

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ
ФАКУЛЬТЕТ БУДІВНИЦТВА ТА АРХІТЕКТУРИ
КАФЕДРА АРХІТЕКТУРИ

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до магістерської роботи
рівня вищої освіти «Магістр»

на тему: *«Особливості проектування реабілітаційних
центрів для людей післяінфарктного стану на прикладі смт.
Східниця, Дрогобицького р-ну,
Львівської обл.»*

Виконав:
студент V курсу, групи Арх -62
спеціальності
191 «Архітектура та містобудування»

Баб'яку Олегу Ігоровичу
(прізвище та ініціали)

Керівник *Савчак Нестор Степанович*
(прізвище та ініціали)

Консультанти з розділів:

Науково-дослідний _____ *Савчак Н.С.*
(підпис) (прізвище та ініціали)

Охорона навколишнього
середовища _____ *Панас Н.Є.*
(підпис) (прізвище та ініціали)

Дубляни - 2024 рік

**ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ**

Факультет будівництва та архітектури
Кафедра архітектури
Рівень вищої освіти «Магістр»
Спеціальність 191 «Архітектура та містобудування»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____
“24” лютого 2023 року

ЗАВДАННЯ
на магістерську роботу

студенту

Баб'яку Олегу Ігоровичу
(прізвище, ім'я, по-батькові)

Тема роботи: *«Особливості проектування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану на прикладі смт. Східниця, Дрогобицького р-ну, Львівської обл.»*

керівник роботи: *Савчак Нестор Степанович, к.т.н., доцент*
(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом університету від “17” лютого 2023 року № 32 / к-с

2. Строк подання студентом роботи: *22 січня 2024 року*

3. Вихідні дані до роботи:

містобудівні схеми Львівської області, об'єднаної територіальної громади, ілюстративні матеріали наукової літератури та інтернет-ресурсів, авторські фото архітектурних об'єктів, замальовки, обмірні креслення

4. Зміст пояснювальної записки:

Реферат

Зміст

Вступ (актуальність, мета, завдання, об'єкт, предмет, методика дослідження).

1. Стан проблеми, огляд літератури;

1.1. Історія виникнення реабілітаційних центрів.

1.2. Аналіз дослідження стану проблеми на прикладі Польщі.

2. Комплексне дослідження особливостей проектування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану на прикладі смт. Східниця, Дрогобицького району, Львівської області.

2.1. Зарубіжний досвід проектування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану.

2.2. Вітчизняний досвід проектування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану.

3. Проектні пропозиції;
- 3.1. Вихідні дані для проектування.
- 3.2. Особливості розміщення та функціональної організації території реабілітаційного центру.
- 3.3. Об'ємно-планувальне рішення.
- 3.4. Архітектурно-конструктивні рішення.
- 3.5. Внутрішнє та зовнішнє оздоблення будинку.
- 3.6. Інженерне обладнання будинку.
4. Охорона навколишнього середовища.
- Висновки та пропозиції

5. Перелік графічного матеріалу:

архітектурно-ілюстративні матеріали з дослідження задекларованої проблеми вітчизняного та зарубіжного досвіду, проектні пропозиції проектування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану на прикладі смт. Східниця, Дрогобицького району, Львівської області.

6. Консультанти розділів проекту

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата | |
|--------|---|----------------|------------------|
| | | завдання видав | завдання прийняв |
| 1 | Савчак Н.С., доцент | | |
| 2 | Савчак Н.С., доцент | | |
| 3 | Савчак Н.С., доцент | | |
| 4 | Панас Н.Є., доцент | | |
| | | | |

7. Дата видачі завдання 24 лютого 2023 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів дипломного проекту | Строк виконання етапів проекту | Виконання |
|-------|--|--------------------------------|-----------|
| 1 | Збір та опрацювання матеріалів для виконання магістерської роботи | 28.03.23 | |
| 2 | Підготовка та написання розділу з комплексного дослідження задекларованої проблеми | 12.06.23 | |
| 3 | Виконання ілюстративних та архітектурно-планувальних креслень | 24.08.23 | |
| 4 | Виконання проектних пропозицій | 18.10.22 | |
| 5 | Виконання розділу з охорони навколишнього середовища | 20.11.23 | |
| 6 | Оформлення ілюстративного матеріалу та пояснювальної записки | 22.01.24 | |

Студент _____
(підпис)

Баб'як О.І.
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____
(підпис)

Савчак Н.С.
(прізвище та ініціали)

Реферат

Дипломна магістерська робота складається з: __70__ с. текстової частини, 3 таблиці., 18 рисунків, _1 аркуш графічної частини, 20 літературних джерел. – Виконана дипломна робота на тему “ Особливості проєктування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану на прикладі смт. Східниця, Дрогобицького р-ну, Львівської області”. – Баб’як Олег Ігорович . Робота виконана на кафедрі. архітектури. Львівського національного університету природокористування. 2024 р.

У роботі виконано аналіз сучасного стану та розвитку реабілітаційних центрів, розглянуто аналіз проблем архітектурно-планувальних вирішень будівель та споруд такого типу. Розроблено проектну пропозицію будівлі реабілітаційного центру для людей післяінфарктного стану у смт.Східниця.

Зміст

| | |
|--|-----------|
| Реферат..... | 4 |
| Зміст..... | 5 |
| Вступ (актуальність, мета, завдання, об'єкт, предмет, методика дослідження). | 6 |
| Розділ 1. Стан проблеми, огляд літератури..... | 10 |
| 1.1. Історія виникнення реабілітаційних центрів..... | 10 |
| 1.2. Аналіз дослідження стану проблеми на прикладі Польщі..... | 16 |
| Розділ 2. Комплексне дослідження особливостей проектування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану на прикладі смт. Східниця, Дрогобицького району, Львівської області | 22 |
| 2.1. Зарубіжний досвід проектування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану..... | 22 |
| 2.2. Вітчизняний досвід проектування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану..... | 32 |
| Розділ 3. Проектні пропозиції. | 38 |
| 3.1. Вихідні дані для проектування..... | 38 |
| 3.2. Особливості розміщення та функціональної організації території реабілітаційного центру..... | 39 |
| 3.3. Об'ємно-планувальне рішення..... | 45 |
| 3.4. Архітектурно-конструктивні рішення..... | 46 |
| 3.5. Внутрішнє та зовнішнє оздоблення будинку..... | 47 |
| 3.6. Інженерне обладнання будинку..... | 56 |
| Розділ 4. Охорона навколишнього середовища..... | 61 |
| Висновки та пропозиції..... | 67 |
| Бібліографічний список..... | 69 |

Вступ

Дослідження у даній магістерській роботі є версією комплексної моделі реабілітації – нового рішення в українській системі соціального забезпечення, спрямованого на сприяння відновленню або поверненню до соціальної та професійної діяльності людей, які внаслідок травми чи захворювання, перенесених у різні періоди у своєму житті, втратили працездатність.

Сучасна динаміка подій на міжнародній арені, особливо на сході України, спонукає задуматися про рішення, які б покращили організацію системи охорони здоров'я, а особливо в реабілітаційний період. Беручи до уваги застарілі моделі організації системи охорони здоров'я в Україні, існує нагальна потреба їх оновлення. Одним із шляхів модернізації на організаційно-проектному рівні є систематизація наявних знань та підготовка засобів, які б дозволили створити сучасні системи надання допомоги людям в післяінфарктному стані

Потенціал подібних рішень можна було б використовувати і в мирний час, хоча навіть після закінчення війни стресовий стан залишиться і впливатиме на серце людини. Одними з основних апаратів, на яких базується сучасна медична допомога, є так звані цілі реабілітаційні центри – просторові структури, що використовуються для організації спеціального лікарняного простору. Пишучи про такі центри, їхнє місце слід відрізнити від архітектури системи охорони здоров'я загалом. Аналіз дизайну лікарняних центрів в основному базується на архітектурі, дизайні, організації охорони здоров'я, медицині та науках про право, психологію та антропологію. Необхідність узгодити технічні, функціональні та ергономічні умови в одній закритій системі робить проектування реабілітаційних центрів унікальним завданням.

Архітектура є формою культурної адаптації людини до життя в навколишньому середовищі природньому і соціальному. Це культура, яка формує структуру бар'єрів і дистанцій просторові зони, що захищають його

від несприятливого впливу навколишнього середовища, вони компенсують його біологічний дефіцит і регулюють характер і інтенсивність контактів з іншими співкористувачі. Дефекти в облаштуванні простору, у функціональних рішеннях просторові часто висувають надто високі вимоги до людини щодо адаптації та стають причиною стресових реакцій, відчуття дискомфорту та загрози. Архітектура навмисно створює людську поведінку. Через формований простір забудови, впливає на взаємовідносини користувачів простору. Лікарня, як будівля з дуже складним призначенням і розгалуженою структурою, є особливим місцем, де перебувають люди, які потрапили в незручну ситуацію. Явний дискомфорт це про слабка здоров'я, але не тільки це. Також створюється самопочуття пацієнта через внутрішні приміщення лікарні, де він знаходиться. Архітектура ставить перед користувачем «завдання адаптації». У випадку хворих людей, слабкі люди або люди з обмеженими можливостями, здатність долати бар'єри антропогенного середовища значно знижується, що впливає на здатність адаптуватися та знаходити почуття безпеки при контакті з навколишнім середовищем. Порушення в соматичній зоні, ментальний, соціальний або духовний вплив один на одного. Архітектура охорони здоров'я антропоцентрична більше, ніж інші, як впливає з цього біологічні умови природи людини. Лікарні зазвичай мають величезну кількість правил, які є дуже обмежувальними пацієнти мають контроль над використовуваним простором. Проте можна припустити, що таким чином можна маніпулювати відносинами між пацієнтом і лікарняним середовищем спосіб сприяти добробуту та тенденції до одужання. Правильно створений архітектором простір будівлі може викликати почуття відчуження, тривоги або стрес. Або навпаки, це може створити відчуття спокою, безпеки і гармонії. І прагнення до відчуття безпеки в літаку психофізичний і духовний є природною потребою людини. Важливим стає використання дизайнерських рішень, які також матимуть позитивний вплив на стосунки між пацієнтами, з одного

боку, гарантуватимуть їх конфіденційність, а з іншого забезпечить можливості для соціальних контактів у лікарняному середовищі.

Актуальність теми. Сучасний закордонний досвід у сфері проектування медичних закладів на сьогоднішній час досить суттєво відрізняються від застарілих вітчизняних медичних закладів

Під час проектування реабілітаційних закладів необхідно врахувати безліч особливостей та функціонування об'єктів системи охорони здоров'я, що тісно пов'язані із забезпеченням умов, необхідним для персоналу щоб виконувати якісно у, а пацієнтам - для швидкого одужання.

Проаналізувавши загальний стан специфічних реабілітаційних центрів в Україні, що займаються саме реабілітацією людей після інфаркту є дуже мало, а ті що є частково або повністю не відповідають сучасним вимогам, мають значні обмеження по площі лікувальних приміщень чи по площі території.

Постановка проблеми. На превеликий жаль, значний відсоток функціонуючих лікувальних закладів України та світу перебувають в незадовільному стані (за винятком зовсім нових проектів).

Старі медичні заклади не реставруються, а нові - проектуються без врахування сучасних тенденцій у сфері лікувальних реабілітаційних закладів, через це погіршується стан охорони здоров'я в цілому по цілій країні.

Пацієнт, який знаходячись в таких умовах, відчуває себе нервовим, незахищеним, що продовжує терміни реабілітації. Деякі медичні заклади своїм зовнішнім та внутрішнім виглядом навіть частково викликають почуття страху.

Усі ці фактори не спонукають успішному поліпшенню здоров'я у пацієнтів а навіть їх пригнічують, що негативно впливає. Україна поки що дуже відстає у плані сучасних норм проектування лікувальних закладів.

Метою цієї роботи є виділити аналіз загальної архітектури у контексті стаціонарних лікарень, багато елементів, відомих і розроблених у стаціонарних умовах, знайшли своє проектне обґрунтування в умовах

сучасності, також виконано дослідження вагомості виконання окремих реабілітаційних центрів.

Аналіз досліджень та публікацій. Беручи до уваги закордонний досвід архітектурно- просторової організації медичних реабілітаційних закладів висвітлено у працях таких архітекторів як: Х.Никл-Веллер, Ф.Меусера, Х. Нікла, К. Шермера.

Виявлення сучасних тенденцій у проектуванні медичних реабілітаційних установ висвітлено у роботах Толмачевої М.В та Сидоркової Л.Ф.; Флавії Белведере та Джузеппе Пелліттері «Characteristics of the hospital buildings: changes, processes and quality».

Вплив кольору, форми та світла при проектуванні реабілітаційних центрів були досліджені в працях: Фабер Біррен «Psychological Implications of Color and Illumination».Хіларі Далке, Пол Дж. Літтлфейр, Девід Лое «Lighting and colour for hospital design»,

Розділ 1. Стан проблеми, огляд літератури.

1.1. Історія виникнення реабілітаційних центрів.

Сучасний реабілітаційний центр для людей після інфаркту - живий організм, що жваво розвивається, в якому повинні бути втілені ідеї лікарів з їх особливими і інноваційними методиками лікування та діагностики, та комфорт та безпека пацієнтів, і зручність та ефективність роботи усього персоналу.

Уся медицина за останні два десятиліття отримала такий імпульс розвитку, що це мимоволі знайшло відображення у нових архітектурних проектах, формах, інженерних та медичних технологіях, зовсім нові підходи до дизайну та архітектури в цілому. Медичні будівлі перестали бути зовсім відокремленими від світу, закритими, вони перетворюються все більше в просторі та відкриті, інтерактивні сучасні здоров'я.

Архітектура медичних закладів в Європі і Америці зараз переживає справжній бум, будується така кількість найрізноманітніших будівель за формою і дизайном, що, здається, навіть неможливо знайти в них щось спільне. А, тим не менш, є кілька основних характерних рис, які їх об'єднують разом.

Гуманізація сучасного медичного закладу виражається в тому, що пацієнтові тепер належить центральна роль. Тому саме навколо нього повинна обертатися уся складна машина сучасної медичної галузі. У віддаленому сенсі - це справжня новітня революція, тому що до того медичні заклади проектувалися переважно виходячи із вимог до організації роботи персоналу, хоча ці вимоги також не можна нехтувати.

Зокрема, у США та Європі основними тенденціями, якщо дозволяє ділянка, є зниження поверховості медичних закладів будівель до рівня так званого «людського розміру» - проектування малоповерхових корпусів це сучасна архітектура медичних закладів.

Загальні враження гармонії при цьому із навколишньою природою створюється шляхом споріднення зовнішнього та внутрішнього просторів за рахунок активного використання проникнення зелених насаджень у вигляді зимових садів в простір та прозорих огорож у лікувальних закладах. Створення комфортного простору для цілодобового лікування пацієнта – дуже важлива частина успішного процесу видужування. Сюди входять одномісні палати, особлива увага до дизайну та кольору, як частини лікувального процесу.

Відповідно до рівня інтенсивності лікування та необхідного втручання в організм людини, медичні установи та відділення можна розділити на види за інтенсивністю лікування - відділення інтенсивної та субінтенсивної терапії, в тому числі спеціалізовані: кардіологічні, неврологічні та ін.; звичайні палатні відділення, відділення догляду, денні стаціонари, в тому числі спеціалізовані: хірургічні, психіатричні та ін.

Кольори у інтер'єрі відіграють важливу роль у створенні комфортного простору реабілітаційних центрів. Колір служить як психологічний фактор, адже встановлено, що хвора людина відчуває простір, світло, фактуру матеріалів та їх кольори набагато сильніше та глибше, а ніж здорова людина, тому така реакція на інтер'єр у хворих гостріша, і це служить відволікаючим сильним фактором - пацієнт не зосереджений на своїй хворобі.

Застосування у медицині прогресивних медичних технологій та їх постійна інновація, модернізація, виражається в експансивному розвитку зон для діагностики і лікування людей. Необхідність встигнути за темпами розвитку медичних технологій вимагає від архітекторів вже в розробці ескізу майбутньої будівлі центру закладати можливість його росту та еволюції лікування, яка пов'язана не тільки з змінами у планувальних рішеннях, та з новими підходами, обладнанням до організації інженерного забезпечення усієї будівлі в цілому, можливостями безболісної реконструкції та модернізації.

Урбанізація сучасної реабілітаційних центрів, їх інтеграція в життя міста є загальною тенденцією у практиці для всіх розвинених країн та виражається у відкритості медичних закладів, великій увазі при проектуванні загальних зон та просторів. За останні роки ці тенденції знаходять втілення також в Україні та світу, зокрема у усіх розроблених проектах.

Можна вважати, що таким чином, проведене дослідження узагальнено свідчить, що розвиток української медицини практично неможливий без модернізації лікувальних закладів як на нашому прикладі реабілітаційний центр. Наші пацієнти і медичні заклади гідні того, щоб архітектори при створенні нових чи реконструкції існуючих реабілітаційних центрів втілювали в них найпередовіший світовий досвід проектування. Слід враховувати багатогранність і складність функцій лікарняних закладів.

Історія лікарняної архітектури починається з глибокої давнини. Однак слід зазначити, що архітектура лікарень зараз переживає еволюцію, яка не схожа на жодний попередній період. Постійно створюються нові концепції, модернізуючи підхід до архітектури лікарні та філософію архітектури в цілому. Тенденції гуманістичної архітектури стали домінуючим голосом нового покоління архітекторів. Допускається значне узагальнення, оскільки в цьому контексті неможливо виокремити одну дизайнерську тенденцію. Підхід до проектування в Україні додатково характеризується специфічною методологією, яка наближена до безпосередніх інтересів дизайнера, інвестора та всієї неефективної адміністративно-офісної системи. У цій роботі проаналізовано перспективність проектування окремих реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану, запропоновано проектну пропозицію сучасного центру.

За даними дослідження за I квартал 2023 р. з 1638 тис серед непрацездатних осіб працездатного віку аж 73,6% були економічно неактивними, а значна частина з них могла б працювати, якби мала доступ до відповідної реабілітації.

Одночасно щороку тисячі людей залишають ринок праці тимчасово, надовго чи назавжди, і багато з них претендують на пенсії по інвалідності, соціальні пенсії, допомоги на оздоровлення та інші форми підтримки.

Професійна діяльність людей з інвалідністю є одним із найкращих шляхів подолання соціальної ізоляції, часто також бідності, і загалом покращити свій добробут і якість життя. Працювати для людей з обмеженими можливостями означає, з одного боку, вища якість життя завдяки наявності доходу та активному функціонуванню в суспільстві, з іншого боку – це також користь для економіки. Тому раннє відновлення здібностей і можливість повернення до роботи людей з інвалідністю є важливими як з соціальної, так і з економічної точки зору. Участь людей з інвалідністю на ринку праці є важливою через:

- заохочення людської гідності та соціальної згуртованості
- працевлаштування зменшує ізоляцію людей з обмеженими можливостями, приносить особисті та соціальні переваги, а також підвищує почуття людської гідності та соціальної згуртованості,
- максимальне використання людських ресурсів
- залучення інвалідів в економіку не тільки покращує їхнє матеріальне становище, а й сприяє зростанню ВВП.

Тільки в 2022 році соціальний захист виплатив: – по інвалідності: 289746 пенсій за повною непрацездатністю (постійною та періодичною), 524498 пенсій за частковою непрацездатністю (постійною та періодичною) та 171674 пенсії за втратою працездатності внаслідок нещасного випадку. Витрати з цього приводу склали 23 571 253,2 тис. грн. із середнім розміром пенсій за повну та часткову втрату працездатності - 1665 гривень та пенсію за випадкову втрату працездатності - 2899 гривень, – 267 495 соціальних пенсій на загальну суму 2 745 494 тис гривень, із середнім розміром допомоги 822 гривні , – 84 915 реабілітаційних послуг на загальну суму 1665471 гривень (у середньому 1 568 гривень у разі виплати на випадок).

Це означає виключення (тимчасове, тривале) з ринку праці приблизно 1600 осіб. Значна частина цих людей могла б успішно працювати на ринку праці за умови своєчасного доступу до комплексної реабілітації. Необхідно з соціальних причин витрати виплати соціального забезпечення могли б хоча б частково виконувати цю функцію інвестиційні витрати з високою нормою прибутку, яка розраховується за рахунок покращення фізичного, психічного, соціального та матеріального стану цих людей, а також за рахунок функціонування ринку праці та економічного зростання.

Щороку внаслідок нещасних випадків на виробництві страдає понад 85 000 людей, працівники отримали тілесні ушкодження, що спричинили тимчасову або тривалу втрату працездатності, у тому числі за поточною професією, але які обіцяють відновлення працездатності за тією самою або новою професією (після перенавчання).

Понад 70% постраждалих від нещасних випадків на виробництві – люди молодого або середнього віку (від 20 до 49 років). Виключення цих людей з ринку праці внаслідок нездатності працювати внаслідок нещасних випадків на виробництві спричиняє довгостроковий фінансовий тягар для держави (системи соціального захисту). Це стосується витрат, пов'язаних з виплатою пенсій по непрацездатності, наслідком нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання. У 2021 році ці витрати становили: 6,8 млрд гривень порівняно з 3,69 млрд гривень у 2019 році.

З понад 900 тис осіб, які отримують пенсію по непрацездатності, близько 100 тис викликані наслідками нещасних випадків на виробництві. Щороку принаймні 1000 людей, які постраждали внаслідок нещасних випадків на виробництві, можуть відновити роботу в результаті ефективної ранньої діагностики, лікування та реабілітації, що призведе до відновлення працездатності та, можливо, адаптації робочого місця до потреб цих людей.

Однією з найважливіших перешкод для ефективних дій щодо повернення та виходу на ринок праці для людей з інвалідністю є високорозвинена та розпорошена система підтримки, яка складається з

установ, що охоплюють різні сфери життя людей з обмеженими можливостями: установи соціального захисту, установи оцінки інвалідності (непрацездатності) та соціальної допомоги, установи ринку праці, заклади охорони здоров'я та медичної реабілітації та навчальні заклади.

Ці інстанції діють не пов'язано, в рамках різних міністерств, на основі окремих законодавчих рішень і конкретних власних процедур і вимог. Відсутні інструменти та інституції координації діяльності у сфері реабілітації. Діяльність, спрямована на людей з інвалідністю, не є комплексною та недостатньо індивідуалізованою, що обмежує її ефективність. Крім того, певна допомога може бути неефективною через відсутність безперервної підтримки - існуючі рішення не забезпечують стабільність підтримки в довгостроковій перспективі.

Витрати на грошове забезпечення по тимчасовій та тривалій непрацездатності(відсутність хвороби, допомога по інвалідності) від системи соціального забезпечення становлять кілька десятків мільярдів гривень щорічно. У 2022 році лише у сфері діяльності соціального захисту витрати на грошову допомогу у зв'язку з непрацездатністю склали 37 мільярдів гривень, демонструючи тенденцію до зростання порівняно з попередніми роками. Майже 43% цієї суми витрачається на пенсії по непрацездатності, з яких понад 1/5 припадає на непрацездатність внаслідок нещасних випадків на виробництві, 6% – це соціальні пенсії, трохи більше 4% – допомога на реабілітацію, лише 0,5% – витрати на медичну реабілітацію за профілактичною пенсійною схемою установи соціального страхування, а решта суми – витрати у зв'язку з відсутністю хвороби.

Витрати на реабілітаційні послуги складають приблизно 3,5% усіх витрат на охорону здоров'я, з яких:

- Витрати на реабілітаційні послуги, надані в рамках Національного фонду здоров'я, у 2022 році склали 2,39 млрд гривень для 3357,1 тис. осіб. людей (відноситься до амбулаторної, домашньої, денної та стаціонарної реабілітації),

- витрати на медичну реабілітацію в рамках пенсійної профілактики у 2022 р. становили 182,5 млн гривень (понад 80 тис. осіб щорічно проходять реабілітацію соціальний захист),

Рішеннями у сфері терапевтичної реабілітації, що фінансуються міністерством охорони здоров'я, є: недостатньо для задоволення всіх потреб— нормативно-правові акти чітко визначають види гарантованих благ, а також їх якісні, кількісні та часові межі. Фінансових ресурсів також не вистачає. У результаті пацієнти стоять у довжелезних чергах, щоб почати реабілітацію.

Частота медичної реабілітації не обмежена нормативними документами, але застрахована особа може скористатися нею кілька разів на рік кількість людей, які фактично можуть скористатися реабілітацією, визначається обсягом фінансових ресурсів, визначених щороку в Законі про бюджет.

1.2. Аналіз дослідження стану проблеми на прикладі Польщі.

У Польщі діє пілотна програма ранньої реабілітації після нещасного випадку, опробована фірмою ZUS в рамках пенсійної профілактики ZUS, яка ґрунтувалася на ранньому початку реабілітації, показала позитивні результати у вигляді скорочення непрацездатності та повернення до роботи. У дослідженні потреб, очікувань та бар'єрів у системі оцінки інвалідності та комплексної реабілітації звернули увагу судмедекспертиз необхідність скорочення часу очікування на реабілітацію, необхідність розширення та популяризації діяльності в рамках професійної реабілітації, а також необхідність використання класифікації ICF для визначення соціальних умов, індивідуальної ситуації та функціонального стану пацієнта. Люди з інвалідністю наголосили на необхідності підвищення чіткості та прозорості правил винесення рішення та направлення на реабілітацію. Люди з інвалідністю, які брали участь у дослідженні, вказали на перешкоду для працевлаштування відсутність комплексної системи реабілітації: медичної, психосоціальної та професійної., а також відсутність правил реабілітаційних

процедур, які б враховували індивідуальну ситуацію пацієнта (наприклад, сім'я, попередній професійний досвід, мотивація).

Стандартні принципи ООН щодо забезпечення рівних можливостей для людей з інвалідністю стверджувати, що "Уряди штатів повинні розробити власні програми реабілітації для всіх груп людей без виключення. Ці програми мають базуватися на потребах людей з обмеженими можливостями та на принципах повної участі та рівності. Реабілітація має бути доступною для всіх людей, які її потребують, і має базуватися на безперервній допомозі в біопсихосоціальному контексті, беручи до уваги як особистісні фактори, так і чинники середовища, відповідно до ICF. Реабілітація повинна забезпечувати особисту підтримку людей з обмеженими можливостями та сприяти їх повній участі в усіх аспектах життя.

Конвенція ООН про права людей з інвалідністю, ратифікована Польщею у 2022 р.11(КПІ), у ст. 26 зобов'язує держави-учасниці організовувати, зміцнювати та розвивати послуги та програми у сфері комплексної реабілітації, зокрема у сферах охорони здоров'я, зайнятості, освіти та соціальних послуг таким чином, щоб послуги та програми були доступні якомога швидше найранніша стадія і базуються на мультидисциплінарній оцінці індивідуальних потреб і потенціалу, підтримують участь та інтеграцію в суспільство та залучення до всіх аспектів суспільства, є добровільними та доступними для людей з інвалідністю якомога ближче до громад, у яких вони живуть, у тому числі в сільській місцевості. області. 17. У статті 27 КПІ визнає право людей з обмеженими можливостями працювати нарівні з іншими; це включає право на можливість заробляти собі на життя роботою, яку вільно обирають або приймають на ринку праці та в робочому середовищі, яке є відкритим, інклюзивним і доступним для людей з обмеженими можливостями». Крім того, КПІ забороняє всі форми дискримінації у сфері зайнятості, сприяє доступу до професійного навчання, заохочує можливості самозайнятості та закликає до розумного пристосування на робочому місці. Такі види діяльності, як служби

професійної реабілітації та зайнятості – навчання без відриву від виробництва, профорієнтація, допомога в пошуку роботи та працевлаштуванні – може покращити або відновити здатність людей з обмеженими можливостями конкурувати на ринку праці та сприяти їх інтеграції на ринку праці.

Глобальний план дій щодо інвалідності на 2018-2023 рр. зобов'язує держави серед інших усунути перешкоди та покращити доступ до послуг і програм охорони здоров'я та розвитку реабілітація та допоміжні технології для людей, які потребують допомоги та допоміжних послуг, а також реабілітація в громаді.

Відповідно до Всесвітнього звіту про інвалідність, підготовленого Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Світовим банком (2022 р.)¹² «У всьому світі люди з обмеженими можливостями – це підприємці та самозайняті люди, фермери та фабричні працівники, лікарі та вчителі, продавці та водії автобусів, художники та комп'ютерні техніки.. Люди з обмеженими можливостями можуть виконувати майже всю роботу, і за належних умов більшість людей з обмеженими можливостями можуть бути продуктивними».

З вищезазначених причин ця концепція стає все більш важливою. Повернутися до роботи, що охоплює всі процедури та ініціативи, спрямовані на сприяння реінтеграції на робоче місце людей, які мають знижену працездатність або продуктивність, чи внаслідок інвалідності, хвороби або віку. У 2019 році члени Rehabilitation International узгодили вказівки щодо впровадження цієї концепції на основі Кодексу поведінки Міжнародної організації праці (МОП) «Управління інвалідністю на робочому місці», опублікованого в 2022 році та розробленого в рамках консенсус між соціальними партнерами в усьому світі (роботодавцями та працівниками).

Проект підтримує вхід людей з обмеженими можливостями через, серед іншого: зміни система в область реабілітація, акцентуація комплексний характер реабілітації завдяки пріоритетності професійної реабілітації

розширено до елементів, пов'язаних з медичною, соціальною та психологічною реабілітацією. Ключове значення тут має використання всіх комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення працездатності або суттєве покращення цієї здатності інвалідів або осіб із загрозою інвалідності до призначення допомоги по інвалідності. Збільшити ефективність використання існуючих інструментів, серед інших наприклад, пенсію з навчання, метою якої є можливість перенавчання особи, яка не може працювати за поточною професією, що дозволить їй працевлаштуватися, незважаючи на порушення фізичної підготовки. Ефективність використання цього інструменту є незадовільною: Установа соціального страхування (ZUS) робить дуже мало суджень щодо доцільності професійної перекваліфікації (0,07% медичних довідок у пенсійних справах), і лише близько 15% осіб, які отримують пенсію за навчання зрештою використовувати можливість перенавчання. Подолання роздробленості у підході до реабілітаційного процесу між різними суб'єктами, що виражається, серед іншого, неузгодженість систем оцінки непрацездатності та оцінки інвалідності та ступеня інвалідності, а також розпорошеність інституційної підтримки та фінансування заходів, а також модифікація діючої системи реабілітації розпорошеною системою інституційної підтримки та фінансування діяльності. Новий підхід до діагностики а також визначення потреб і бар'єрів людей з обмеженими можливостями на основі стандартів, встановлених відповідно до ICF (Стандарт Євросоюзу). Це дозволяє підвищити ефективність діяльності завдяки функціональній оцінці учасника програми.

Висновки до розділу.

Стан проблеми реабілітаційних центрів у країні вимагає негайного уваги та системних заходів. Незважаючи на існування реабілітаційних установ, протистояння ряду проблем, таких як обмеженість фінансування, недостатність ресурсів та нерівномірний доступ до послуг, потребує вдосконалення.

Необхідно розглядати реабілітацію як пріоритетну галузь з точки зору державної політики та забезпечити достатні фінансові ресурси для розвитку і підтримки реабілітаційних центрів. Запровадження модерних методик та надання якісної медичної та психосоціальної допомоги мають стати пріоритетними завданнями.

Вирішення проблем у сфері реабілітації сприятиме забезпеченню більш ефективної та доступної допомоги для осіб з обмеженими можливостями, сприяючи їхньому поверненню до повноцінного життя та відновленню соціальної інтеграції в країні.

1.1. Реабілітаційний центр чи інший медичний заклад, орієнтований на пацієнта, крім забезпечення ефективного клінічного перебігу, повинна вирішувати його проблеми, комфорт, впевненість надавати йому потрібну інформацію. Існує належна потреба у виникненні реабілітаційних центрів. З урахуванням зростання числа людей з різними видами інвалідності, травм та хвороб, стає важливим створення спеціалізованих установ, які надаватимуть комплексну та індивідуалізовану реабілітаційну допомогу. Реабілітаційні центри сприяють відновленню фізичного, психічного та соціального функціонування осіб з обмеженими можливостями, сприяють їхній соціальній інтеграції та покращенню якості життя. Такі установи є важливим ланком у системі підтримки та допомоги особам, які потребують реабілітації, сприяючи їхньому поверненню до повноцінного життя та активної участі в суспільстві.

1.2. Відсутність системного підходу до реабілітації та низька ефективність системи у поєднанні зі збільшенням витрат на матеріальний захист людей з інвалідністю стали приводом для пошуку рішень щодо зміни існуючих рішень на користь більш ефективних. Система комплексного супроводу в реабілітації людей з обмеженими можливостями.

Необхідно активізувати зусилля уряду та громадськості для покращення фінансування реабілітаційних центрів, розвитку їхньої інфраструктури та забезпечення кваліфікованого персоналу. Також важливо

розглядати інноваційні підходи до реабілітації та впроваджувати сучасні методики для підвищення ефективності надання послуг.

Удосконалення системи реабілітації сприятиме підвищенню якості життя осіб з обмеженими можливостями та сприяє створенню більш інклюзивного суспільства в Польщі.

Розділ 2. Комплексне дослідження особливостей проектування реабілітаційних центрів.

2.1. Зарубіжний досвід проектування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану.

Негативні почуття і стереотипи, пов'язані з сприйняття будівлі лікарні є результатом, серед іншого:- ізольовані лікарні за межами міста, що ускладнює доступ для пацієнтів та відвідувачів - розміри лікарень - приміщення, розраховані на кілька сотень ліжок, створюють враження «машин». на лікування», обслуговування пацієнтів безособове - уніфікація за архітектурною формою - будівлі без деталей, з ритмом віконних прорізів - неоднозначне маркування трас та під'їзних шляхів до будівлі лікарні стрес, відчуженість і відчуття втрати; відсутність цілісної системи візуальної ідентифікації - відсутність привабливо оформлених територій навколо лікарні з лікарняними садами або парки. З розвитком науки архітектурної психології змінилося уявлення про будівлю лікарні контекст процесу лікування пацієнта. Будівля лікарні та її форма ставали свідомо образний елемент госпіталізації, стимулюючий і підтримуючий, що має важливе значення важливість позитивного досвіду навколишнього середовища пацієнта. Стирання межі між естетикою лікарняної архітектури та рекреаційними будівлями житлових районів, викликає зміну їх соціального сприйняття та меншу ізоляцію від тканини міст і порушує табу на зображення навколо лікарень, будинків престарілих тощо. Архітектура Ці заклади все більше відхиляються від стресових форм, які сприяють виключенню. Прикладом може служити дитяча лікарня в Портленді (США), зі скляним фасадом і просторим фойє дерев'яна готова стеля. Перш ніж почати проектування цієї лікарні, архітектори та її керівництво творили програму та сформулював найважливіші орієнтири; домінуючою метою було створення інтер'єрів будучи джерелом натхнення для дітей, повний несподіваних рішень, деталей і текстур, які водночас вони походять із

традицій регіону, а лікарня спроектована таким чином, що він підтримував сімейний догляд за дітьми як важливий елемент лікувального процесу. Було вирішено залишити в інтер'єрі лінійні, округлі форми, як найважливіші діти та дитячі ігри. Впроваджено цілісну систему візуальної ідентифікації на основі кольорових палітр, що представляють географічні регіони, з яких походять пацієнти цієї лікарні.



Рис. 2.1. Randall Children's Hospital al Legacy Emanuel в Портленді, Орегон, США. Реалізація 2012 рік Арк. ZGF Architects, фото: ZGF.

Крім того, кожен рівень лікарні позначено зображенням тварин походить з одного з цих чотирьох регіонів. Крім того, докладалися зусилля для догляду за якістю внутрішнього оздоблення та забезпечити високоякісні, нестандартні рішення (напр. двері, оброблені бамбуком), тому рідко ототожнюються з лікарнями. Складніше досягти ефекту сучасної лікарняної структури при розширенні бази існуючі. Розширення лікарні у Свєбодзіні було необхідним організація функціональної програми лікарні та створення її заново, операційна високого стандарту з відповідним обладнанням технічне приміщення та центральна стерилізаційна в підвалі.



Рис. 2.2. Корпус "А" Logo Sp.. ZOZ у Свєбодзіні.

У цьому випадку натхненням для планованого розширення став колегіальний костел та його руїни середньовічний замок, розташований поруч із лікарнею. Був сконструйований компактний корпус, який з одного боку мав перенесені поділки історичне оточення і водночас через свої кольори забезпечував контраст у віднош йому. Створено сучасний лікарняний заклад без зовнішньої форми негативні, лікарняні конотації. Також створюються ідеологічні лікарні, наприклад, міські лікарні, такі як Національна університетська лікарня в Осло Норвегія. Це єдина в країні лікарня для трансплантології, розрахована на 583 ліжка та 28 палат оперативний. Архітектори створили лікарняний комплекс за зразком міста, де відбуваються різноманітні види діяльності вони взаємопроникають і співіснують один з одним. Величезний комплекс розділили на окремі будівлі,

щоб досягти більш людського масштабу. Горизонтальний план планування був вимушений формою ділянки та рельєфом місцевості. Посилаючись на ідею міста, використовувалися природні матеріали, такі як камінь, дерево, цегла та кераміка. Вся забудова була поділена на 4 зони: «містечко», тобто громадська зона з вулицями, комунікаціями та вхідна зона, «міський квартал» – аудиторії, кімнати для персоналу, бібліотеки, «робоче місце» – кабінети лікарів, процедурні кабінети та лабораторії, а «дім» означає палати та кімнати для пацієнтів.⁸⁸ Величезній споруді додатково надається зручний для людини масштаб через експозицію місцеве сучасне мистецтво в лікарняному просторі. Мистецтво всюди: в коридорах, в... громадські місця, кімнати для пацієнтів. Була навіть книга про мистецтво виставлений у цьому госпіталі – «Rikets Kunst». У лікарняному приміщенні розмістили піаніно які пацієнти можуть грати, коли захочуть. Ця лікарня передає повідомлення про те, що дизайн стимулює та допомагає в лікувальному процесі. Додамо, що цю лікарню визнали однією з кращих у світі архітектурних споруд такого типу, став зразком і основою тенденція до будівництва лікарняних закладів, які не тільки сучасно обладнані, але й сучасні розроблений. Прокоментував Тоні Монк, відомий англійський архітектор, який спеціалізується на архітектурі лікарень перебування пацієнтів у лікарні в Осло: «Люди раді бути тут, тому що вони допомагають собі одужати». Він також звертає увагу на те, що архітектура лікарні позитивно впливає на... ставлення персоналу, який легше ідентифікує себе з робочим місцем і почувається краще і працює більш ефективно у візуально привабливому просторі.

Те саме стосується відвідувачів. Лікарні намагаються забезпечити перебування близьких, які мають позитивний вплив на пацієнта та можуть робити прості речі для персоналу лікарні такі дії, як миття пацієнта, годування тощо. Окрім високого ризику зараження при лікарняні палати багатомісні, лікарняний простір непривітний, складний комунікація, нечітка розмітка під'їздів, запах антисептиків та дивний шум вони викликають у відвідувачів розгубленість, стрес і менше бажання допомогти хворий. Велике

значення має саме розташування будівлі лікарні. Враховуючи очевидну необхідність будівництва лікарень поблизу агломерацій, які вони повинні обслуговувати, і поблизу основних комунікаційних вузлів, особливо важливо у випадку дитячих лікарень розміщення будівель не в щільній забудові, а поблизу зелених зон. У цих У деяких випадках будівлю лікарні орієнтують таким чином, щоб відділення розташовувалися з боку зелених насаджень. хворий. Використовуються великі вікна, тому що скління з природним виглядом впливає на пацієнтів терапевтично, надаючи благотворний психологічний і медичний вплив. Виявилось, що пацієнти, які мали можливість спостерігати за деревами за вікнами, поверталися швидше для здоров'я, ніж пацієнти, дивлячись на центр міста та машини. Також доведено, що пацієнти віддають перевагу таким рішенням лікарняних функціональних систем, що дозволяє здійснювати спостереження з боку персоналу.





Рис. 2.3. Приватна лікарня в Міранделі, Португалія.





Рис. 2.4. Хоспіс у Морнінгтоні, Австралія Реалізація 2007



Рис. 2.5. Центр догляду за дітьми-інвалідами в Кагорі, Франція.
Реалізація 2011 рік.

Форма лікарні та її форма впливають не тільки з функціонально-просторового розташування інтер'єру будівля. Значно організовує навколишній простір, часто впливаючи перехожі і зовсім випадкові люди. Такий очевидний приклад передачі унікального соціального контенту через свідоме формування фасаду лікарні, є Harlem Hospital у Нью-Йорку. За результатами 2004р модернізація НОК Architekci, На головному фасаді будівлі лікарні було відреставровано та виставлено історичний стінопис 1937 рік Робота створена в рамках великого проекту, спрямованого на створення багатьох невідомих також для художників, можливість виконувати роботи, призначені для державних будівель, таких як школи, лікарні, бібліотеки, офіси. У рамках програми було створено близько 500 муралів для лікарень громадськості в Нью-Йорку. Фреска Гарлемської лікарні зображує звичайних людей, чорношкірих Американці та африканці у звичайних, повсякденних справах. Фреску вважали зайвим емблематичний, як важливий елемент історії самої лікарні, а також спільноти та всієї історії країна. Важливо, що мурал не залишається просто важливою культурною подією, ним стає терапевтичний механізм, який спрямовує свою дію як всередину будівлі, так і поширюється в навколишньому зовнішньому середовищі.



Рис. 2.6. Фасад Гарлемської лікарні в Нью-Йорку, модернізація 2004 р

Павільйон був розроблений для потреб існуючої лікарні Amphia (Бреда) і містить два бункери, призначені для радіотерапії. Основним

принципом реалізації цього проекту було врахування терапевтичного впливу архітектури на пацієнта. Таким чином, вся будівля оточена листовим дерев'яним покриттям, забезпечення надходження природного світла в інтер'єр і створення доброзичливого інтер'єру подвір'я. Таким чином, він є своєрідним фільтром між зовнішнім виглядом будівлі та його інтер'єром, даруючи відчуття відкритості та свободи, зберігаючи відчуття конфіденційності.

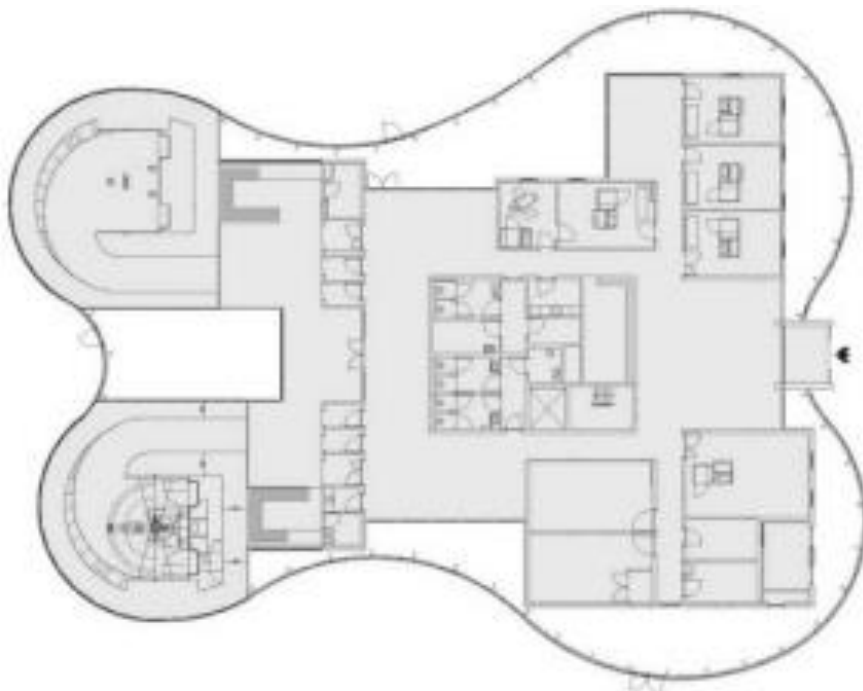


Рис. 2.7. Verbeeten Institute Radiotherapy. Вхід до будівлі та план павільйону.

Цікаво, що використали старі, існуючі меблі, надавши їм т. зв «друге життя». З одного боку, ця переробка об'єктів ілюструє те, що тут дуже часто використовується проєкологічні дизайнерські рішення. З іншого боку, ця акція має надзвичайний вимір символічно, бо йдеться про надання т. зв «друге життя», яке може бути водночас приватним, особисте відчуття багатьох пацієнтів, які проходять променеву терапію. Очікується, що свобода формувати атмосферу в кімнаті також матиме позитивний вплив на пацієнтів кімнати радіаційного бункера, де вони можуть вибрати як муз розслаблення та колір внутрішнього освітлення, тим самим знижуючи рівень стресу. З психологічної точки зору, це процедура, яка створює враження, що пацієнт проходить курс лікування терапія не позбавлена відчуття особистої свободи, свободи чи здатності вносити зміни вибір і рішення про себе.

Роздуми щодо теоретичних основ адаптації архітектури повоєнного модернізму що переважає на сьогодні у якості медичних закладів до нових функціональних програм варто розпочати з запитання: чи потребують пам'ятки архітектури модерну інших стратегій збереження, ніж пам'ятки попередніх епох? До цієї проблеми неодноразово зверталися теоретики архітектури, проєктувальники та консерватори, а питання, пов'язані з оновленням, пристосуванням, зрештою – «відтворенням» пам'яток, розглядалися у світлі ключових для модернізму «ідей динамізму та функціональності». Можна припустити, що модерністська архітектура потребує «розширеної» консерваційної доктрини, а предметом турботи має бути як матеріальний шар пам'яток, так і ідеї, які вони втілюють. Це безпосередньо впливає зі специфіки модерного руху, який був не лише пропозицією специфічної естетики, але передусім – революцією, заснованою на нових ідеологічних, етичних і технічних засадах. Тісне поєднання сучасної техніки з ідеологічною програмою робило модернізм унікальним. Архітектори авангарду 1940-х років зазначають: «Чим ближче робота адаптована до часу, в якому ми живемо тим сучаснішими вони будуть, тим більше в них буде модернізму»

2.2. Вітчизняний досвід проектування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану.

Більше 60 % приміщень медичних закладів старші за 50 років, тобто побудовані до 1975 року.

В загальному для проектування існують певні просторові структури медичних закладів. Функціонально-просторові структури лікарні.

Критерії просторового співвідношення лікувальних та діагностично-лікувальних відділень.

Горизонтальна структура (рівень ліжка відповідає елементу житлової секції); переваги: близькість до відділень персоналу та короткі горизонтальні шляхи для пересування та транспортування пацієнтів,

Вертикальна конструкція (ліжкова секція розташована над ліжковою секцією, ліжкова секція розташована в «широкій стопі», в подіумі ліжкового блоку); переваги: легша доступність відділів, краще використання пристроїв відділу; недоліки: великі відстані від лікувального ложа, громіздкий вертикальний транспорт за допомогою кранів, стрес, відчуття небезпеки, високі експлуатаційні витрати.

Критерії – кількість вузлів вертикальної комунікації, одновузлові системи, дво- та багатовузлові системи.

Зараз в Україні ми маємо справу здебільшого з академічними лікарнями 19-го століття, які зазнають адаптаційних змін (це чітко видно по накопиченню підлог, які зберегли подальші шари, що накопичувалися роками), моноблочним лікарням, побудованим за часів незалежності, більш-менш сучасні, запозичені проекти, або спеціально розроблені головними конструкторськими бюро, і, нарешті, змішані команди. Тому універсальний термін служби важко визначити і кожен випадок потрібно розглядати індивідуально. Просторова концентрація будівель організована за типом періоду госпіталізації. Короткі терміни госпіталізації означають блокові, концентровані та блокові системи, тривалі децентралізовані та павільйонні системи. Рекомендований термін експлуатації будівлі лікарні – 50 років. Це визначається функціональною і технічною ефективністю установки, а також

підвищенням стандартів обслуговування пацієнтів і роботи персоналу. За підрахунками, лікарню потрібно модернізувати кожні 10 років. Це пов'язано зі змінами медичних технологій, змінами медичного обладнання, процедур і стандартів, а також змінами санітарно-епідеміологічних норм. Насправді вік багатьох лікарень становить близько 100 років і більше, як, наприклад, Львівська обласна клінічна лікарня (ЛОКЛ), корпуси якої розташовані при вулицях Чернігівській та Юрія Руфа – її засновано рескриптом австрійського імператора Йосифа II від 30 червня 1783 року. Враховуючи вищезазначене, слід зазначити, що більшість лікарень підпадають під процеси модернізації, які передбачають розширення або пристосування та пошук спеціальних приміщень. Архітектори шукатимуть найефективніші способи організації простору, борючись з обмеженнями інвестора, які, у свою чергу, зумовлені переважно короткостроковим планом організації та спеціальним методом фінансування. Зрештою, багато готових архітектурних проектів не відповідають умовам використання та потребують модернізації на початку.

Функціонально-просторові структури лікарні. За критеріями мають мати просторове співвідношення лікувальних та діагностично-лікувальних відділень.

Горизонтальна структура (рівень ліжка відповідає елементу житлової секції); перевагами є близькість до відділень персоналу та короткі горизонтальні шляхи для пересування та транспортування пацієнтів.

Вертикальна конструкція (ліжкова секція розташована над ліжковою секцією, ліжкова секція розташована в «широкій стопі», в подіумі ліжкового блоку); переваги: легша доступність відділів, краще використання пристроїв відділу; недоліки: великі відстані від лікувального ложа, громіздкий вертикальний транспорт за допомогою кранів, стрес, відчуття небезпеки, високі експлуатаційні витрати.

Змішана структура. Критерії корисної цінності (міри сприйнятливості конструктивної або інсталяційної конструкції до змін технології, способу використання простору).

Трансформованість геометричних структур - вибір між гомогенністю адитивних структур, схильних до змін, і різноманіттям концентричних і топологічних (вільних) форм; вибір між уніфікацією та індивідуалізацією архітектурної форми.

Переглянувши загальну структуру медичних закладів можна також проаналізувати наявність та стан більш профільних реабілітаційних центрів.

Реабілітаційний центр Ідилія (м.Київ)



Рис 2.8. Зовнішній вигляд центру



Рис 2.9. Зовнішній вигляд палат

Реабілітаційний центр Джерела (м.Тернопіль)



Рис 2.10. Зовнішній вигляд центру

Реабілітаційний центр Затишний дім м.Львів (с.Волиця)



Рис 2.11. Зовнішній вигляд центру



Рис 2.12. Зона відпочинку

Висновки до розділу.

2.1. Зарубіжний досвід проектування реабілітаційних центрів для людей після інфарктного стану свідчить про важливість цих установ у забезпеченні повноцінного відновлення та підтримки пацієнтів. Проектування таких центрів враховує індивідуальні потреби пацієнтів, забезпечуючи їм комплексні програми фізичної, психологічної та соціальної реабілітації. У таких центрах зазвичай залучається висококваліфікований медичний персонал, який використовує сучасні методи та технології для підтримки процесу відновлення. Простори проектуються так, щоб забезпечити комфорт, безпеку та ефективність у наданні реабілітаційних послуг. Зарубіжний підхід до проектування реабілітаційних центрів акцентує на індивідуалізації та комплексності підходу до кожного пацієнта, сприяючи їхньому поверненню до активного життя та зменшенню ризику повторного інфаркту. Такий досвід може слугувати важливим джерелом натхнення для вдосконалення реабілітаційної системи в інших країнах, включаючи його в удосконалення практик та стандартів у сфері серцево-судинної реабілітації.

2.2. Вітчизняний досвід повинен спрямовуватися на створення спеціалізованих програм реабілітації, які враховують фізичний та психологічний стан пацієнта. Забезпечення високого рівня кваліфікації медичного персоналу та використання сучасних методик та технологій також відіграють ключову роль у ефективності реабілітаційних центрів.

Важливо також забезпечити інфраструктурну доступність цих центрів, роблячи їх доступними для широкого кола населення. Подальше вивчення та впровадження передового світового досвіду в цій галузі може сприяти підняттю якості реабілітаційних послуг та покращенню результатів лікування пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи.

Розділ 3. Проектна пропозиція.

Проаналізувавши загальний стан медичних закладів, та аналіз ситуації в країні можна з упевненістю сказати, що проектування реабілітаційного центру буде доцільним.

3.1. Вихідні дані для проектування.

Дана будівля реабілітаційного центру проектується із урахування, що нею будуть користуватися люди з обмеженими можливостями після інфаркту, згідно з дослідження дана будівля пропонується для будівництва у смт. Східниця Дрогобицького району Львівської області та представляє собою вузькопрофільний медичний заклад для реабілітації людей.

Дана будівля орієнтована в основному для людей похилого віку, що приїжджають, для проходження лікування та пришвидшення видужування та повернення до нормального життя.

Даний центр можна вважати унікальним, тому що на території України таких є дуже мало, а ті що є мають значні обмеження в території або взагалі знаходяться у багатоповерхових будівлях.

Будівля проектованого реабілітаційного центру має значне розширення території, що є великим плюсом для проведення реабілітації, на території запроектовано багато озеленення, також розташована водойма, територія запроектована таким чином щоб була можливість максимально довго та комфортно проводити час пацієнтам на відкритому повітрі.

Центр запроектовано за межами міста де значно чистіше повітря та менше зовнішніх шумових подразників.

Відповідно до ДСТУ Н Б В.1.1-27:2010'' Будівельна кліматологія'', в даному районі для будівництва характерні такі кліматичні умови ;

- середньорічна температура в регіоні +8.7С;
- абсолютно мінімальна температура в регіоні -35.0С;
- максимальна температура в регіоні +39.0С;
- середня температура самого жаркого місяця +23,6С;

- середня максимальна в регіоні +29.0С;
- температура найбільш холодної доби в регіоні -21.0С;
- температура найбільш холодної п'ятиденки в регіоні -20.0С;
- товщина промерзання ґрунту в регіоні 0,9м.

Середньомісячна відносна вологість повітря :

- найбільш холодного місяця в регіоні – 82.0% ;
- найбільш жаркого місяця в регіоні – 56.0% ;
- річна кількість опадів в регіоні - 467 мм .

Проект реабілітаційного центру розроблений для будівництва в районі зі звичайними інженерно-геологічними умовами при сейсмічності до 7 балів для 5-ї кліматичної зони, при вазі снігового покриву 1.6 кН на м.кв. і швидкісному напорі вітру в регіоні у III вітровій зоні в $p = 0,45$ кН м.кв. згідно ДБН.

Вихідні дані для проектування рози вітрів:

| | Пн. | Пн.Сх. | Сх. | Пд.Сх. | Пд. | Пд.Зх. | Зх. | Пн.Зх. |
|------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
| Зима | 19,0 | 15,0 | 11,0 | 5,0 | 8,0 | 11,0 | 14,0 | 17,0 |
| Літа | 22,0 | 8,0 | 3,0 | 6,0 | 15,0 | 12,0 | 12,0 | 22,0 |

Степінь довговічності для проектованої будівлі - II,

Клас будівлі, що проектується – II.

Степінь вогнестійкості проектованої будівлі- II,

3.2. Особливості розміщення та функціональної організації території реабілітаційного центру.

Одна з основ формування реабілітаційних центрів для людей післяінфарктного стану – умови розміщення їх у структурі міста (містобудівна ситуація). Відповідно визначальним фактором, що впливає на варіант розміщення об'єкта, є необхідність експлуатації території із свіжим повітрям. Це передбачає наявність великої площі ділянки для будівництва самої будівлі центру та допоміжних будівель і споруд. На нових територіях

вони вирізняються, найперше, різноманітністю головних і периферійних функцій. На вільних площах у структурі забудови, що склалася історично, центр може мати, як правило, невеликі площі та скорочені головні і периферійні функції. Функціональне рішення має величезне значення, і, певною мірою, визначає архітектурне формотворення комплексу. При проектуванні даного типу будівлі воно має свої характерні особливості, оскільки призначене для маломобільної групи населення. Враховуючи вивчення вітчизняного та світового досвіду з проектування закладів, можна стверджувати, що такі заклади розташовані за межами міста, переважно в лісовій місцевості з наявністю на території озера. Можливе розташування закладу у нещільно заселеній території, а також біля існуючих оздоровчих комплексів. Обов'язкова вимога щодо розташування – це доступність особистого та громадського транспорту. Для безпеки пацієнтів необхідно забезпечити ізоляцію центру від транзитного руху, а також виключити заболоченість території. Місто поглинає прилеглі території, втому числі житлові. Враховуючи цей факт, розуміємо, що реабілітаційні центри, які були за межами міста, все більше «погружаються» в міське середовище. А створення реабілітаційних центрів на околиці міста стане додатковим осередком для підтримання здоров'я та «перезагрузки» після виснажливого робочого дня.

Проектування закладів, в яких передбачене проживання людей вимагає дотримання різних норм, які пов'язані із кліматичними показниками місцевості.

Також особливу увагу потрібно звернути на рельєф місцевості, перепад висот - всі природні і архітектурні характеристики, особливість ґрунтів, гідро мережу, домінуючий напрямок вітру, орієнтацію, освітленість ділянки, рівень шуму та наявність зелених масивів, адже приміщення потрібно зводити у добреосвітлюваній, провітрюваній місцевості, що має природний нахил для стікання поверхневих вод, а також для обладнання каналізаційних систем. Зупинимось детальніше на кожній із складових, які

впливають на вибір території центру. Рельєф. Складний рельєф ускладнює функціональне і будівельне зонування території, але, разом з тим, при творчому використанні природного рельєфу засобами архітектури й інженерного мистецтва сприяє посиленню мальовничості території. Плоский рельєф є досить непоганим для проектування будівель реабілітаційного центру, але і створює багато проблем проектувальнику, адже при слабо

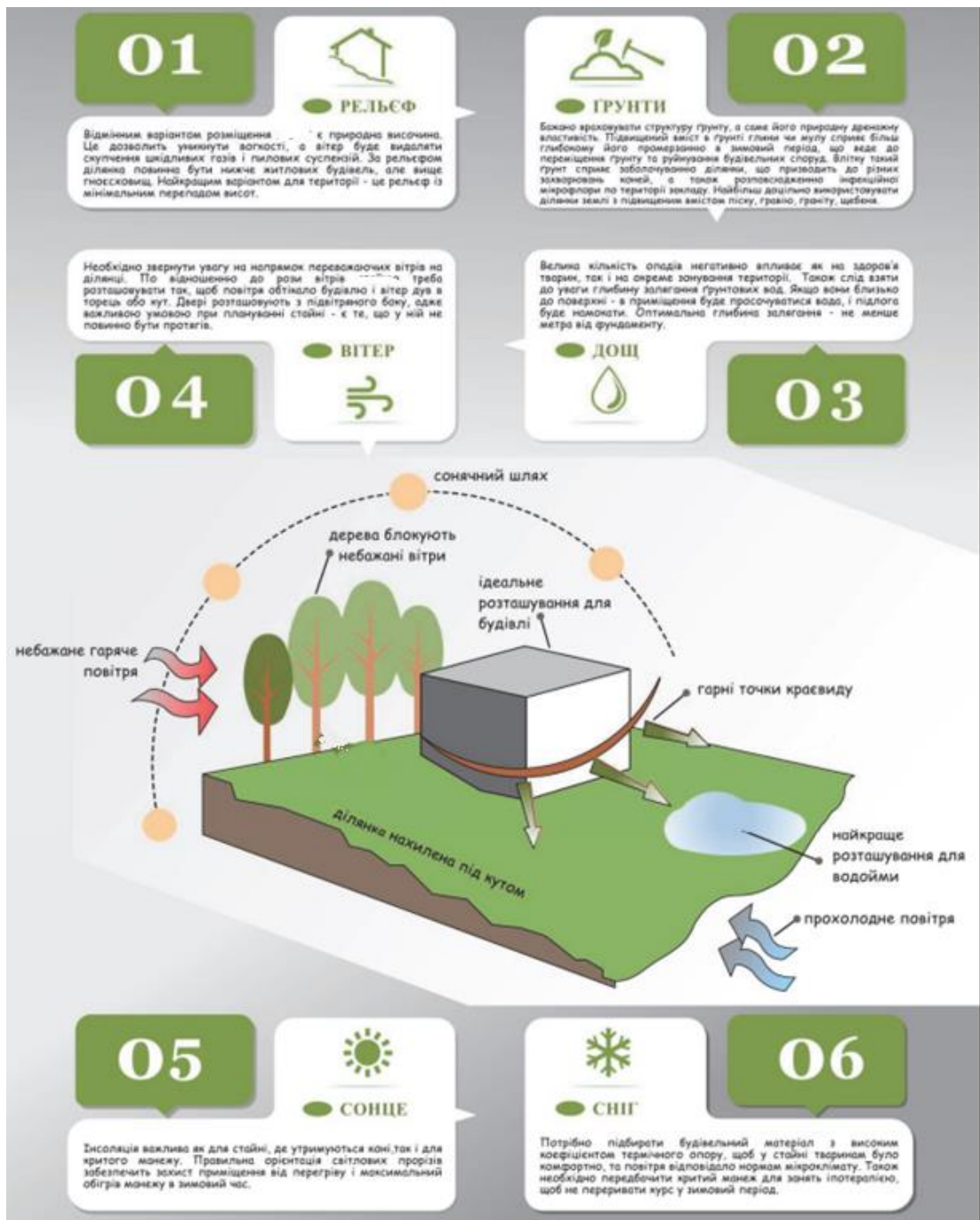


Рис. 3.1. Особливості розміщення будівлі реабілітаційного центру на території

виявленому рельєфі утруднюється будівництво самопливної каналізації побутових вод і відведення атмосферних вод, також плоский рельєф є несприятливим з точки зору створення мальовничості території. При середньому рельєфі можуть бути наявні долини та горби, які можна задіяти для більш красивого ландшафтного рішення. Відмінним варіантом розміщення будівлі є природна височина. Це дозволить уникнути вогкості, а вітер буде видаляти скупчення шкідливих газів і пилових суспензій. Проектну роботу слід робити за принципом «проектування з природою», тобто в проектуванні об'єктів, з урахуванням впливу, якому буде піддаватися здійснений об'єкт від тривалої дії природних процесів.

Ґрунти. Для будівництва реабілітаційного центру вимог до ґрунтів особливо немає, необхідна злегка піднесена і суха територія з низьким рівнем ґрунтових вод (не менше метра до основи фундаменту). Якщо запланована територія не відповідає даній вимозі, то необхідно підсипати на місце будівництва додатковий ґрунт, або осушити його канавками. Такі дії дозволять добитись відсутності вогкості території при експлуатації.

Найкращим варіантом для такої території є рельєф із мінімальним перепадом висот. Але не завжди можливо знайти достатньо велику територію із потрібною вимогою, тому варто більш детально розглянути варіант із наявним крутим схилом, прикладів яких у світовій практиці є безліч. Бажано враховувати структуру ґрунту, а саме його природну дренажну властивість. Підвищений вміст в ґрунті глини чи мулу сприяє більш глибокому його промерзанню в зимовий період, що веде до переміщення ґрунту та руйнування будівельних споруд. Влітку такий ґрунт сприяє заболочуванню ділянки, що призводить до різних захворювань коней (кінцівок, копит та шкіри), а також розповсюдженню інфекційної мікрофлори по території закладу. Найбільш доцільно використовувати природну дренажну систему, тобто ділянки землі з підвищеним вмістом піску, гравію, граніту, щебеню. Ділянка повинна розміщуватись на відстані 10м (буферна зона) від лісу з підвітряної сторони.

Вітер. Напрямок переважаючих вітрів має важливе значення для планування центру. Необхідно звернути увагу на напрямки переважаючих вітрів на ділянці, яка планується під будівництво центру. Вони, напевно, змінюються з ранку до вечора. По відношенню до рози вітрів стайню треба розташовувати так, щоб повітря обтікало будівлю і вітер дув в торець або кут. Двері розташовують з підвітряного боку, адже бажаною умовою при плануванні будівель – є те, що у ній не повинно бути протягів.

Дощ. Велика кількість опадів негативно впливає як на здоров'я пацієнтів, яким необхідно перебування та тренувати на відкритому повітрі, так і на окреме зонування території. Також слід взяти до уваги глибину залягання ґрунтових вод. Якщо вони близько до поверхні – то до поверхні буде просочуватися вода, і земля буде надмірно волога. Оптимальна глибина залягання – не менше метра від фундаменту. Будівництво реабілітаційних центрів на ділянках, що не відповідають цій вимозі, можлива тільки з хорошою дренажною системою та за відсутності інших варіантів.

Якщо не можливо заміряти глибину залягання ґрунтових вод, потрібно вибирати місце на узвишші, яке не заболочується навіть після сильних дощів або в період танення снігу. Від розташування вниз, при наявності інших варіантів, слід відмовитися, оскільки такі місця зазвичай більш вологі, ніж допустимо. Якщо підходящої височини немає, можна насипати її самостійно. Необхідно також згадати про наявність водойми на території центру. Як видно із різних джерел, в яких розглядається питання періоду відпочинку та реабілітації, чиста вода на території повинна бути. Краще всього, звичайно, проточна вода з річки або струмка. Слід пам'ятати, що вода повинна бути чистою, а підхід до неї - пологим і безпечним.. Найкращий варіант – це коли на території наявне озеро, яке можна використовувати для різних господарських та побутових потреб, але воно повинно знаходитись на достатній відстані від зон із проживання пацієнтів, адже це місце виплоду комах, які є переносниками безлічі паразитів,

небезпечних для людей. Крім того, вологий ґрунт і повітря провокує розвиток запальних та шкірних захворювань.

Сонце. Інсоляція важлива як для стаціонару, де проживатимуть люди, так і для інших споруд. Правильна орієнтація світлових прорізів забезпечить захист приміщення від перегріву і максимальний обігрів приміщення в зимовий час.

Зонуванню території реабілітаційного центру потрібно приділити особливу увагу, адже, на скільки «правильною» буде організоване середовище, настільки й комфортним буде перебування відвідувачів та персоналу.

Розглянемо кожену зону детально.

Вхідна зона. Ця зона повинна бути найбільш презентабельною та інформативною стосовно даного закладу. Дуже важливо забезпечити гарний огляд території, особливо основної будівлі, та, при можливості, інших складових комплексу, в яких передбачений прогулянки чи тренування. Це забезпечить комфорт пацієнту, а також дозволить більш ефективно проводити заняття. Для облаштування території для людей з обмеженими можливостями необхідно влаштувати під'їзди до зупинок громадського транспорту через пандуси, зупинки облаштувати платформами, з яких людина на колясці самостійно могла б потрапити в транспорт.

В'їзна зона. В цій зоні потрібно передбачити паркінг для автомобілів персоналу та відвідувачів, а також окрему зону для автобусів. Дуже важливо забезпечити швидкий доступ до основної споруди, оскільки більша частина потенційних відвідувачів є особи з інвалідністю. Це стосується і вхідної зони. Необхідно передбачати місця для власних автомобілів сімей з дітьми-інвалідами та 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 необхідно виділити розміткою та позначити спеціальними символами. Ширина стоянки для автомобіля має

бути не меншою 3,5 м. Вхід до будинку має бути доступний для інваліда. У разі потреби його обладнують пандусом або підйомником.

Транзитна зона. В цій зоні зосереджений рух відвідувачів біля основної споруди території відпочинку, поля для тренувань.

3.3. Об'ємно-планувальне рішення.

Будівля запроектована три-поверховою, стіни цегляні, виконана по індивідуальному проекту. Конфігурація будівлі в плані представляє собою складну архітектурну форму.

Проектом передбачено на першому поверсі: Гараж, котельня та технічне приміщення

На другому поверсі передбачається: вестибюль, рецепшин, кабінет адміністратора, кабінети лікарів, мийна кухні, спортзал, басейн підсобні приміщення, санвузли, складські приміщення та балкон.

На третьому поверсі передбачається: палати для пацієнтів, санвузли, кімната чергового лікаря.

Висота поверхів 3,2м від підлоги до стелі на першому поверсі. В підвалі розміщуються технічні приміщення: бакове приміщення та насосні, гараж їх висота становить 2.5м. Виходи із підвалу передбачаються безпосередньо на зовні для безпечної евакуації. Висота другого поверху 3.0м.

Будівельний об'єм будинку комплексу розраховуємо без горищного перекриття як множення площі вертикального перерізу на довжину будинку, виміряного між зовнішніми поверхнями торцевих стін напрямком перпендикулярному до площі перетину на рівнях першого поверху вище цоколя будівлі.

Площа забудови розраховується як добуток довжини на ширину будинку по зовнішніх обмірюваннях на рівні цоколя будівлі.

Робоча площа – це сумарна площа приміщень основного, обслуговуючого й допоміжного призначення, за винятком сходових кліток, коридорів та тамбурів.

Корисна площа – розраховується як сума робочої площі будівлі, площі коридорів та тамбурів, приміщень технічного та спеціального призначення.

ТЕП проектного будинку

1. Будівельний об'єм проектного будинку3010 м³.
2. Площа забудови проектного будинку452м².
3. Загальна площа проектного будинку741.1м².

3.4. Архітектурно-конструктивні рішення.

За конструктивним вирішенням проектована будівля виконана з поперечними і повздовжніми несучими цегляними стінами. За умовну відмітку нуля прийнято рівень чистої підлоги 2 - го поверху, (1- поверх цокольний).

Підземна частина проектової будівлі.

Проектом передбачено стрічкові збірні фундаменти із збірних залізобетонних блоків. Основою для блоків буде слугувати суглинок малопористий, напів-твердої консистенції з наступними фізико-механічними властивостями: $I_L=0.22$; $E=15,0$ МПа; $\rho=1.95$ т/м³; $\varphi=22,0^\circ$; $c=37,0$ кПа. Розрахункові навантаження на фундаментні блок прийнято 800 кН/м.

Стіни будинку підземної частини будівлі запроектовано із збірних фундаментних бетонних блоків товщиною 500мм та 400мм марки ФБС. Периметром зовнішніх стін підвалів із зовнішніх сторін влаштовується горизонтальна та вертикальна гідроізоляція.

Надземна частина будівлі.

Зовнішні та внутрішні стіни вище відмітки +0.000 – із червоної керамічної цегли розміром 250x120x65мм за ТУ із ефективним утепленням зовнішніх стін піно полістирольними плитами ($\gamma = 100$ кг/м³; $\lambda = 0,04$ Вт/м⁰С; $\delta. =0,06$ м), товщина зовнішніх стін –380 мм.

Перекрыття – виконано із збірних залізобетонних кругло пустотних плит товщиною 220 мм, частково із монолітними ділянками.

Перемички у зовнішніх та внутрішніх стінах будівлі над вікнами та дверима приймаються збірні залізобетонні.

Внутрішні перегородки будинку запроектовані для виконання з газоблоку 100 та 150 мм.

Всі використані будівельні матеріали відповідають санітарним нормам України та сертифіковані.

Вікна металопластикові 3-х камерні із енергозберігаючим напиленням.

Сходові клітки будинку влаштовуються зі монолітного залізобетону. Конструктивно площадки опираються на стіни по двох сторонах на глибину 150мм. Розмір сходинок запроектовано 300x150 мм.

Підлоги в будинку запроектовано з урахуванням функціональних особливостей кожного приміщення. У житлових приміщеннях (номерах) підлоги передбачені паркетні, санвузлах та сходових клітках – покриття керамічною плиткою.

Горизонтальна гідроізоляція передбачена із руберойду на відмітці 0,000.

Покрівля будинку мансарди запроектовано із метало черепиці, утеплювач - мінеральна вата.

Водовідвід зовнішній, у дощову каналізацію.

Навколо будинку влаштовується брущате вимощення товщиною-60мм, шириною 1,2 м по шару щебеню товщиною 100мм та утрамбованого ґрунту.

Згідно вимог також запроектовано ліфт.

3.5. Внутрішнє та зовнішнє оздоблення будинку.

Внутрішнє оздоблення передбачає наступні процеси: тинькування внутрішніх стін та перегородок, заробка швів між плитами перекриття, крім того, ретельне замонолічування монтажних отворів плит перекриття зразу після монтажу. Після тинькування виконується шпаклювання стін і перегородок по штукатурці гіпсовими і мінеральними шпаклівками з

подальшим наступним фарбуванням стін водо-емульсійними силіконовими фарбами у два шари.

У всіх санвузлах, кухнях, та інших вологих приміщеннях проводиться облицювання керамічною плиткою як на стінах так і на підлогах, також керамічну плитку влаштовують в сходових клітках.

Оздоблення фасадів виконується декоративною фасадними штукатурками з наступним фарбуванням фасадними силіконовими фарбами. Цоколь оздоблюється декоративними розчинами та у певних місцях оздоблюється природним рваним каменем на всю висоту цоколю.

Після виконання остаточного завершення усіх опоряджувальних робіт на об'єкті влаштовують благоустрій території, тобто виконують остаточне планування усієї прилеглої території, вимощення бетонними доріжками, влаштування озеленення у вигляді багаторічних газонів з висівом трав, а також посадку декоративних необхідної кількості дерев та чагарникових кущів. Усі декоративні дерева та кущі підбираються у загальний стиль будівлі, також на території реабілітаційного центру запроектовано ставок, що може слугувати як резерв води для пожежогасіння.

Інтер'єрне вирішення реабілітаційного центру

Професійне оформлення медичних кабінетів створює простір для хорошої роботи лікаря та підвищує престиж реабілітаційного центру. У надійному середовищі пацієнти впевненіші та легше встановлюють контакти, а лікарю комфортніше працювати в ергономічному та впорядкованому інтер'єрі, де обладнання та інструменти завжди під рукою, а підтримання чистоти та порядку не потребує зусиль. У центрі розроблено оригінальні проекти усіх приміщень, в яких все продумано і немає нічого зайвого: кожна деталь говорить про професіоналізм!

В проекті в основному звернуто увагу на обмеження санітарно-гігієнічними нормами, але це не означає, що приміщення буде позбавлене індивідуальності. Навпаки, чим вдаліше оформлення кабінету лікаря, тим

менше стереотипів, що викликають неприємні асоціації: креативні рішення викликають у пацієнтів інтерес і відволікають від гнітючих думок. Знайти баланс між гігієною, естетикою та функціональністю, вкластися в хороший бюджет та дотриматись законодавчих норм – це завдання не для середньостатистичних розумів.

Проектування медичних кабінетів вимагає гнучкості, креативності та комплексних навичок.

Професійне оформлення центру суворо індивідуальне; проект розробляється на основі обмірів і генерального плану конкретного приміщення. Для раціональної організації медичного обслуговування та гігієни в реабілітаційному центрі і кабінетах виділяють такі функціональні зони:

- рецепція та зал очікування;
- оглядові та процедурні кабінети;
- обладнання та господарські ресурси;
- кімнати відпочинку та роздягальні;
- туалети для працівників і гостей.

При облаштуванні приміщення враховується розташування, розміри і розміщення кабінетів, планується розташування і розміри меблів, світильників і обладнання, вибираються оздоблювальні матеріали, розраховується розташування різних установок. Щоб масивні конструкції вписувалися в інтер'єр і не заважали прибиранню і дезінфекції, враховано можливості економії корисної площі.

У проекті втілено раціональні схеми підключення електроприладів, систем водопостачання, вентиляції, опалення та кондиціонування, прихованих проводів і труб. Декоративні акценти в потрібних місцях допомагають пацієнтам розслабитися і позбавити від дискомфорту і збентеження, пов'язаних з неприємними медичними процедурами. За результатами виконаної роботи розробляється проектно-кошторисна

документація з технічними умовами та 3D моделями, що дає чіткі вказівки будівельно-монтажним бригадам і дозволяє отримати на виході саме той інтер'єр, що потрібно.

Дизайн ресепшин.

Ресепшин – публічне обличчя реабілітаційного центру, тому не варто економити на ньому – дизайн повинен викликати повагу, але не менш важливо, щоб відвідувачам було комфортно. Стійка реєстрації у нашому проекті розміщено трохи віддалено від , зона прийому гостей буде відділена невеликим коридором або тамбуром, який не пропускає протяги і шум з вулиці.



Рис 3.2. Варіант столу ресепшну.

Для облаштування робочого місця адміністратора вибрано багаторівневі стелажі з прихованими системами зберігання — клієнти навряд чи будуть задоволені виглядом захащеного столу. Яскраві, але не кричущі акценти, природні фактури і елегантний декор надають кімнаті затишний вигляд. Не менш важливі і експлуатаційні властивості матеріалів: всі поверхні мають високу стійкість до зносу і миючих засобів.

Дизайн залу очікування.

Сидячи в черзі до лікаря, багато людей сильно хвилюються, тому при оформленні кімнати очікування враховано, щоб люди не хвилювалися. Запропоновано клієнтам зручні м'які меблі зі спинкою та підлокітниками таким чином надано можливість отримати позитивні емоції. Тиха розслаблююча музика, картини та панно на стінах, живі квіти, акваріум, свіжі

газети, настільні ігри та розмальовки для дітей - все, що допомагає впоратися зі стресом, не заважаючи іншим.



Рис 3.3. Варіант оформлення залу очікування

У невеликих поліклініках кімнати очікування часто об'єднують з реєстратурою. Щоб відвідувачам не було тісно, використовують кутові та радіальні конструкції, щоб заповнити ніші та не захаращувати проходи. М'яке, розсіяне освітлення і світлі стіни візуально збільшують простір і підтримують спокійну, доброзичливу атмосферу в залі.

Вимоги та рекомендації до обладнання медичних кабінетів.

Вибираючи меблі для кабінету лікаря, надається перевага матеріалам, які легко миються і не бояться контакту з антисептиками та агресивними факторами. Конструкція крісел і кушеток повинна забезпечувати зручний доступ до потрібних частин тіла, не створюючи незручностей для пацієнта; пацієнт неодмінно залишиться задоволений, якщо оббивка м'яка і приємна на дотик. При виготовленні меблів допускається використання тільки гіпоалергенних матеріалів; неприпустимі наявність шкідливих інгредієнтів, використання токсичних лакофарбових матеріалів і лаків.

Адаптація інтер'єру до потреб людей з обмеженими можливостями

Щоб пацієнти з обмеженими можливостями могли безперешкодно отримувати медичні послуги, створено безпечне та доступне середовище центру. Усунуто архітектурні перешкоди для маломобільних людей:

- розширені дверні прорізи і коридори;
- підлога не ковзить;
- двері розсувні;
- встановлення адаптивних пристроїв – ліфт, пандуси, поручнів у туалетах;
- інтер'єр запроектовано з максимальним усуненням конструкцій з гострими кутами; переважають меблі з обтічними і округлими формами.

Дизайн медичного кабінету.

Людина відчувається вразливою в кабінеті лікаря. Щоб справити сприятливе враження на свого пацієнта, необхідно створити у нього відчуття комфорту та безпеки. Захистити особистий простір пацієнта від проникнення: двері в кабінеті повинні бути замкнені, зона переодягання та проведення інтимних процедур огорожена ширмами, передбачена окрема гардеробна для зберігання одягу та взуття пацієнтів тощо.



Рис 3.4. Кабінет ультразвукової діагностики



Рис 3.5. Оглядний кабінет

Художнє оформлення не менш важливо: гармонійні поєднання форм, відтінків і фактур благотворно впливають на настрій і самопочуття. Багатьох пригнічує стерильна чистота білосніжних стін, а надлишок холодних тонів викликає відчуття холоду і відчуженості. Рекомендується використовувати спокійні пастельні тони, плавні переходи кольорів і теплі природні відтінки; в якості акцентних плям можуть бути присутні світлі кольори.

Витриманий стиль гармонізує приміщення; щоб сучасне обладнання не вносило дисонанс в атмосферу, орієнтуйтеся на сучасні напрямки дизайну. Спектр рішень не обмежується хай-теком і мінімалізмом; елементи стилю модерн, лофт, ретро-футуризм і неокласика виглядають стильно і

Вимоги до площ медичних кабінетів.

Норми проектування приміщень приватної медичної практики в першу чергу впливають на розмір: мінімальна площа приватного медичного кабінету становить від 12 м.кв. Також стандартизовано висоту стель у медичних кабінетах (від 3.0 метра).

Кабінети лікарів розташовані в окремих приміщеннях. Для отримання дозволу на приватну медичну практику проект будинку з кабінетом повинен відповідати трьом вимогам:

- робоче місце лікаря відокремлене від житлових приміщень;
- приміщення для заняття медичною професією не можуть розміщуватися в тимчасових спорудах;
- медичні кабінети не можна використовувати в особистих цілях.

Внутрішнє оздоблення медичних кабінетів згідно стандартів і правил.

При обробці медичних кабінетів використовуються матеріали вологостійкі та негорючі, легко піддаються дезінфекції - хімічно нейтральні, стійкі до стирання та агресивних речовин. Для укладання підлоги вибирають протиковзкі покриття з мінімальною кількістю швів, які не накопичують пил - керамічну та керамогранітну плитку, лінолеум, ламінат, керамограніт, наливні полімерні підлоги.

Стіни пофарбовані стійкими латексними фарбами, покриті декоративною штукатуркою, облицьовані плиткою або обклеєні водостійкими шпалерами, встановлені натяжні стелі. Стіни висотою від 60 до

160 см, що прилягають до точок водозабору, захищають від бризок міцними і міцними гідрофобними матеріалами без пор і швів.



Рис 3.6. Спортзал

Освітлення в обробці інтер'єрів кабінетів та лікарняних палат.

Рівень освітлення впливає на якість обслуговування, здатність до тривалої концентрації та психологічну атмосферу в кімнаті. Підбір освітлювальних приладів здійснюють фахівці з інженерною освітою. Формула розрахунку освітлення включає багато факторів:

- розмір кімнати і висота стелі;
- площа, розташування та орієнтація вікон;
- відбивні властивості будівельних матеріалів;
- норми освітлення за видами діяльності.

При виборі світильників важлива не тільки потужність і світловий потік ламп, але і колірна температура випромінювання: максимально комфортне для очей освітлення, наближене до природного. Вдень максимально використовуйте денне освітлення, щоб заощадити електроенергію і зробити інтер'єр приємнішим; при організації штучного освітлення віддавайте перевагу лампам теплого білого світла.

У багатофункціональних приміщеннях, таких як кабінет лікаря, проект освітлення визначається технологічними нормами і забезпечує багаторівневу організацію. Крім центрального освітлення з рівномірним розподілом світлового потоку встановлені спеціалізовані моделі світильників для локального освітлення робочих зон та бактерицидні УФ-лампи для знезараження повітря.

У раціонально сконструйованому приміщенні забезпечується більш висока ефективність роботи та моральний стан персоналу, дотримуються всі нормативні документи МОЗ та інших контролюючих органів. Ви без проблем пройдете кожну перевірку, уникнете штрафів і зміцните свої позиції на ринку, здобудете репутацію сумлінного партнера та соціально відповідального підприємця.

Інвестиції в дизайн кабінету лікаря окупаються довірою та лояльністю пацієнтів, яких можна залучити та утримати, створивши атмосферу турботи та участі в клініці. Допоможіть своїм клієнтам подолати незручність і хвилювання, і вони деякий час не будуть сумніватися у вашій компетентності, а будуть регулярно зв'язуватися з вами і рекомендувати своїм рідним і друзям.

Санітарні вимоги та технологічне оформлення кабінету лікаря

Закон також встановлює вимоги щодо чіткого розмежування «чистих» і «брудних» зон, засобів зв'язку, обладнання та мікроклімату медичних приміщень; для деяких типів обладнання передбачено екранування. Керівник проекту стежить за дотриманням санітарно-епідеміологічних норм, тому ви вперше отримаєте ліцензію та одразу почнете займатися медичною діяльністю.

3.6. Інженерне обладнання будинку.

Ще до початку малярних робіт відповідні бригади професійних організацій починають обробляти будинок необхідною інженерною мережею, яка включає:

1) Постачання побутової та питної води будівництвом міської водопровідної мережі з необхідним тиском на вході довжиною до 40 метрів;

2) Каналізація будинку централізована, а стічні води направляються в магістральну зовнішню мережу;

3) Опалення створення власною котельнею. Система опалення виконана у вигляді двоконтурного трубопроводу з горизонтальним контуром. Опалювальне обладнання - радіатори ПНРМО типу ВКО (нижнє підключення), виконані з вбудованими дистанційними термостатичними вентилями, що дозволяє дистанційно контролювати мікроклімат кожного приміщення. Труби системи опалення виконані з поліпропіленових труб РЕН з антидифузійними екранами системи КАН-трен.

4) Вентиляція будівлі - приплив і витяжка приводиться в дію автоматичними механізмами, а всі санвузли забезпечені вентиляційними каналами;

5) газифікація будівлі – відповідно ТзОВ "Нафто-Газ" за №1492 від 17.09.23.р. Точкою підключення газопроводу до будівлі являється газопровід середнього тиску діаметром 100мм.

6) Електропостачання будівлі здійснюється від діючої силової електромережі з змінною напругою 380/220В;

Висновки до розділу.

3.1. Проектування реабілітаційних центрів вимагає комплексного підходу та уважного врахування різноманітних вихідних даних. Враховуючи індивідуальні потреби пацієнтів, важливо розробляти програми, що охоплюють фізичну, психологічну та соціальну реабілітацію. Висока кваліфікація медичного персоналу, використання сучасних методик і технологій, а також створення доступних інфраструктурних умов є ключовими компонентами успішного функціонування реабілітаційних центрів.

Додатково, важливо вивчати та адаптувати передовий світовий досвід у цій галузі, щоб підняти якість наданих послуг та підтримати оптимальний процес відновлення для пацієнтів. Забезпечення доступності та інклюзивності таких центрів сприятиме забезпеченню ефективної реабілітації та поліпшенню якості життя пацієнтів, що потребують післяінфарктної реабілітації.

3.2. Функціональна організація території реабілітаційного центру є важливою складовою для ефективного надання реабілітаційних послуг. Організація простору повинна відповідати потребам та специфіці реабілітації, забезпечуючи зручний доступ до всіх необхідних зон та послуг. Структура території повинна сприяти інтегрованому підходу до реабілітації, включаючи фізичні, психологічні та соціальні аспекти. Зони для фізичних тренувань, консультацій, медичних процедур та соціальної інтеракції повинні бути зручно розташовані і взаємно пов'язані.

Призначення простору також повинно сприяти психологічному комфорту та мотивації пацієнтів. Ефективна функціональна організація території реабілітаційного центру є ключовим елементом для досягнення успіху в реабілітації та поліпшення якості життя пацієнтів.

3.3. Об'ємно-планувальне рішення реабілітаційного центру визначається важливими аспектами, які впливають на ефективність та зручність надання реабілітаційних послуг. Організація внутрішнього простору повинна враховувати потреби пацієнтів і забезпечувати комфортні та функціональні умови для проведення різноманітних процедур.

Оптимальне використання простору має сприяти інтегрованому підходу до реабілітації, забезпечуючи плавний перехід між різними зонами та послугами. Важливо враховувати принципи доступності та інклюзивності для різних категорій пацієнтів.

Зручна локалізація зон для фізичних вправ, лікарських процедур, консультацій та відпочинку визначає успішне функціонування реабілітаційного центру. Правильне об'ємно-планувальне рішення створює

оптимальне середовище для пацієнтів та сприяє досягненню позитивних результатів у процесі реабілітації.

3.4. Архітектурно-конструктивні рішення реабілітаційного центру визначають його функціональність, естетику та здатність створювати сприятливі умови для відновлення та розвитку пацієнтів. Правильний вибір конструктивних матеріалів, планування простору та врахування принципів безбар'єрності визначають ефективність роботи центру.

Архітектурні рішення повинні враховувати специфіку реабілітаційних процедур та забезпечувати комфортні умови для пацієнтів. Сучасні технології та інноваційні рішення можуть покращити якість середовища та роботи центру, сприяючи швидшому та ефективнішому відновленню.

Важливо також враховувати ергономіку простору та дотримання стандартів безпеки, щоб забезпечити найвищий рівень обслуговування та надати пацієнтам максимальний комфорт. Інтеграція природного світла, естетична привабливість та дотримання принципів енергоефективності можуть допомогти створити гармонійне та сприятливе середовище для реабілітації та покращення якості життя пацієнтів.

3.5. У підсумку можна відзначити, що внутрішнє та зовнішнє оздоблення реабілітаційного центру грає ключову роль у створенні приємного та функціонального середовища для пацієнтів. Естетика та дизайн не лише впливають на загальний емоційний стан пацієнтів, але також можуть покращити їхній психологічний стан і сприяти швидшому відновленню.

Зовнішнє оздоблення має бути привабливим та гармонійним, а також враховувати принципи ландшафтного дизайну для створення природнього та спокійного оточення. Внутрішнє оздоблення повинно бути функціональним і безпечним, забезпечуючи комфорт та зручність для пацієнтів та медичного персоналу.

Важливо також враховувати ергономіку та доступність для різних категорій людей, забезпечуючи безбар'єрні умови. Застосування сучасних

технологій та інновацій у дизайні може покращити якість середовища та зробити його більш адаптованим до потреб реабілітації.

Отже, гармонійне оздоблення, яке враховує не лише естетичні аспекти, але і практичні потреби пацієнтів, може значно покращити ефективність та позитивний вплив реабілітаційного центру на процес відновлення та благополуччя пацієнтів.

Розділ 4. Охорона навколишнього середовища.

Контроль за станом охорони праці в будівництві.

До основних форм контролю за станом охорони праці в будівництві відносяться: оперативний контроль; контроль, що проводиться службою охорони праці підприємства; адміністративно-громадський багатоступеневий контроль. Крім цих видів контролю, існує відомчий контроль вищих господарських органів, державний нагляд та громадський контроль за охороною праці, які розглядаються окремо.

Оперативний контроль з боку керівників робіт і підрозділів підприємства проводиться згідно із затвердженими посадовими обов'язками.

При цьому служба охорони праці контролює виконання вимог безпеки праці у всіх структурних підрозділах та службах підприємства.

Адміністративно-громадський багатоступеневий контроль є однією з найкращих форм контролю за станом охорони праці. Цей контроль проводиться на кількох (як правило трьох) рівнях. На першій ступені контролю керівник виробничої ділянки (майстер) спільно з громадським інспектором профгрупи щоденно перевіряють стан охорони праці на виробничій ділянки. На другій ступені — начальник дільниці (виконроб) спільно з громадським інспектором та спеціалістами відповідних служб (механік, електрик, технолог) два - чотири рази в місяць перевіряють стан охорони праці згідно з затвердженим графіком. На третій ступені контролю щомісячно (згідно із затвердженим графіком) комісія підприємства під головуванням керівника (роботодавця) перевіряє стан охорони праці на підприємстві. До складу комісії входять: керівник служби охорони праці, голова комісії з охорони праці профкому, керівник медичної служби, працівник пожежної охорони та головні спеціалісти підприємства (технолог, механік, енергетик). Результати роботи комісії фіксуються в журналі третьої ступені контролю і розглядаються на нараді. За результатами наради видається наказ по підприємству.

Обов'язки посадових осіб по забезпеченню безпеки праці і їх відповідальність за порушення законодавства про охорону праці і КЗпП

Обов'язки бригадирів по забезпеченню безпечних умов праці

На будівельному майданчику бригадир зобов'язаний забезпечити високу трудову дисципліну серед членів бригади і вимагати від робітників виконання правил внутрішнього розпорядку та правил безпеки праці.

До початку роботи бригадир повинен:

- перевірити готовність робочих місць до виробництва робіт;
- перевірити забезпеченість робочих бригади справним ручним і механізованим інструментом і засобами;
- перевірити, чи не чи пройшов термін повторного випробування необхідних для виконання робіт механізмів, устаткування тощо;
- перевірити, щоб всі члени бригади були забезпечені спецодягом, спецвзуттям, захисними засобами, будівельними касками, рукавицями, і т.п.;
- упевнитися в правильному і безпечному збереженні і складуванні матеріалів, пожежо - і вибухонебезпечних рідин та іншого обладнання, щоб уникнути нещасних випадків;
- отримати дозвіл у виконроба на виконання робіт на тій чи іншій ділянці (захватці), при цьому робиться запис у журналі.

Під час виконання робіт бригадир зобов'язаний:

- не допускати захаращення робочих місць, проходів, проїздів;
- стежити за виконанням кожним членом бригади обов'язків з безпеки праці, за кожне порушення застосовувати заходи дії і доповідати виконробові або майстру;
- стежити за робочою і виробничою дисципліною, не допускати сторонніх осіб на робочі місця, у виробничі та побутові приміщення, а також осіб у нетверезому стані;

- стежити, щоб з електрозварювальним, електрифікована, пневматичним інструментом, газогенераторами та іншим обладнанням працюють навчені робітники зі спеціальним посвідченням;

- стежити за безпечним веденням робіт, застосуванням спецодягу, засобів індивідуального захисту, за виконанням протипожежних заходів.

Навмисних порушників бригадир зобов'язаний відсторонити від роботи.

Після закінчення робочої зміни бригадир зобов'язаний:

- перевірити місця вогневих робіт, закрити обладнання, інструмент, карбід кальцію, відключити електроприлади;

- зауваження за порушення вимог безпеки праці бригадиру і членам його бригади робиться запис у журналі оперативного контролю за станом охорони праці.

Невиконання обов'язків бригадира по керівництву бригадою і порушення правил безпеки роботи бригадир може бути відсторонений від роботи.

Обов'язки виконробів (майстрів) з охорони праці.

Виконроби (майстри), начальники дільниць, цехів зобов'язані:

- здійснювати необхідні заходи щодо охорони праці відповідно до чинного законодавства, НПАОП, ДСТУ, наказів, розпоряджень, інструкцій;

- систематично контролювати справність і правильну експлуатацію засобів підмащування, огорож, кріплень траншей і котлованів, правильне та безпечне використання механізмів, електрообладнання, газо,- електрозварювального устаткування, а також своєчасну видачу робочим необхідної спецодягу і захисних пристосувань у відповідності з нормами;

- проводити інструктажі, навчання робітників безпечним умовам роботи;

- контролювати допуск до електроінструменту та електрообладнання;

- правильно використовувати методи пропаганди безпечних умов праці;
- своєчасно доповідати керівництву про нещасні випадки;
- забезпечувати робітників побутовими приміщеннями;
- мати на об'єкті наступну технічну документацію: інструкції з безпеки праці за всіма спеціальностями робочих бригади, журнал інструктажів, оперативного контролю, зауважень і пропозицій щодо охорони праці, огляду обладнання, видачі захисних поясів, ППР (розділ з безпеки праці), наряд-допуск на виробництво робіт з підвищеною небезпекою;
- стежити за справністю і строком випробувань устаткування, за протипожежним станом;
- проводити оперативний контроль охорони праці із записом у журналі.

Обов'язки головних спеціалістів та роботодавців з охорони праці

Головні спеціалісти зобов'язані:

- здійснювати нагляд за технічним станом і виконанням правил безпеки при монтажі, демонтажу, експлуатації та ремонті будівельних машин, механізмів, підйомних засобів, електрообладнання, пневмоінструменту, контрольних, вимірювальних і захисних приладів, а також котлів та посудин, що працюють під тиском;
- своєчасно проводити випробування машин, обладнання, струмоприймачів, приладів, вантажозахоплювальних та підйомних засобів;
- інструктувати і вчити правилам охорони праці робітників, що експлуатують будівельну техніку, а також забезпечувати їх знаками безпеки, плакатами, інструкціями та засобами індивідуального захисту (ЗІЗ);
- зобов'язані вести журнали випробувань, перевірок будівельного обладнання, проводити профілактичні огляди та інше.

На роботодавця (керівника) підприємства покладається:

- організація та планування заходів з охорони праці, забезпечення проведення цих заходів відповідно до колективних договорів;
- організація упорядкування кошторису та забезпечення її фінансовими і матеріальними засобами, спецодягом та інше;
- суворе виконання вимог законодавства з охорони праці, режимів праці та відпочинку, про роботу жінок і підлітків;
- виконанні розпоряджень технічних інспекцій профспілок, органів державного нагляду, розпоряджень прокуратури та інше.

Відповідальність за порушення законодавства з охорони праці та КЗпП

Відповідальність за порушення правил з охорони праці (ОП) на виробництві, в першу чергу, несуть посадові особи, тобто ті особи на яких покладено виконання обов'язків з ОП. Посадові особи, винні в порушенні законодавства з ОП і правил ОП, у невиконанні обов'язків по колективним договорам з ОП або в перешкоді діяльності посадових осіб органів державного нагляду за ОП, представникам профспілок та громадських організацій відповідно до Закону України «Про охорону праці» притягуються до

дисциплінарної, адміністративної, матеріальної, кримінальної відповідальності згідно із законодавством.

Дисциплінарна відповідальність настає в тих випадках, коли з вини посадових осіб допускаються порушення ОП, які не тягнуть за собою тяжких наслідків і не можуть тягнути їх. Відповідно до ст. 147 КЗпП встановлено такі дисциплінарні стягнення: догана, звільнення з роботи.

До адміністративної відповідальності притягуються посадові особи винні у порушенні законодавства про ОП у вигляді грошового штрафу. Накладають штрафи службові особи Держгірпромнаглядом за охороною праці. Забороняється штрафи відносити за рахунок підприємства.

Матеріальна відповідальність полягає у стягненні з працівника, або власника підприємства повністю або частково сум, виплачених підприємством потерпілому від нещасного випадку або професійного захворювання, а також незаконно звільненим працівникам за їх вимушений прогул.

Кримінальна відповідальність настає, якщо порушення вимог законодавства та інших нормативних актів про ОП створило небезпеку для життя чи здоров'я громадян. Суб'єктом кримінальної відповідальності з питань ОП може бути будь-яка службова особа підприємства, установи, організації незалежно від форм власності, а також громадянин – власник підприємства чи уповноважена ним особа. Кримінальна відповідальність визначається у судовому порядку.

Висновки та пропозиції.

Досліджено загальні поняття проектування архітектурного середовища лікувальних закладів. Встановлено, що у архітектурному аспекті загальних ергономічних досліджень під терміном «комфортність» розуміється оптимальний стан середовищ перебування хворих в архітектурному середовищі лікувальних закладів із урахуванням їх активної чи пасивної життєдіяльності.

Визначальним у понятті комфортності є загальне сприйняття пацієнтом навколишнього середовища, а точніше архітектурного середовища лікувального закладу, індивідуального для кожного пацієнта та таке, що зачіпає його внутрішній стан, що відповідає першій умові комфортності, параметри навколишнього середовища, це друга умова комфортності перебування та гігієнічні характеристики це третя умова комфортності.

В сучасних медичних реабілітаційних центрах розвинутих країн, в контексті їх предметно-просторової організації і дизайну, виявлено:

- Високий рівень технічного оснащення центру;
- Контроль якості та об'єму медичної допомоги на всіх рівнях; широке використання інтегрованих інформаційних систем;
- Забезпечення максимальної незалежності від міських мереж системи життєзабезпечення;
- Широке використання можливостей світлоколірного конструювання реабілітаційного центру.

В результаті аналізу з досвіду проектування лікувальних закладів в Україні, встановлено: відсутні розробки науково обґрунтованих рекомендацій та стандартів на архітектурно-планувальні рішення та використання сучасного устаткування. В зв'язку з інтенсивним насиченням сучасними медичними та інформаційними технологіями загальна

ефективність роботи реабілітаційних центрів з коридорною системою в Україні знижується, (неможливо досягти певної «гнучкості» необхідної для подальшої модернізації; подовжуються усі шляхи руху медперсоналу; збільшуються усі витрати на обслуговування та догляд приміщень; неможливе розділення потоків хворих).

Виявлені усі об'єктивні недоліки реабілітаційних центрів, які безпосередньо впливають на низький рівень комфортності і життєдіяльності таких центрів, непродуману логістику зовнішнього середовища, відсутність принципів оптимізації організації архітектурного середовища і методів урахування соціально-просторових закономірностей поведінки пацієнтів реабілітаційного центру.

В підсумку слід визначити, що реабілітаційний центр представляє собою важливу інституцію, призначену для надання комплексної підтримки та реабілітації осіб з різними обмеженнями та потребами. Ефективність центру залежить від ретельного планування простору, оптимального використання архітектурно-конструктивних рішень, вибору відповідного обладнання та врахування психологічних та фізіологічних аспектів пацієнтів.

Внутрішнє та зовнішнє оздоблення грає значущу роль у покращенні комфорту та психологічного стану пацієнтів, створюючи благосприятливе середовище для відновлення. Також важливо враховувати індивідуальні потреби та особливості кожного пацієнта, забезпечуючи інтегрований та індивідуалізований підхід.

Об'ємно-планувальні та архітектурні рішення повинні сприяти зручності, безпеці та ефективності реабілітаційних процедур. Застосування передових технологій та урахування міжнародного досвіду може сприяти подальшому розвитку центру та забезпечити високий рівень медичної допомоги та соціальної підтримки пацієнтам, сприяючи їхньому поверненню до повноцінного життя.

Бібліографічний список

1. Barmashina L.M., Rozbytska A.V Spatial organization of unobstructed living/ Rozbytska A.V., Barmashina L.M. East European Scientific Journal. 2020. № (09) 61. – С.69-78. 28)
2. Безперешкодний доступ осіб з інвалідністю до об'єктів соціальної, транспортної інфраструктури та зв'язку : національна доповідь Національної Асамблеї інвалідів України. – К., 2013. – 150 с.
3. Будівництво медичного центру, проектування клініки і медичних установ: [Електронний ресурс]. – 2019. – <https://www.education.ua/blog/38352/>
4. Вовканич А.С. Вступ у фізичну реабілітацію (матеріали лекційного курсу): навч. посіб./А.С. Вовканич. – Львів: НВФ “Українські технології”, 2008. – 200 с.
5. Грибальський Я. Доступність до об'єктів житлового та громадського призначення для людей з особливими потребами : [метод. посіб.] / Ярослав Грибальський, Ярослав Мудрий, Андрій Мостовий. – Л., 2010. – 123 с.
6. ДБН А.2.2-3:2014 «Склад та зміст проектної документації на будівництво»;
7. ДБН Б.2.2-5:2011. Бібліографічний опис. «Благоустрій територій».. Вид. офіц. Київ: ЗАТ "Український науково-дослідний інститут прогресивних технологій у комунальному господарстві" (УкркомунНДІпрогрес), 2012. – 81с.
8. ДБН В.1.2-14:2018 «Система забезпечення надійності та безпеки будівельних об'єктів. Загальні принципи забезпечення надійності та конструктивної безпеки будівель і споруд»;
9. ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я» Вид. офіц. Київ: ЗАТ "Український науково-дослідний інститут прогресивних технологій у комунальному господарстві" (УкркомунНДІпрогрес) Київ , 2022. –164 с.
10. ДБН В.2.5-56:2014. Бібліографічний опис. «Системи протипожежного захисту– Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України, 2018. – с.

11. ДСТУ 8855:2019 «Будівлі та споруди. Визначення класу наслідків (відповідальності)»;
12. ДСТУ Б А.2.4-4:2009 «Основні вимоги до проектної та робочої документації»;
13. Історія розвитку інтер'єру : [Електронний ресурс]. – 2023. – Режим доступу: https://pidru4niki.com/12250705/turizm/istoriya_rozvitku_interyeru
14. Міністерство розвитку громад та територій України: Уряд визначив умови фінансування для створення приймальних відділень в опорних лікарнях [Електронний ресурс]. – 2023. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-viznachiv-umovi-finansuvannya-dlyastvorennya-prijmalnih-viddilen-v-opornih-likarnyah>
15. Олійник О. П. Основи дизайну інтер'єру: навч. посіб. / О. П. Олійник, Л. Р. Гнатюк, В. Г. Чернявський. — К. : НАУ, 2011. — 36 с
16. Особливості медичних послуг [Електронний ресурс]. – 2023. – Режим доступу: <https://imed.co.ua/medychnyi-marketing/osoblivosti-medichnixposlug>
17. Перелік закладів хорони здоров'я [Електронний ресурс]. – 2019. – Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/>
18. Підгірняк К.Ю. Архітектурно – планувальна організація міських поліклінік (на прикладі м. Києва): Автореферат дис.канд.арх.: 18.00.02/КДТУБА – К., 1996.- 18 с.
19. Приміщення лікарні: вимоги до архітектури й облаштування [Електронний ресурс]. – 2017. – Режим доступу: <https://www.medsprava.com.ua/article/627-60-primshchennya-lkarn-vimogi-do-arhitekturi-oblashtuvannya>
20. Русін В.В. Принципи проектування лікувально-профілактичних закладів в сучасних умовах великого міста (на прикладі м. Полтави): Дис...канд..арх.: 18.00.02/КНУБА-К.,2000. – 192 с.
21. Целуйкіна О.В. Особливості формування архітектури медичних закладів (на прикладі міста Харкова): дис. канд. арх. : 18.00.01 / Ольга Володимирівна Целуйкіна. – Харків, 2015. – 204 с.

