информацию или ситуацию как игровую, то есть не представляющую опасности для жизни и здоровья. Опираясь на данные этих исследований, логично предположить, что умеренная юмористическая составляющая в дизайне предметно-пространственной среды детского медицинского стационара способна значительно снизить уровень стресса как у маленьких пациентов, так и у их родственников. Универсальная для всех возрастов юмористическая составляющая содержится в таких элементарных приемах гротеска, как сбой привычного масштаба или наделение неодушевленного объекта чертами, характерными для живого существа. Эти приемы, рассчитанные на эффект неожиданности, позволяют мгновенно перестроить устойчивый негативный настрой пациента или его родных на менее серьезное и оптимистичное восприятие действительности.

В заключение хочется отметить, что предметно-пространственная среда детского медицинского учреждения во многом определяет качество жизни маленького пациента во время его пребывания в стационаре. От грамотно сформированного дизайнером образно-эмоционального посыла и позитивного информационного фона предметно-пространственной среды во многом зависит успех всего комплекса реабилитационных мер.

Библиография:

1. *Акатов Л.И.* Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И.Акатов. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. 368 с.

2. *Блохина С.И., Козлова В.П., Старишнова А.Л.* К вопросу об организации детских реабилитационных центров в России // Российский журнал социальной работы. 1996. № 1.

3. Комплексная реабилитация инвалидов: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Т.В.Зозули. М.: Издат. Центр «Академия», 2005. 304 с.

4. *Курбатов В.И.* Социальная работа для студентов вузов: Учебное пособие / В.И.Курбатов. Изд. 2-е. Ростов н/Д: Феникс, 2005. 576 с.

5. *Лазарев В.Ф., Долгушин А.К.* Модель центра медико-социальной реабилитации детей-инвалидов. М., 2012.

6. *Назукина Л.И.* Комплексная реабилитация детей и подростков социального риска // Работник социальной службы. 2002. № 3.

7. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями: медико-социальные аспекты / под ред. Л.Н.Кривцова, Л.И.Красотина, Е.В.Цуканова, Н.В Гребенникова. М.: Социально-технологический институт, 2012.

8. Справочник социального педагога: защита детства в Российской Федерации / Т.Н.Поддубная, А.О.Поддубный; науч. ред. Н.Р.Чумичева. Ростов н/Д: Феникс, 2005. 473 с.

9. *Ротовская И.Б., Четвергова Л.П.* Методика индивидуальных программ социальной реабилитации несовершеннолетних в условиях социально-реабилитационного центра // Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2000. № 1.

10. Технология социальной работы: Учеб. пособие / под ред. И.Г.Зайнышева. М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. 240 с.

11. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

12. *Холостова Е.И.* Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие / Е.И.Холостова. Изд. 3-е, перераб. и доп. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2009. 240 с.

13. *Холостова Е.И.* Социальная реабилитация: Учебное пособие / Е.И.Холостова, Н.Ф.Дементьева. М.: Дашков и К, 2002. 340 с.

14. *Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф.* Социальная реабилитация: Учебное пособие. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К, 2012.

15. *Ярская-Смирнова Е.Р.* Социальная работа с инвалидами / Е.Р.Ярская-Смирнова, Е.К.Наберушкина. СПб.: Питер, 2004.

16. *Чебурашкина Е.А.* Диалог двух культур.общие тенденции в советском и американском мебельном дизайне второй половины XX века // Дом Бурганова. Пространство культуры. 2015. № 1. С. 160–180