

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ
ФАКУЛЬТЕТ БУДІВНИЦТВА ТА АРХІТЕКТУРИ
КАФЕДРА АРХІТЕКТУРИ

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до магістерської роботи
рівня вищої освіти «Магістр»

на тему: *Архітектура курортно - рекреаційних лікувальних закладів
Прикарпаття.*

Виконав:

студент V курсу, групи Арх - 51

спеціальності

191 «Архітектура та містобудування»

Вах Іван Іванович

(прізвище та ініціали)

Керівник : *Степанюк Андрій Володимирович*

(прізвище та ініціали)

Консультанти з розділів:

Науково-дослідний

(підпис)

Степанюк А.В.

(прізвище та ініціали)

Охорона навколишнього
середовища

(підпис)

Панас Н.Є.

(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 *Ваху Івану Івановичу*
(прізвище, ім'я, по-батькові)

1. Тема роботи: *Архітектура курортно - рекреаційних лікувальних закладів Прикарпаття*

керівник роботи: *Степанюк Андрій Володимирович, к.арх., 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

3. Вихідні дані до роботи :
містобудівні схеми Івано-Франківської 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;

2. Комплексне дослідження архітектурно-проектного та планувального об'єкту (комплексу);

3. Проектні пропозиції;

4. Охорона навколишнього середовища.

Висновки та пропозиції

5. Перелік графічного матеріалу

архітектурно-ілюстративні матеріали з дослідження задекларованої проблеми вітчизняного та зарубіжного досвіду, проектні пропозиції архітектури курортно-рекреаційних лікувальних закладів.

6. Консультанти розділів проекту

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	<i>Степанюк А.В., к., арх. доцент</i>		
2	<i>Степанюк А.В., к., арх. доцент</i>		
3	<i>Степанюк А.В., к., арх. доцент</i>		
4	<i>Панас Н.Є., доцент</i>		

7. Дата видачі завдання

24 лютого 2023 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту	Строк виконання етапів проекту	Примітка
1	<i>Збір та опрацювання матеріалів для виконання магістерської роботи</i>	28.03.23	
2	<i>Підготовка та написання розділу з комплексного дослідження задекларованої проблеми</i>	12.06.23	
3	<i>Виконання ілюстративних та архітектурно-планувальних креслень</i>	24.08.23	
4	<i>Виконання проектних пропозицій</i>	18.10.23	
5	<i>Виконання розділу з охорони навколишнього середовища</i>	20.11.23	
6	<i>Оформлення ілюстративного матеріалу та пояснювальної записки</i>	22.01.24	

Студент _____
(підпис)

Вах І.І.
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____
(підпис)

Степанюк А.В.
(прізвище та ініціали)

Реферат

Магістерська робота на присвоєння освітнього рівня «магістр архітектури»: 81 с. текстової частини, плакат розміром 5000 x 2000мм, 84 літературних джерела.

«Архітектура курортно – рекреаційних лікувальних закладів Прикарпаття», Вах Іван Іванович. – Магістерська робота. Кафедра архітектури. – Дубляни, Львівський НУП, 2024р.

Тема дипломної роботи з врахуванням дослідження та розбудови курортно-рекреаційних лікувальних закладів в період бойових дій.

Магістерська робота складається з графічної частини, період розвитку курортної справи, зарубіжний досвід курортно – рекреаційних лікувальних закладів, вітчизняний досвід курортно - рекреаційних лікувальних закладів, курортно – туристична схема Івано-Франківської області, динаміка кількості суб'єктів курортного господарства України, проектні пропозиції.

Дана робота виконана з врахуванням вихідних положень чинних нормативно-правових актів у сфері будівництва та архітектури. Зокрема, проаналізовано норми Законів України «Про регулювання містобудівної діяльності» від 17.02.2011 № 3038-VI та «Про національну інфраструктуру геопросторових даних» від 13.04.2020 № 554-IX і Постанови Кабінету Міністрів України «Про оптимізацію органів державного архітектурно-будівельного контролю та нагляду» від 13.03.2020 № 219.

Зміст

ЗМІСТ	5
ВСТУП	7
1. СТАН ПРОБЛЕМИ, ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	10
2. КОМПЛЕКСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АРХІТЕКТУРНО – ПРОЕКТНОГО ТА ПЛАНУВАЛЬНОГО ОБ’ЄКТУ	14
2.1. Перші зародки медицини у світі	14
2.2.1. Медицина Стародавнього Єгипту	17
2.2.2. Медицина Месопотамії	18
2.2.3. Медицина Стародавньої Греції	19
2.2.4. Медицина стародавнього Китаю та Індії	20
2.3. Перші згадки про рекреаційні заклади	21
2.4. Історія рекреаційних закладів	22
2.5. Зарубіжний досвід лікувально – рекреаційних закладів	28
2.6. Вітчизняний досвід лікувально – рекреаційних закладів	34
2.7. Архітектура курортно – рекреаційних закладів	43
2.8. Призначення курортно – лікувальних закладів	47
3. ПРОЕКТНІ ПРОПОЗИЦІЇ	51
3.1. Природньо – кліматичні умови	51
3.2. Топографічні, геологічні та гідрологічні дані.	52
3.3. Генплан та вертикальне планування.	52
3.4. Архітектурно – планувальні рішення.	53
3.4.1. Конструктивні рішення.	54

3.4.2. Зовнішнє опорядження фасадів.	55
3.4.3. Внутрішнє опорядження.	56
3.5. Заходи по пожежній та вибуховій небезпеці.	57
3.5.1. Захист від шуму.	58
3.5.2. Енергозбереження.	58
3.6. Техніко – економічні показники.	59
3.6.1. Експлікація приміщень.	59
3.7. Формування системи зелених насаджень.	62
4. ОХОРОНА НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА.	66
Вступ	66
4.1. Особливості природоохоронних заходів при будівництві об’єктів курортно - рекреаційних лікувальних закладів	67
4.2. Техніка безпеки курортно-рекреаційних лікувальних закладів	70
4.3. Пропозиції з охорони навколишнього середовища під час спорудження та експлуатації курортно – рекреаційних лікувальних закладів	71
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	73
БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК	75

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Соціополітичні та економічні перетворення в нашій державі сприяють багатьом процесам перетворення та модернізації. Це особливо стосується модернізації лікувальних закладів, в тому числі курортно-рекреаційних закладів. Гострою, на даний час, являється проблема якісної європейської медицини. Більшість лікувальних закладів це спадок радянського періоду – інфраструктура та об'єкти є морально та фізично застарілі.

Причиною дослідження рекреаційних закладів є:

- *Соціальний вплив*
- *Оцінка якості послуг*
- *Оптимізація управління*
- *Аналіз запиту та потреб споживачів*

Характерним також є те, що останнє десятиліття наукові дослідження у сфері медицини почали прогресувати, та в дечому переважають європейську медицину. Враховуючи те, що Україна перебуває у стані війни є потреба у нових та високотехнологічних лікувально – рекреаційних закладів. В нових соціально – економічних умовах роль лікувальних закладів набуває більшої масштабності та значимості. Надзвичайно важливо розуміти ці зміни та адекватно реагувати на них.

Архітектурно-планувальне вирішення відрізняється чітким функціональним зонуванням території, зв'язком забудови з навколишнім ландшафтом, різноманіттям планувальної організації лікувальних закладів. При вирішенні кожного містобудівельного завдання необхідно зберегти економічну рівновагу.

Мета.

Метою дослідження є концепція доступної, комфортної архітектури сучасних лікувально - рекреаційних закладів Прикарпаття, з огляду на економічні, соціополітичні та місцеві умови в період війни у відповідності до загальноєвропейських стандартів. Визначити принципи і методи формування архітектури лікувально – рекреаційних закладів.

Завдання.

Завдання, що поставлене у темі магістерської роботи «Архітектура лікувально-рекреаційних закладів Прикарпаття», полягає у тому, щоб проаналізувати архітектуру та схеми проектування лікувальних закладів Прикарпаття, західного регіону України та європейських країн.

Одним із важливих принципів реконструкції лікувальних закладів на даний час, вважається врахування потреби у лікувально – рекреаційних закладів в певній місцевості. Особливого впливу на архітектуру зазнають заклади, що знаходяться у міській місцевості . Рекреаційна інфраструктура у сільській місцевості занепадає.

Об'єкт.

Об'єктом дослідження є лікувальні заклади західного регіону України та лікувально - рекреаційні заклади Прикарпаття та Львівщини. Зарубіжний досвід рекреаційних закладів.

Предмет.

Особливості планування архітектури лікувально – рекреаційних закладів України та Європи.

Методика дослідження.

Методика заснована на дослідженні комплексного проектування лікувально - рекреаційних закладів. При проектуванні закладів дотримання норм згідно ДБН В.2.2-10:2022 «Зклади охорони здоров'я», індивідуальне

дослідження проблеми архітектури лікувальних закладів. Спостереження розвитку рекреаційної архітектури за останні роки. Експериментальне моделювання проектування архітектури лікувально – рекреаційних закладів. Часові межі дослідження теми дипломної роботи 28.03.- 20.11.2023р.

Територіальні межі дослідження с. Микуличин, Івано-Франківської області.

Практичним значенням проведення дослідження є встановлення визначальних факторів (обґрунтування доцільності, характеристика архітектурно - планувальної структури) для концепції розвитку лікувального фонду з використанням місцевих будівельних матеріалів.

1. СТАН ПРОБЛЕМИ, ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Перші лікувальні заклади з'явилися ще у стародавньому Китаї та Єгипті. Як для свого часу медицина була досить прогресивна, хоча і була пов'язана із релігійними культами та магією. Першою історично задокументованою причиною смерті є інсульт та інфаркт Міокарда. На багатьох стінах гробниць фараонів зображено сцени проведення операцій а також процес самої муміфікації тіл померлих. Також у медичних трактатах котрі датуються 1550 р. до н. е. що містить інформацію про 800 лікувальних трав, та докладно описує лікування певних станів здоров'я. Стародавній Єгипет являється першою цивілізацією котра розвивала стоматологію.

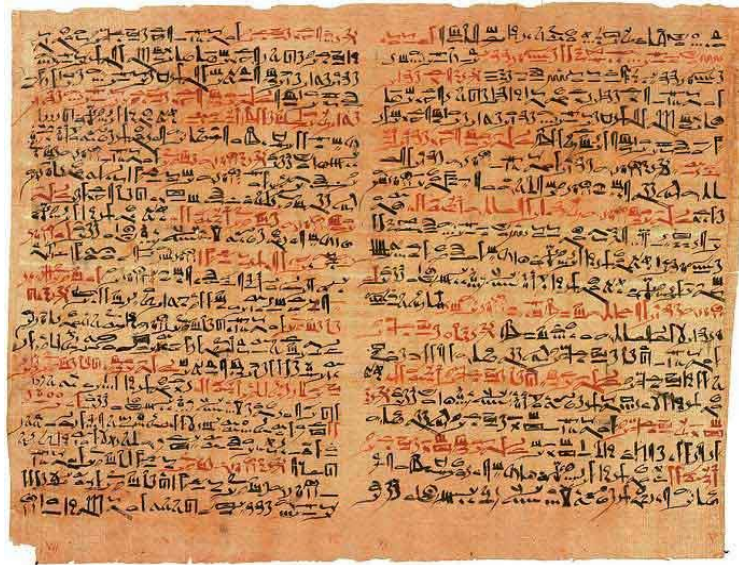


Рис. 1.1. Фрагмент папірусу Хьорста.

Серед писемних пам'яток традиційної китайської медицини особливе місце належить трактату «Хуанді Ней-Цзін» (Канон медицини Жовтого Предка). Згідно з легендою, Хуанді (рис.1.2.) - легендарний «Жовтий предок» китайського народу - вважається і основоположником китайської медицини. Йому приписується також авторство першого медичного кодексу «Нуці-Кінг», датованого 2657 р. до н. е.



Рис. 1.2. Канон медицини Жовтого Предка.

В ньому дуже змістовно визначено можливості медичної науки: «Медицина не може врятувати від смерті, але спроможна продовжити життя, зміцнити моральність, заохочуючи добродесність, переслідуючи порок - цього смертельного ворога здоров'я, - може вилікувати багато недуг, що уражують бідне людство, і робить сильнішими державу й народ своїми порадами»

В часи середньовіччя із появою християнства медицина у Європі знову починає розвиватися. Однак з появою таких пандемій як чума та холера, люди зрозуміли, що потрібно доглядати за гігієною свого тіла, ізолювати хворих від населення, та вживати заходів спаду спалаху пандемій. У XV столітті почали з'являтися перші рекреаційні заклади в селищах феодалів Німеччини та Франції, де були знайдені термальні джерела, з цього часу почався розвиток рекреації у Європі.

Обов'язок держави – це забезпечення кращих умов відпочинку та лікування для своїх громадян, саме тому роль рекреаційного комплексу зростає. Україна має усі можливості для розвитку власного рекреаційного комплексу. До них можна віднести бальнеологічні, кліматичні, ландшафтні та розпізнавальні відпочинкові системи. Характеризуючи український лікувальний комплекс вод, слід згадати про місця розташування їх джерел, це насамперед Львівська та Івано-Франківська область. Наша держава відома своїми багатими запасами лікувальних грязей (озера Бориславського родовища;

сульфідні грязі у Куяльницькому, Шаболатському; торфові грязі у Львівській області).

В рекреаційних ресурсах України важливу роль відіграє лісова та лікувальна рослинність. Проте через вплив Чорнобильської АЕС ресурси Полісся використовуються недостатньо. Натомість у Закарпатській, Київській, Житомирській, Черкаській областях ліси виконують функції водорегулювання, водоохорони, ґрунтозахисту. Найбільшу цінність мають Шацькі озера. Рекреаційні ресурси лісостепової зони є дуже перспективними для формування санаторно-курортного комплексу та в плані їх господарського використання. Курортні господарства Карпат приваблюють людей у будь-яку пору року. Вони славляться лікуванням захворювань органів залози, цукрового діабету. Надзвичайно корисними є вуглекисні води верхів'їв Чорного Черемошу, родовища торфових лікувальних грязей, мінеральні води. Курорт, враховуючи інфраструктуру, природні та економічні особливості, сьогодні є підготовленим об'єктом для надання йому статусу комплексної економічної зони. Зміна існуючих форм курортної діяльності шляхом надання Трускавцю особливого режиму сприяння дійсно дозволить в короткий термін вийти на європейський рівень і стати курортом, здатним ефективно розвиватися в конкурентних умовах.

➤ Для огляду проблеми лікувальних закладів розглядалась така література :

Драч О. О., Борисенко Н. М. Історія медицини і фармації (від найдавніших часів до середини XVII ст.); Голяченко О. М. Історія медицини.

Балалыкин Д.А. Зарождение рациональной медицины в Древней Греции VI–IV вв. до н.э. Бурма В. О., Берегами Серету: Путівник по туристському маршруту.

Верхратський С. А., Заблудовський П. Ю. Історія медицини. Голяченко О. М. Історія медицини.

➤ Розвиток лікувально – рекреаційних закладів :

Мірошниченко В. Г. Медицина у ранньосередньовічній монастирській культурі (V-XI століття), Ступак Ф. Я. Культура і медицина Індії; Петрихин В.П. 140 років земної медицини в Олександрівському повіті; Заставний Ф.Д. Географія України у 2-х книжках. В. Раздівський, В. Бурма. «Медобори». Дуда І. М., Мельничук Б. І. Тернопіль : Що? Де? Як?.

2. КОМПЛЕКСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АРХІТЕКТУРНО – ПРОЄКТНОГО ТА ПЛАНУВАЛЬНОГО ОБЄ'КТУ.

2.1. Перші зародки медицини у світі.

В різних цивілізаціях та культурах стародавнього світу розвивалась медицина на протязі тисячоліть, та відображала різні підходи і методи лікування. Медицина в стародавньому світі виражала різноманітність та цікавість. Різні цивілізації мали свої унікальні методи лікування, які відображали їхні знання та культурні переконання. Саме у давнину зародилась хірургія. Хірургія – це галузь медицини, що вивчає захворювання у лікуванні яких найважливішим є операція.

Хірургія існує з давніх–давен. І.П. Павлов вважав, що лікарська діяльність є ровесниця первісної людини. І серед інших галузей цієї діяльності першою, безумовно була хірургія. Адже первісна людина лікувала рани, нанесені пазурами та зубами звірів, кам'яною зброєю. Все це спочатку виконувалося виключно руками, без будь – яких інструментів. Звідси й походить назва – рукодіяння. Про хірургію часів мисливства вченим відомо дуже мало. Значно більше відомостей дійшло до нас з епохи скотарства. Тоді головним в роді були пастухи. Вони пасли худобу, лікували її, а відтак переносили свої спостереження на людину. У цей час для виготовлення знарядь праці люди почали використовувати метали. Це сприяло створенню перших примітивних хірургічних інструментів і проведенню хірургічних операцій. Деякі з них - кесарів розтин, запозичений зі скотарської медицини. Ще більше відомостей дійшло до нас з рабовласницької епохи, коли з'явилася писемність. Вчені розшифрували написи на єгипетських папірусах, вавилонських глиняних табличках, рукописні книги китайських та індійських лікарів. З'ясувалося, що у ті часи були лікарі-професіонали. Вони лікували людей, проводили хірургічні операції. Існували також школи, в котрих вчили лікарської справи, державні закони, що пов'язані з медичною допомогою. В стародавньому Єгипті робили

ампутації, видаляли камені з сечового міхура та інші. Відомо що в Єгипті з найдавніших часів робилися спроби знеболювати хірургічні операції.

Майже три тисячі років тому індійські лікарі застосували розпечене залізо для припікання фістул, а кровотечу зупиняли за допомогою стискаючих пов'язок і киплячої олії. Вони зашивали рани, робили трепанації черепа, а в разі потреби – навіть розтин живота за допомогою таких хірургічних інструментів як ножі, пили, долота, троакати, шприци, трепани та інші. Щоб обеззаразити хірургічні інструменти індійські лікарі обпалювали їх вогнем, обливали гарячою водою і соками різних рослин.

Особливого розвитку хірургія набула у Стародавній Греції. Найвизначніші здобутки старогрецької медицини, зокрема й хірургії, пов'язані з іменем Гіпократата. Після занепаду Греції центром розвитку науки та медицини та культури стала Римська Імперія. Римляни запозичили кращі здобутки греків у галузі науки, у тому числі і хірургії та примножували їх. Для лікування різних хвороб широко використовували кровопускання, яке протягом багатьох століть вважалося лікувальним засобом. Після занепаду Римської імперії, центром розвитку медицини стала Візантія. Відомими візантійськими лікарями були Орибазій Пергамський та Павло Єгінський.

У середньовіччі здобутків у галузі медицини досягли араби. Арабські лікарі зберегли й розвинули наукову спадщину античної медицини, широко використовували для лікування методи запропоновані Гіппократом і його сучасниками. Для збереження здобутків минулого і дальшого розвитку медицини особливо зробив Ібн Сіна, який жив на території Середньої Азії. У його книзі «Канон лікарської науки» є відомості про розпізнавання пухлин, зшивання нервів, лікування ран та опіків, застосування гіпсової пов'язки для лікування переломів, опію мандрагори і блекоти для знеболювання тощо. В епоху середньовіччя в Європі наука перебувала під суворим контролем церкви та майже не розвивалася. Це стосується таких операцій як видалення більма з ока, перев'язка кровоносних судин та багатьох інших. Розтин трупа з метою

вивчення тілобудови людини, інквізиція забороняла під страхом смерті. Збереглися відомості і про розвиток медицини на Кавказі. Наприклад у старовинних грузинських книгах карабандинах, написаних в XI – XII століттях, повідомляється, що тогочасні лікарі вправляли грижі та вивихи, виправляли положення уламків кісток при переломах, лікували опіки мазями, зашивали рани, застосовували трахеотомію (розтин трахеї), та лікували навіть таку хворобу як глаукома. На досить високому рівні перебувала медицина у Вірменії.

У 1731 році була створена хірургічна академія і хірурги отримали такі самі права, як і лікарі. Академія на деякий час стала світовим хірургічним центром, до складу котрого входили найвидатніші хірурги – Шопар, Дезо та інші.

Важливі відкриття в галузі медицини зроблено у XVII столітті. Голландський вчений А. Левенгук створив мікроскоп із збільшенням в 300 разів. Це дало змогу докладно вивчити будову людського тіла, рослин, тварин і виявити найдрібніші організми – бактерії. Згодом скориставшись мікроскопом з'ясували, що бактерії є причиною багатьох хвороб. За допомогою мікроскопа встановлено, що жива тканина складається з клітин. У XVIII столітті, англійський лікар Е. Дженер (рис.2.1.1.) помітив, що доки людина заражена віспою від корови, то хвороба проходить в'яло, а потім людина набуває імунітету (несприятливості) до віспи, тобто зовсім не заражується. На основі цих спостережень Дженер розробив спосіб противіспяних щеплень, що врятувало життя мільйонам людей.



Рис.2.1.1. Едвард Ентоні Дженнер .

XIX століття ознаменувалося бурхливим розвитком науки й техніки. Завдяки досягненню біологічних і технічних наук значного розвитку набула медицина. Виросла ціла плеяда видатних лікарів. Серед них Дююїтрен, Купер, Діффенбах, Лангенбек, І. Ф. Буш, І. В. Буяльський. М. І. Пирогов (рис.2.1.2.).

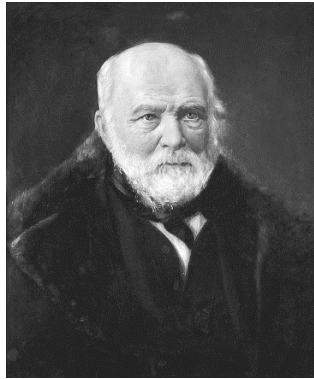


Рис.2.1.2. Пирогов Микола Іванович .

Ціною неймовірних зусиль Пирогов створив топографічну анатомію. Вдосконалювалися й розроблялися нові методи хірургічних операцій, було запропоновано багато нових досконалих і ефективних інструментів.

11 грудня 1844 року під наркозом закисом азоту було проведено першу хірургічну операцію: на пропозицію американського зубного лікаря Уеллса дантист Ріггс видалив без болю здоровий зуб. І справді це відкриття знайшло широкий відгук в медицині різних країн .

2.2.1. Медицина Стародавнього Єгипту.

Єгиптяни використовували різноманітні рослини та трави для лікування хвороби. Також вони розвинули методи хірургічного втручання, в тому числі лікування травми та видалення дефекту. Медичні тексти того часу вказують на їх знання з анатомії та хірургічних процедур. Ще за часів правління фараонів велика увага приділялась відпочинку, під час проектування палаців передбачувались приміщення та навіть цілі ділянки де після праці фараон міг відпочити, та роздумувати над подальшим правлінням своєю країною. Усім відомо, що Стародавній Єгипет був розташований на річці Ніл, де було багато спалахів малярії і вимоги того часу потребували розвитку медицини. Саме

єгиптяни були одною з цивілізацій стародавнього світу котрі проводили не природню муміфікацію тіл людини, проводили стоматологічні операції.

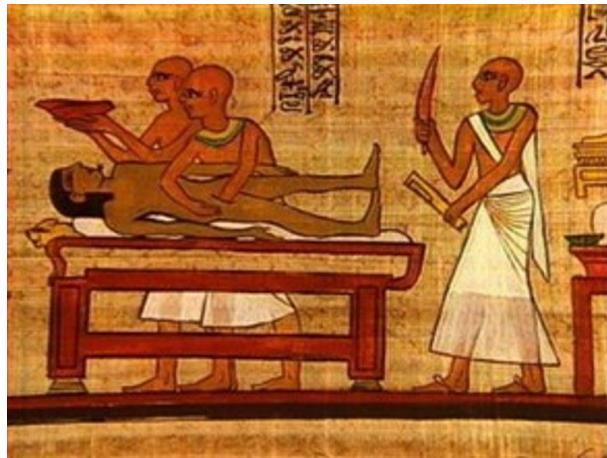


Рис.2.2.1.1. Процес муміфікації .

(Давньо Єгипецький папірус II тис., до н. е.)

Навіть є писемні згадки про проведення операцій під анестезією, також у стародавніх літописах згадується, що вони за допомогою трав лікували урологічні хвороби, були розвинені знання про анатомію людини. З часом давньо єгипецька цивілізація зникла, та залишились лише древні папіруси з методами лікування певних хвороб які розшифровуються і до сьогодні.

2.2.2. Медицина Месопотамії.

Ще однією цивілізацією стародавнього світу де розвивалась медицина була Месопотамія. Це була цивілізація котра існувала близько 3500 років тому, мала високий рівень розвитку в різних напрямках, одним з яких була медицина. В Месопотамії було добре розвинене знання про медицину, котра містила у собі віру в духовні та магичні сили. В більшості базувалась на дослідженні та спостереженнях. У Месопотамії була розвинена система медичних знань, основою якої була теорія про чотири гуморальні рідини (кров, флегма, жовч та чорний жовч), які, за їхньою думкою, визначали стан здоров'я людини. Медицина Месопотамії внесла великий внесок у розвиток хірургії. Лікарі Месопотамії проводили операції з видалення каменів сечового міхура,

проводили перев'язки та лікували поранення. Важливо відзначити, що месопотамська медицина дала основи для розвитку сучасної медицини.

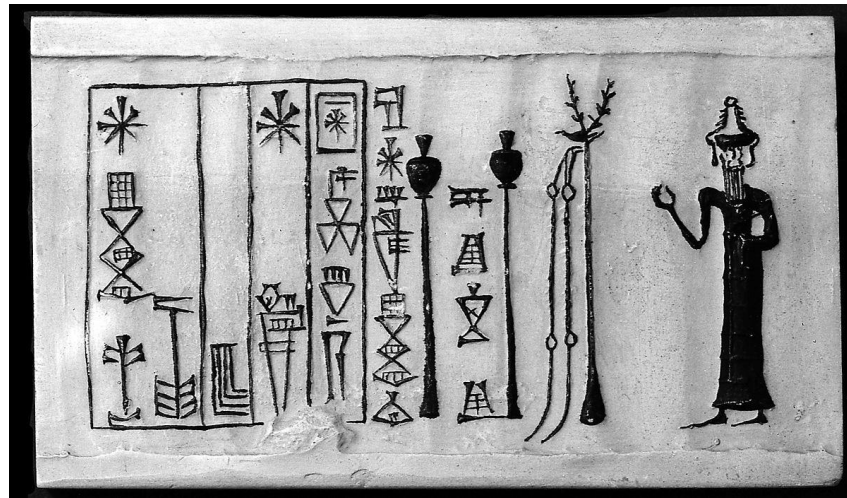


Рис.2.2.2.1. Фрагмент шумерського тексту лікування хвороби.

Медицина Месопотамії, що охоплювала великі давні цивілізації такі як Шумери, Вавилон, Ассирія. Саме в цих цивілізаціях були докладні знання про хвороби та їх методи їх лікування. Крім того, месопотамці вірили в магічну силу окремих об'єктів, тому лікування часто включало в себе магічні обряди, молитви та заклинання. Хоча методи месопотамської медицини можуть здаватися примітивними за сучасними стандартами, вони дійсно відіграли важливу роль у розвитку медичної науки. Вони створили базу для подальших досліджень та розвитку медицини в інших цивілізаціях.

2.2.3. Медицина Стародавньої Греції.

Давньогрецька медицина є однією з окремих у світовій історії медицини. Саме вона базувалася на видатних мислителях, лікарях та філософах, одним з таких були Гіпократ (рис.2.2.3.1.), Гален та інші, саме вони сформували основні та ключові принципи і методи що вплинули на розвиток медицини на протязі століть. Головним у формуванні давньогрецької медицини був Гіпократ, відомий своєю клопотливістю та етичним кодексом для лікарів. Його система базувалась на природніх причинах хвороб, також він наполягав на спостереженні та документуванні симптомів хвороби.

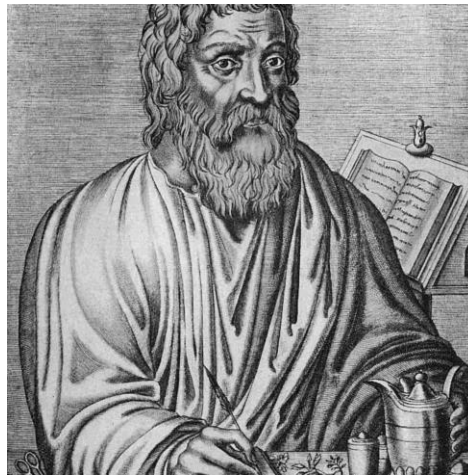


Рис.2.2.3.1. Давньогрецький лікар Гіппократ.

близько 460 до н. е. — бл. 370 до н. е.

Саме у грецькій медицині виникла «теорія чотирьох елементів» (земля, вода, повітря, вогонь) що вважалися основою метеріального світу. Також ці елементи використовувалися для пояснення патологічних і фізіологічних процесів тіла людини. Гіппократ також вважав, що лікар повинен бути об'єктивним і спиратися на спостереження, діагностику та лікування, а не на магію чи сакральні ритуали. Його найвідоміший внесок - це клятва Гіппократа, що встановлює моральні та етичні принципи, які лікарі мають виконувати при виконанні своєї професії. Ця епоха в історії медицини внесла значний внесок у сучасну медичну практику та затвердила базові принципи, які лежать в основі багатьох лікувальних методів сьогодні.

2.2.4. Медицина стародавнього Китаю та Індії.

Китайська медицина розвивалася на основі традиційних уявлень про енергетичні потоки (ін та янь) та меридіани. Вона включала в себе акцент на трави, акупунктуру, масаж, а також дихальні вправи, такі як цигун. У давньому Китаї були відомі методи акупунктури, травні ліки та знання про енергетичні лінії в тілі, які були на основі традиційної китайської медицини. Китайська древня медицина включає в себе п'ять основних принципів:

- ❖ **Інь і Янь:** Ця концепція базується на взаємодії та балансі двох протилежних, але взаємопов'язаних сил - інь (жіночий, темний, холодний)

та ян (чоловічий, світлий, гарячий), потім до китайської медицини, хвороба погіршується через порушення цього балансу.

- ❖ **Лікування травами:** Китайська медицина використовує широкий спектр трав'яних препаратів для відновлення балансу в організмі та лікування різноманітних захворювань.
- ❖ **Меридіани та ці (життєва енергія):** Вважається, що енергія чи ці рухається по меридіанах у тілі. Збої у цій потоці можуть призвести до хвороби, а активізація цієї енергії може відновити здоров'я.
- ❖ **Акупунктура та масаж:** ці методи використовують для стимуляції току на тілі для відновлення потоку енергії та полегшення болю.
- ❖ **Цигун та тайци-цюань:** Це фізичні та дихальні вправи, спрямовані на збереження здоров'я, підвищення та покращення функції тіла.

Китайська медицина набула популярності в багатьох частинах світу і вона використовується як альтернативна та доповнююча форма лікування. Багато засобів, які використовуються в сучасній медицині, такі як акупунктура, засновані на принципах, розроблених в давні часи китайськими лікарями.

Медицина стародавньої Індії має багатий та важливий історичний контекст, що включає в себе розвинуті системи та практики, відомі як Аюрведа. Це система Індійської традиційної медицини що існує протягом тисяч років. Основні принципи Аюрведи базуються на балансі елементів (пітта, вата, капха), досконалому збереженні здоров'я та лікуванні хвороб через дієту, трави, йогу, масаж та дихальні практики. "Сусрута-самгіта" є трактатом, що концентрований на хірургії та медичних процедурах. У ньому описані різноманітні хірургічні методи, включаючи операції з видалення, реконструкції носа та інші процедури.

2.3. Перші згадки про рекреаційні заклади.

Історія виникнення рекреаційних закладів беруть свій початок ще з II тисячоліття до н.е., у Юдейському царстві, відомо що у такій релігії як Іудаїзм надається велика увага гігієні тіла людини і в загальному усі близько східні

релігії є чистоплотними, де є обов'язкове вмивання перед релігійними ритуалами. Першим рекреаційним закладом у світі є Сілоамська купіль (рис.3.2.1.) що у Єрусалимі, це є водойма в яку впадає вода через побудований канал довжиною 533 м з джерел Гіхон зі сторони гори Сіон. Відомо з текстів святого писання щоп'ятниці у купіль спускався ангел, що зворушував воду і хто перший умиється водою - оздоровиться.

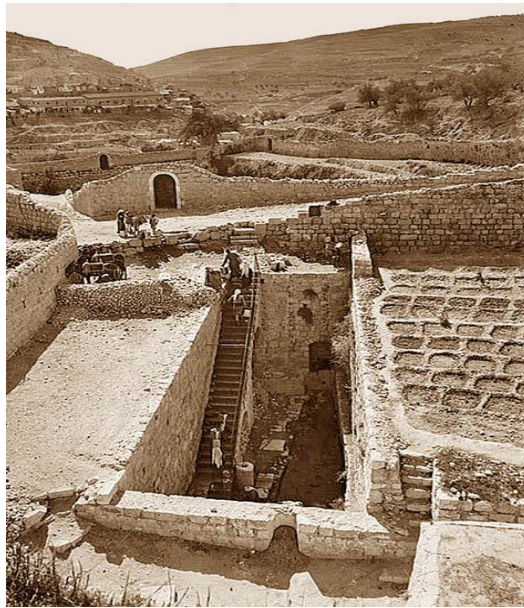


Рис.2.3.1. Сілоамська купіль. 1934 рік.

2.4. Історія рекреаційних закладів.

Історія рекреаційних закладів має глибокі корені, але перші писемні згадки про них можна знайти в античних цивілізаціях. Перші писемні згадки про рекреаційні заклади можна знайти в літературних творах Греції, Риму, Китаю. Давньогрецькі і давньоримські культури мали спеціальні місця відпочинку - це термальні бані, що використовувалися для лікування та гігієни. Римляни будували великі термальні комплекси, там були басейни з гарячою і холодною водою.

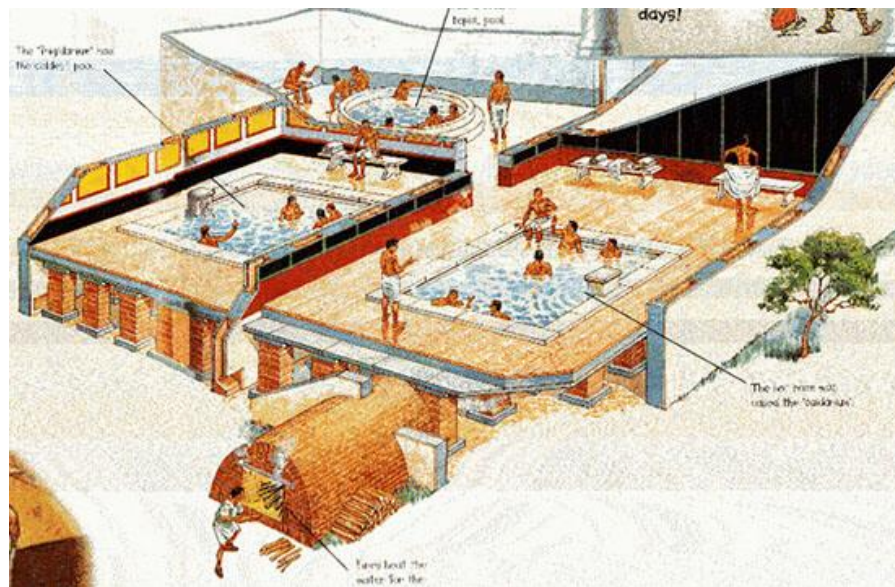


Рис.2.4.1. Римські терми.

В античній Греції громадські купальні були невід'ємною частиною спортивних закладів. Лікувальні властивості багатьох природних факторів відомі з найдавніших часів. Примітивні споруди для водолікування в місцях виходу мінеральних вод були свого роду прототипами бальнеологічних курортів. Розкопки міста Мохенджо - Даро в Пакистані належать до найраніших доказів існування курортних споруд (2-3 тис. до н.е.). Археологічні розкопки в Помпеї побудовані в 2 ст. до н.е. дають уявлення про найдавніших римських курортних спорудах. Терми Diocletian могли вмістити три тисячі чоловік. Розкішні терми, що складаються з декількох будівель з'єднаних між собою в єдиний павільйон, можна вважати праобразом сучасного бальнетерапевтичного курорту.

У I-II столітті на значному просторі Європи один за одним повстали нові популярні курортні центри, де мінеральні води використовувались з лікувальною метою. Руїни подібних споруд періоду римського володарювання збереглися в районі сучасних курортів Беїле-Еркулане і Синджора-Беї в Румунії, Будапешті і на побережжі озера Балатон в Угорщині, на території курортів Вараждінске Топлице і Добрна в Югославії, Хісаря в Болгарії, Бадена в Швейцарії, Бадена в Австрії .

У ранньому середньовіччі відомими курортами були Пломб'єр – ле – Бен (рис. 2.4.2.) і Ахен, улюблене місце відпочинку імператора Карла Великого. У подальшому прославились мінеральні джерела, спа. Поступово джерела переходили у власність монастирів, лікувальну дію мінеральних вод пов'язували з охороною святих.



Рис.2.4.2. Курорт Пломб'є-ле-Бен у Франції. IX ст.

Слава про чудодійні цілющі властивості окремих мінеральних джерел передавалася з вуст в уста й спонукала дедалі більшу кількість можновладців, принаймні в деякий час, перебиратися в ці курортні місцини з метою оздоровлення. Навколо виходів мінеральних джерел Франції, Німеччини, Італії зводилася замські резиденції феодалів, розросталися селища, що до XIV - XV століття поступово перетворилися на загальновідомі курортні містечка (Евіан, Віші, Баден-Баден, Абано-Терме та інші.)

У літературі XVII - поч. XIX століття – докорінної реорганізації зазнала вся курортна індустрія, питання різнобічного відпочинку, естетичного задоволення, веселощів і розваг лягли в основу сучасних конкурентних стратегій розвитку курортних поселень. В XIX ст. на початку XX століття відбувається офіційне відкриття сучасних європейських курортів, яке супроводжувалося використання підземних мінеральних вод для лікування цілей під наглядом лікарів. В той час стають широко відомі такі курорти, як Віші, Бад-Йаухем, Ахен, Баден-Баден, Карлові Вари та маріанські лазні, Бурса та інші. Упродовж XVI- першої половини XVIII ст., кількість населення Європи

постійно зростала. Передусім це стосувалося XVI ст., протягом якого цей показник збільшився до 69 млн до 95 – 100 млн осіб. На середину XVII ст., кількість населення Європи дорівнювала 110 – 115 млн осіб. Причинами цього явища стали зростання народжуваності, покращення умов життя, у раціоні харчування європейців. Середня тривалість життя складала 30 – 35 років, але деякі люди досягали похилого віку. Більшість чоловіків помирали у віці 40 – 60, жінки у 20 – 40 років. Як раніше, високою залишалася смертність дітей: лише половина з них досягала десятирічного віку. Пов'язано це було з відсутністю медичної допомоги під час пологів, нехтування елементарними правилами гігієни. Лікарень у сучасному розумінні просто не існувало, були лише притулки для невиліковно хворих, калік і старих. Жахливі санітарні умови, особливо в містах, робили їх осередками поширення хвороб і епідемій. Під час спалаху чуми в 1629 – 1631 рр., що охопила майже все Середземномор'я, померло більше половини місцевого населення. Значними були людські втрати також від епідемій віспи, холери, тифу.

Загально прийнято розглядати дев'ять періодів розвитку курортної справи.

- I. Протокурортний період – відокремлений курортно – рекреаційної діяльності самостійний напрямок людської життєдіяльності. Прикладом є Сілоамська купіль.
- II. Ранньокурортний – античний період встановлення перших організованих курортів й закладання кістяка сучасної європейської курортної мережі. Прикладом є давньогрецьке місто Терми (сучасне курорт Лутраки)
- III. Період «темних століть» - час пlynдрування, нехтування й здобуття і забуття курортологічної спадщини античної цивілізації. Зростання ідеологічного тиску католицької церкви, що засуджувала і жорстоко переслідувала будь-які прояви піклування про гріховну людську плоть.
- IV. Період відродження системи рекреаційних цінностей й практики курортного лікування (XIV – XV століття).

- V. Період геопросторової розбудови мережі елітних курортів для аристократичної верхівки суспільства та самодіяльних водолічильниць для бідних під протекторатом Церкви. На найбільш тогочасному курорті Карлбаді (сучасні Карлові Вари у Чехії) вперше в світі запроваджено чіткий облік рекреантів, введено спеціальний курортний податок, який знімався з пацієнтів, та уніфіковано порядок проведення лікувальних процедур.
- VI. Період встановлення медичної курортології, профільної диференціації курортних центрів та популяризація ідеї курортного водо та клімат оздоровлення серед заможних прошарків населення. Кінець XVII століття прийнято вважати часом встановлення доступного для широких верств населення організованого рекреаційного туризму у сучасному розумінні цього поняття. У 1792 році за ініціативою англійського лікаря Р.Рассела в Маргіні було відкрито перший у світі дитячий курорт.
- VII. Період встановлення «буму» XIX століття – розвитку території і практики медичної курортології, демократизації європейських курортів, «другої хвилі» розбудови географічної мережі курортних центрів та поширення моди на курортне дозвілля серед освітченої частини суспільства. В Німеччині в 1880-х роках вперше стали застосовувати термін «санаторій» для означення спеціалізованої лікувально – курортної установи, після того як розташувалися санаторії зі сприятливими для лікування природними умовами, одержали назву курортів (від нім. Kur – лікування і Ort – місце).



Рис.2.4.3. Зліва на право, гірськолижний курорт Санкт – Моріц (Швейцарія), гірськолижний курорт Кран – Монтана (Швейцарія).

- VIII. Період « третьої хвилі» курортно – рекреаційного освоєння континенту й геопросторової розбудови мережі курортно – відпочинкових центрів для фізично здорового, економічно активного населення. Прикладом є приморський курорт Сан – Ремо (Італія) та Приморський курорт Ніцца (Франція).
- IX. Сучасний період – поглиблення масштабів курортного освоєння рекреаційних ресурсів континенту, інтенсивності їх експлуатації, курортної урбанізації та перетворення курортних центрів та поліфункціональні центри дозвілля постіндустріальної цивілізації.

Рекреаційна система характеризується єдиною територією, що має значний рекреаційний потенціал рекреаційних установ, які функціонують на основі тісних виробничих контактів, єдністю організаційних форм управління, які забезпечують ефективне використання природних ресурсів і соціально – економічних умов, що склалися на даній території з рекреаційною метою.

Лікувально – рекреаційні проекти мають різний напрями і форми. Першими проектами рекреації у світі були сади та парки, сади були поширені на просторах Римської Республіки, Персії та Еллади. Створення садів для відпочинку та розваг було популярним у стародавній містах. Це були місця для прогулянок, зібрань чи спілкування. У багатьох культурах стародавнього світу були поширені та популярні термальні комплекси «Терми». Це архітектурні комплекси для відпочинку де можна було розслабитися та покращити здоров'я навіть проводились соціальні зустрічі. Саме ці ранні рекреації показують, що люди завжди в пошуку відпочину відновлення своїх сил, що є популярним і у сучасному світі. З розвитком рекреації у світі паралельно починає розвиватися туризм. Тогочасні Олімпійські ігри у Елладі вважаються першим курортно – рекреаційним закладом. В Середньовіччі прогресивні верстви населення почали більше проводити час у лісах, парках, займатись полюванням не задля їжі, а задля відпочинку. Проводили більше часу у спілкуванні, з'являються нові види відпочинку такі як фестивалі, танці, музика. Тут починають з'являтися

перші курорти де люди мали змогу відпочити і насолоджуватися часом віддаленим від роботи. Свою популярність із розвитком технологій і транспорту, паралельно набуває і курортна діяльність. Перші курорти з'явилися у гірських районах на поч. ХХ століття в Швейцарії, Німеччині, Франції.

2.5.Зарубіжний досвід лікувально – рекреаційних закладів.

Швейцарія являється одним із гірськолижних центрів світу. Найбільш відомими є курорти: Кран Монтана, Верб'є, Гріндельвальд, Шампері.

Гріндельвард (рис.2.5.1.) це курорт, що бере свій початок з 1880 – х років, розташований в Альпах. Розташований поруч із трьома відомими чудовими вершинами: Ейгер, Менх та Юнгфрау. Індустрія курорту почалась у кін. ХІХ століття, коли іноземці виявили в горах мальовниче місце. Після чого розповіді про це мальовниче та перспективне місце широко поширювалось, що зробило це його відомим. Перший готель було відкрито в 1820 році для подорожніх, а з початком відкриття першого зимового сезону в 1888 році, до 1914 року налічувалось 33 готелі. На кінці ХХ поч. ХХІ століття, з розвитком курорту було збудовано безліч підйомників, пішохідних та канатних стежок. На території Гріндельвальда є кілька гірськолижних шкіл, у рамках яких можливі групові та індивідуальні заняття.

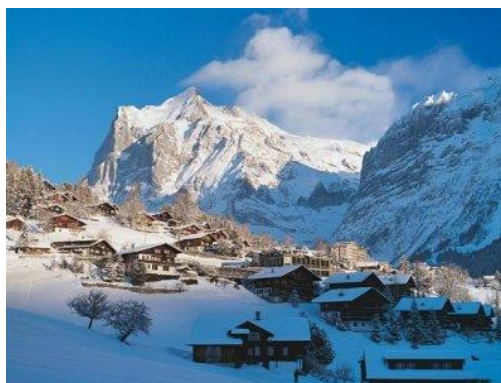


Рис.2.5.1. Гірськолижний курорт Гріндельвальд, Швейцарія.

Фельберг – це гірськолижний курорт в Німеччині (рис.2.5.2.) що розташований на схилах однойменної гори, що називають колискою лижного

спорту в Німеччині. Саме свіже гірське повітря та мальовнича природа є одним із популярних місць для відпочинку сімей та любителів активного спорту.

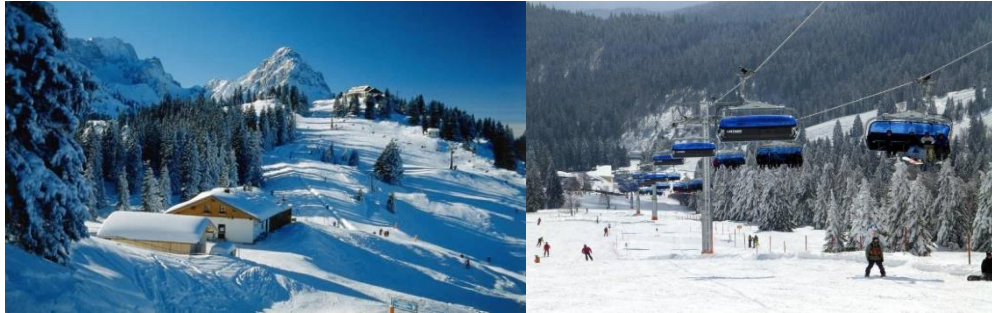


Рис.2.5.3. Гірськолижний курорт Фельберг, Німеччина.

Всесвітньо відомий курорт Куршавель (рис.2.5.4.), що у Франції заснований під час Другої світової війни як табір для військовополонених. Заснували його два французи Моріс Мішо та Лоран Шаппі. Після звільнення від нацистів Франції, місцева влада доручила Мішо і Шаппі організувати курорт, котрий міг би позмагатись з австрійськими та швейцарськими курортами. Будувався гірськолижний курорт довгих 15 років, вони збудували новий тип лижної станції і максимально скористались рельєфом, щоб як найменше завдати шкоди рельєфу. Унікальність курорту у тому, що усі траси сходяться внизу однієї точки. Відомий Куршавель також своїми мальовничими пейзажами, комфортними зонами катання, розкішними ресторанами та бутіками.

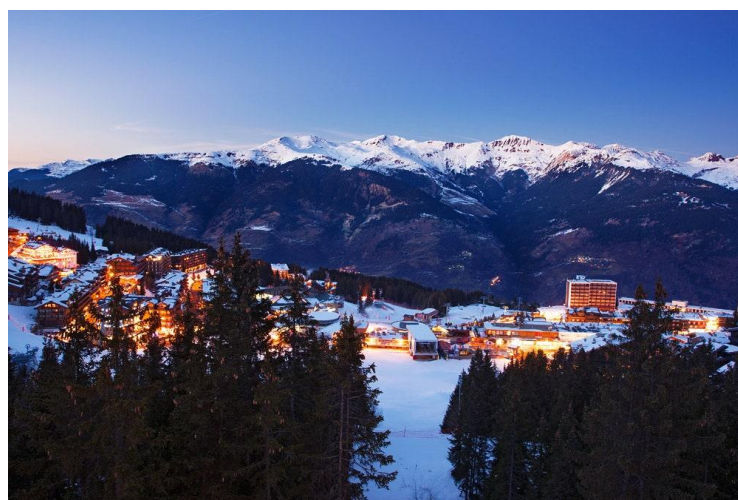


Рис.2.5.4. Гірськолижний курорт Куршавель, Франція.

У Європі є багато курортних міст які не лише гірськолижні, а й морські, одним з таких місць є польська Леба. Леба є ідеальним місцем для пасивного відпочинку, на перший погляд, нагадує швидше велике село чим місто. Усе це через її географічне розташування. Розташоване між двома озерами Сарбське та Лебське, оточене сосновими лісами, відоме своїм м'яким морським кліматом багатим на йод. Поряд знаходиться національний парк «Словінський» котрий відомий своїми рухливими дюнами.



Рис.2.5.5. Рухливі дюни Національного парку Словінський, Польща.

Кажуть, що коли Бог розмальовував світ він не пошкодував фарб коли створював курорт «Золоті піски». Курорт Золоті Піски вважається найкращою локацією для відпочиваючих різного віку, молодь, сім'ї, пенсіонери, середня температура літа становить +24 +25. Тутешні види відомі на увесь пострадянський простір, зелені ліси, золоті піски. Також ще одним чудовим курортом Болгарії є місто Варна. Природа цього місця чудова, невиснажливий клімат, багато зелені, багатий вибір проведення дозвілля. В місті є багато ресторанів, нічних клубів. У Варні знаходиться дивовижний ботанічний сад, де розташовані фонтани, та малий палац римської володарки. Варна - дуже гостинне місто-курорт, де можуть відпочити люди різного рівня достатку, різних бажань та можливостей для проведення вільного часу. Сьогодні це третє за величиною місто Болгарії дивує своїх туристів і просто відпочиваючих неймовірною кількістю зелених насаджень, що дарують радість чистого повітря

і тінь у спекотні дні, які переносяться легко завдяки рятівної зелені Варни і морю.

Наступним відомим курортом в світі є турецька Анталія, заснована у 159р. до н.е. грецьким царем Аталлом. Знаходиться півдні Туреччини, омивається Середземним морем, відомий курорт своїми чистими пляжами та бірюзовим кольором моря.



Рис.2.5.6. Пляж Анталії, Туреччина.

Чехія очолює список європейських країн, які являються лідерами по числу туристів що приїжджають на курортно – санаторне лікування. Лікування в Чехії чітко асоціюється з комплексними оздоровчими процедурами в бальнеологічних центрах країни. Славиться своїми унікальними курортами і ексклюзивними методами зміцнення здоров'я. Курорт Карлові Вари (рис.2.5.7.) посідає перше в ряді чеських курортів. Засновником курорту вважається римський імператор і чеський король Карл VI. Мінеральні джерела – це основа курортного лікування. Діючих джерел більше бо в лікувальних цілях використовуються лише 12 з них. Маріанське Лазне є другим за величиною курортом в Чеській республіці. У місті є близько 40 лікувальних джерел. Довгий час тутешні джерела залишалися важкодоступними через непрохідні ліси і болота, і лише у XVIII столітті почалося їх активне використання в

лікувальних цілях, а в 1818 році, Маріанські Лазні були оголошені громадським курортом, завдяки старанням медиків Йозефа Яна Нера і Карла Каспара Райтенберга.



Рис.2.5.7. Курорти та санаторії Чехії.

1. Карлові Вари. 2. Санаторій « Чайковський Палац»

Курорт Совата розташований в центрі Трансильванії в Румунських Карпатах на висоті 500 метрів над рівнем моря. Відомий курорт завдяки природній та терапевтичній цінності солоного геліотермального озера Урсу. Місцеве населення називає озеро Урсу «Мертвим морем Трансильванії». Озеро Урсу – найбільше геліотермальне озеро в Європі, площею 4 гектари.

Лікування в Іспанії набуло своєї популярності у пацієнтів з різних країн світу. Всі медичні центри країни знаходяться в мальовничих курортних районах з прекрасним кліматом та розкішною природою. Одним з найпопулярніших іспанських середземноморських курортів є місто Аліканте. Воно є центром однойменної провінції Валенсія. Місто розташоване на узбережжі Кост – Бланка, знаменитого курортного регіону країни. Місто теплих сипучих пісків та екзотичної природи Алікатне, славиться розкішними піщаними пляжами, які гармонійно розташувалися уздовж берегової лінії провінції. Алікатне – це перлина Середземномор'я. Мар Менор - це унікальне місце що розташоване на східному узбережжі Іспанії Costa Calida. Назва в перекладі означає «мале море», довга коса утворює лагуну або озеро з солоною водою площею близько 170 км² і максимальною глибиною 8 метрів. Вода і грязь відрізняються

високим вмістом йоду, солей і мінералів, у місцевих готелях і по всьому узбережжі відкрито безліч грязелікарень СПА-центрів.



Рис.2.5.7. Курорт Ман Менор, Іспанія.

Одним з динамічно розвиваючих напрямків для медичного туризму є Греція. Камена Вурла – невелике грецьке місто курорт, відоме своїми термальними водами, знаходиться на березі затоки, що відокремлює острів Евію від континентальної Греції . Курорт славиться серед своєю природною красою, гарячими джерелами, унікальними в Європі. Арідея ще один грецький курорт, який розташовується в північній частині Греції. З 1992 року там почав розвиватися лікувальний туризм і на сьогоднішній день сотня готелів готова прийняти гостей курорту. Тут розташований природний СПА курорт Лутра. Ці термальні джерела володіють чудовою лікувальною дією.

Італія являється другою країною в світі з найбільш високим рівнем надання медичних послуг. Відомими італійськими курортами є Кьянчано Терме та Монтекатіні Терме. Монтекатіні Терме один з найзнаменитіших центрів СПА в Європі. Наприкінці XIX – поч. XX століття Монтекатіні набув статусу міста – курорту мінеральних вод і «міста – саду» що і зараз характеризує його. Кьянчано Терме , термальний центр багатий мінеральними водами з високою лікувальною дією. Він розташований в області Тоскана, в зеленій горбистій зоні. Цей курорт оснащений мережею комфортабельних готелів, де термальне лікування чудово поєднується з відпочинком.

Курортно – рекреаційні заклади є і на Кавказі. Одним з найвідоміших лікувальних курортів Кавказу є Боржомі. Місто Боржомі являє собою бальнеологічний та кліматичний курорт, розташований в ущелині річки Мктварі, на висоті 800 метрів над рівнем моря. Славиться своєю водою багатою на мінерали. Про лікувальну властивість джерел дізнались у середині XIX століття.



Рис.2.5.8. Бювет з мінеральною водою у м. Боржомі. Грузія.

Подейкують, що особисто сам Сталін вимагав щоб йому привозили воду виключно із самого джерела в Боржомі. Із часом про лікувальні властивості води дізнались у світі та почалась випускатись бутильована вода під однойменною назвою «Боржомі» (груз. ბორჯომი).

2.6. Вітчизняний досвід лікувально – рекреаційних закладів.

Перші згадки про медицину на теренах сучасної України з'являються ще за часів Київської Русі. До хрещення Русі Володимиром Великим у 988 році, лікуванням людей займалися тогочасні маги «Волхви» (рис.2.6.1.). Це були люди, які мали знання лікування різними травами, хоча в більшості причиною більшості пояснення хвороб обумовлювалося з потойбічними силами та злими духами. Після приходу на Київські землі християнства, лікарську допомогу надавали освічені лікарі, в основному із країн Близького Сходу і ченці, та представники народної медицини. Перші тогочасні лікарні на Русі почали з'являтися в X столітті при монастирях які будувались. В основному там перебували на лікуванні княжа дружина, бояри та ченці, тогочасне населення

лікувалось у своїх домівках. Ще одним різновидом лікарів були монахи-цілителі, про яких згадує Києво-Печерський патерик. Вони поклалися на Боже провидіння і намагалися допомагати здебільшого молитвами, а також опікувалися хворими, які втратили працездатність, у спеціальних монастирських притулках.



Рис.2.6.1. Руський Волхв.

Із розквітом Русі медицина розвивалась до навали «Золотої Орди» Хана Батия.

Подальший свій розвиток медицина в Україні почала у XVI столітті в місті Острог. Острозька академія (рис.2.6.2.) заснована у 1576 році князем Костянтином Острозьким, саме у ній взяли свої перші витoki української медицини.



Рис.2.6.2. Головний корпус Острозької академії.

Наступним етапом розвитку медицини на теренах України були Запорізькі козаки. Як пише французький історик Гійом Левассер де Боплан: «Я бачив козаків, які щоб позбутися гарячки розбавляли в чарці горілки пів-заряду пороху, випивали цю суміш, лягали спати і на ранок просиналися вже в доброму стані. Часто бачив, як козаки, поранені стрілами, коли не було хірургів, засипали собі рани невеликою кількістю землі, яку перед цим розтирали слиною на долоні. Під час зимових походів серед козаків великих втрат від холоду не було, оскільки вони тричі на день їли гарячу юшку з пива, яку заправляли олією та перцем. Козаки хвороб майже не знають. Більша частина з них помирає в сутичках із ворогом або від старості. Від природи вони наділені силою та зростом високим. Середня тривалість життя запорожця становила 80-90 років».

Медичних закладів у козаків здебільшого не було, так як більшість життя вони проводили у походах. А навіть якщо і були, то у більшості на Січі, і називались куренями (рис.2.6.3.), де лікуванням займалися маги лікарі «характерники» (рис.2.6.3.).



Рис.2.6.3. 1.Козацький курінь. 2.Козак характерник.

Рекреаційними закладами тоді були курені і монастирі. Відпочинком у той час вважалося відвідування церкви, та проводити побільше часу на вулиці. Основою міцного здоров'я козаків були фізична активність, добре харчування. Опісля ліквідації Запорізької Січі Катериною II в 1775 році, частина котрих

земель відійшла до російської імперії. Саме тоді почалось будівництво перших лікарень. Проекти лікарень російська імперія запозичувала з Європи, де медичні заклади почали прогресувати.

Протягом століть та багатьох війн, виникла потреба у закладах та місцях де людина мала змогу відновитись психологічно та лікуватися. Перші рекреаційні курорти в Україні з'явилися у ХІХ столітті. Це були Крим, Карпати, Бессарабія. Саме перше де появились курорти це був Крим, золотий пісок, тепле морське повітря є ідеальним курортом для відпочинку та лікування. Перший курортний готель в Криму був збудований у 1837 році в Сімферополі, та носив назву «Золотий якір» (рис.2.6.4.), розташований на місці сучасного скверу 200-річчя Сімферополя, під час великої вітчизняної війни був сильно пошкоджений, а у 50-х роках ХХ століття був знесений.



Рис.2.6.4. Дореволюційна поштова картка, 1914 рік.

Також, ще одним курортним містом в Україні є Одеса. Першим задокументованим побудованим готелем був готель «Лондонський» у 1827 році. Готель за своє існування приймав видатних людей Пауло Коельо, Сергій Ейзейштейн, Марчелло Мастроянні. Розташований готель в самому центрі Одеси, на Приморському бульварі. Має у своєму розпорядженні 70 номерів в класичному інтер'єрі.



Рис.2.6.5. Готель «Лондонський» 1899 рік, Одеса.

Туризм у Карпатах бере свій початок з початку ХІХ століття, у населеному пункті Славсько, Львівської області. Славсько є першим гірськолижним курортом в Україні, за легендами австрійським підприємцям належали навколишні ліси та гори, родини Шмідт і Грольд спорудили перші гірськолижні витяги та трампліни на горі Погар. Відомо, що розвиток Славська як курортного містечка розпочався на початку ХІХ століття, чому сприяло прокладання залізниці зі Львова до Мукачева у 1887 році.



Рис.2.6.6. Гірськолижній курорт в Славсько. 1894 рік.

В 20 – 30-х роках ХХ століття гірськолижній курорт у Славську називали Закопане Східних Бескидів. У 30-х курорт став таким відомим, що на вихідних у цей напрям пускали додаткові поїзди.

У повоєнні роки та приходом на західну Україну радянської влади, курорти та санаторії в Карпатах почали будуватись у в період «застою» у 60 -

80-х роках ХХ століття. Першим збудованим санаторієм був санаторій «Гірська Тиса» у с. Кваси, будівництво котрого розпочалось у 1958 році. Тип курорту бальнеологічний, кліматичний та грязьовий. Ще відомим санаторієм є «Квітка полонини» в с. Солочин, Закарпатської області (рис.2.6.7.), збудований в 1965 році, тип курорту бальнеологічний, кліматичний, питний та грязьовий. Багато курортних санаторіїв збудовано у Моршині, Трускавці.



Рис.2.6.7. Санаторій «Квітка Полонини» в с. Солочин.

Наступним курортним гірським містом є Яремче. Місто Яремче – найбільш відомий кліматичний курорт і туристичний осередок Прикарпаття, знаходиться на висоті 585 метрів над рівнем моря і захищене з усіх боків хребтами Черногорець, Явірник, Маковиця. З 1962 року Яремче місто районного підпорядкування. Колишні села Дора і Ямна які ввійшли в його межі, розташовані в розлогих долинах. На північний схід від міста лежать Горгани, назва яких пішла від кам'яних розсипищ на вершинах хребтів. Мальовничою є долина Пруту поблизу Яремча. Найбільш відомим є водоспад Перебій поблизу турбази «Гуцульщина» (рис.2.6.7.)



Рис.2.6.7. Курорт «Гуцульщина» в Яремче.

Колись його висота сягала 20 метрів. Яремча кліматичний низькогірський курорт лісової зони. Літо тепле, переважає малохмарна погода. Середня температура липня досягає $+18\text{ C}^0$. Це чудове місце для відпочинку у будь-яку пору року, оскільки тут пропонується різноманіття розваг та краса природи. У Яремче є кілька церков та храмів, які представляють культурну спадщину регіону. Також можна відвідати музей, де представлена історія та культура місцевого населення. У різні пори року відбуваються різноманітні фестивалі - від музичних до гастрономічних, що додають колориту місцевому життю та туристичним подорожам. Яремче є привабливим місцем для туристів завдяки своїй природі, культурній спадщині та різноманітним можливостям для відпочинку та активного проведення часу.

Від Підкаменя на Львівщині до берегів Дністра простягнулися через Поділля невисокі гори – товтри, названі в народі Медоборами – за густі ліси – бори, за уквітчані сонячні галявини, за напоєні медом і росами трави на казкових, соколиної висоти горбах. Туристичний маршрут знайомить з героїчним минулим краю. Неповторна чарівність Медоборів (рис.2.6.9.). Відпочинок, здоров'я, наснагу до праці дарують вони своїм гостям. Нерідко на Поділлі коли заходить мова про товтри, їх називають відрогами Карпат.



Рис.2.6.9. Національний заповідник «Медобори».

Але наука говорить інше. Подільські товтри – унікальна пам’ятка геологічного минулого, подібної якій нема у всій Європі. Бо тільки тут зносяться до неба вапнякові гори – стрімчаки, породжені в глибинах прадавнього Сарматського моря. Подільські товтри беруть свій початок поблизу Підкаменя. На одній з найбільш підвищених ділянок Подільської височини Волино – Подільського плато, де пролягає вододіл басейнів Дніпра – Славутича та Дністра із зелених затишних левад випливають холодними джерелами Іква, Стир, Серет, Горинь. Значна частина Медоборів вкрита грабово – дубовими лісами. Медобори – невичерпна скарбниця медоносних, плодоягідних і лікарських рослин, де в промислових кількостях можна заготовляти терен, плоди глоду, шипшини, дерену, а також цінну лікарську сировину – звіробій, материнку, гадючник шестипелюстковий, чебрець, алтею. У лісах чимало ожини, суниць, грибів. Відроджується медоборська фауна, знищена в період фашистської окупації, водиться багато звірини. Ріка глибоким каньйоном врізається Медоборський кряж, розтинає його навпіл. Рідкісний закуток подарувала тут природа. З місця де починається каньйон геологи пробурили свердловину. З глибини вдарив потужний фонтан. Воду дослідили, виявилось, що вона має цілющі властивості, може застосовуватися для лікування захворювань шлунка, печінки, нирок. Незабаром на сонячному схилі виросте посеред лісу будинок водолікарні. У 1988 році у с. Конопівка, розпочалось будівництво санаторію під однойменною назвою «Медобори» (рис.2.6.10.). Санаторій бальнеологічного та грязьового типу, кількість вмістимості пацієнтів 350 чоловік.



Рис.2.6.10. Санаторій «Медобори»

Із відновленням незалежності України в 1991 році курортно – санаторний напрям відкрив друге дихання. На початку 90-х років будувались нові санаторії, та курорти як гірські так і морські. Одним з відомих в світі є найбільший в Україні гірськолижний курорт «Буковель» який радо та гостинно запрошує усіх відпочиваючих як взимку так і влітку. Розташований поруч з селом Поляниця, на висоті 920 метрів над рівнем моря. Найвищою горою курорту є гора Довга 1372 метри. Курорт має підйомник, прокладено лижні та піші маршрути. Також є курортне містечко де можна проживати, є оглядовий майданчик на гору Говерла.



Рис.2.6.11. Гірськолижний курорт «Буковель».

Із початком військової агресії росії, Україна втратила багато санаторіїв та курортів на Кримському півострові. Та з початком пандемії Covid 19, потреба у лікувальних та рекреаційних закладів зростає у рази, але через економічні

складнощі, багато закладів були ліквідовані. Після повномасштабного вторгнення в Україну росією 24 лютого 2022 року, зросла потреба в госпіталях та реабілітаційних центрах для військових.



Рис.2.6.12. Динаміка кількості суб'єктів курортного господарства України.



Рис.2.6.13. Структура санаторно – курортного фонду.

2.7. Архітектура курортно – рекреаційно лікувальних закладів.

На архітектуру курортно рекреаційних закладів впливає багато чинників. Географічне розташування, будівельні матеріали, стиль виконання фасадів та інтер'єрів, містобудівна ситуація. Наприклад першими лікувальними закладами були монастирі, палати були примітивними, ліжко де лежав хворий і поличка для настоянок із трав, фасади були комплексом церков чи монастирів. У XV столітті архітектура лікарень була в основному прив'язана до потреб медичної практики, та доступних того часу будівельних матеріалів каменю. Перевагою каменю було те, що стіни з нього були масивні та міцні, недоліки - цей матеріал холодний та важко обігривається. Лікарні того періоду були в основному спорудами з простими конструкціями, здебільшого виконаними з дерева або каменю. Більшість лікарень XV століття були організовані в монастирях або церковних установах, саме ці установи фактично надавали медичну допомогу та місце для лікування хворих. Архітектурні вирішення лікарень у XV столітті відображали в основному потреби спільноти та обмежені технічні знання того часу щодо медицини та будівництва. У XIX столітті архітектура лікарень почала прогресувати, завдяки появі нових технологій та наукових відкриттів у медицині, це епоха індустріалізації, коли з'явилися нові можливості для будівництва. Більшість лікарень XIX століття були побудовані за більш сучасними та функціональними технологіями. Почали вводитись різні види відділень з хворими котрих класифікували по хворобах, створювались окремі відділення для певних видів медичної допомоги. Вперше почалась проводитись вентиляція приміщень. Лікарні стали більш просторими, взамін малих вікон замінили на великі просторі вікна, для природнього світла та кращої вентиляції повітря. Паралельно засновані перші сучасні на той час медичні школи та центри, що стали сприяти подальшому розвитку підходу лікування, та підвищення медичної класифікації.



Рис.2.7.1. Палати перших лікарень.

Архітектура лікарень ХХ століття пройшла великий шлях розвитку, відбулася трансформація функціонального призначення. Цей період відчув вплив різних архітектурних стилів та інновацій в медицині. Протягом цього століття лікарні стали більш спеціалізованими. Проекти лікарень враховували спеціальні потреби з урахуванням розташування відділень. У 60 – 70-х роках ХІХ століття, запроваджена нова концепція лікарень «госпіталі», що передбачали лікування та детальне дослідження та навчання в єдиному комплексі. При плануванні лікарень використовувалися більш ергономічні рішення. Почались активно використовуватись нові будівельні матеріали для стійкості будівель.



1.



2.

Рис.2.7.2. 1. Лікарні часів СРСР 1962 р. Луцьк. 2. Лікарня Хассада. Ізраїль 1971р.

Архітектура лікувальних закладів почала розвиватись у ХХІ столітті. З появою нових інноваційних матеріалів для будівництва та виникнення нових стилів. Архітектура рекреаційно – лікувальних закладів еволюціонує з урахуванням сучасних тенденцій в медицині, технологіях будівництва та у способах надання медичної допомоги. Більшість сучасних лікарень дотримуються принципів екологічно стійкого та сталого будівництва. Використовуються енергоефективні технології, відновлювальні джерела енергії. Планування лікарень акцентується на комфорт пацієнтів та сприятливих умов для одужання. Сучасні палати просторі, мають багато природнього світла, передбачаються зони відпочинку. Окрім звичайних лікарень, з'явилися медичні інноваційні центри де розвивається медицина, забезпечується комфорт пацієнтів.



Рис.2.7.3. 1. Лікарня Вінні Палмера. США..2. Медичний центр Клемансо. Ліван.

Міжнародна лікарня Бумрунград (Таїланд) є одним з найвідоміших місць медичного туризму на планеті, в ній щороку проходять лікування понад 450 000 іноземних пацієнтів з різних країн, включаючи Данію, США, Китай та Швецію. В інтер'єрах палат використані спокійні тони і обставлені вони затишними меблями з натурального дерева і плюшевої тканини. Криті переходи з кондиціонуванням з'єднують кілька веж, які становлять основну структуру лікарні. Тут також є два поверхи ресторанів і торгових центрів.



Рис.2.7.4. Міжнародна лікарня Бумрунград. Таїланд.

Сучасна архітектура курортно – рекреаційних закладів пов’язана з біонікою. Біонічні форми серед гір, заманюють до себе відпочиваючих. Людину завжди цікавить та захоплює щось незвичайне. Прикладом біоморфної архітектури курортних містечок є садиба «Грибова хата» (рис.2.7.5.) на гірськолижному курорті «Буковель». Споруда має вражаючий вигляд, оскільки збудована у формі гриба. Тут є все щоб відпочити тілом та душею від шаленого ритму життя, чисте повітря, розкішні гірські краєвиди, атмосфера душевного спокою.



Рис.2.7.5. Садиба «Грибова Хата» в Буковелі.

1. Фасад садиби. 2. Інтер’єр номеру.

На початку 2000-х років в Україні ініціативу почали брати не санаторії і рекреаційні заклади, а бази відпочинку та садиби. Такий тип курортів поширений на Волині. Відомим на всю країну курорт Волині є озеро Світязь (рис.2.7.6). Світязь є найглибшим озером в Україні. Розташоване в межах Ковельського району Волинської області. Належить до групи Шацьких озер, що у межиріччі Прип'яті й Західного Бугу. Глибина озера становить 58 метрів. Світязь входить до комплексу Шацьких озер, на березі озера розташовано

багато туристичних баз, кемпінгів. Лікувальні властивості в тому, що вода озера багата структурою гідрат – карбонату, має середню жорсткість. Насичена киснем, містить в собі низький рівень азоту і заліза.



Рис.2.7.6. Озеро Світязь.

2.8. Призначення курортно – лікувальних закладів.

Переступивши межу пасивного і неохайного існування, людина перетворюється із терпеливого споживача таблеток, із об'єкта терапії в головну діючу особу своїх власних життєвих колізій. Вона сама націлює себе на порушення звичного зм'якненого комфортного способу життя, постійно перероблює інерцію уставленого стереотипу побуту і завдяки цьому, наче сходами піднімається все вище і вище до вершин фізичного здоров'я і духовної рівноваги. Наші предки мали можливість дихати чистим повітрям і купатися в прозорій воді, але вони були безсилі проти чуми, віспи, холери, тифу – хвороб фатального характеру.

В минулому люди ходили багато пішки, рубали дрова, носили воду, споживали натуральні продукти проте вони жили в грязюці, погано харчувалися, мали обмежені культурні навички. Проблеми екології, гігієни праці перебувають у центрі уваги світової громадськості. В Україні ці проблеми вирішуються на державному рівні. Забезпечення здоров'я громадян та створення оптимальних умов навколишнього середовища - продумана державна політика, що вже дає помітні результати. Тепер відома величезна

кількість засобів, що дають можливість без допомоги лікаря зберегти здоров'я та бадьорість. Мова йде про курорти та рекреаційні заклади. Широкий діапазон закладів дозволяє вибрати ті, що здаються найдоступнішими і приємними. Щоб зміцнити серцево – судинну систему, одні надають водяним закладам, одні гірськолижнім курортам, хтось надає перевагу санаторіям.



Рис.2.8.1. Санаторій «Перлина Карпат». Трускавець.

У наші часи значно змінилися поняття про відпочинок. Високий інтелектуальний рівень розуму людини, потребує більше часу для відпочинку, саме відпочинок дає радіти усім радощам життя. Людям подобається вірити в чудеса. На жаль людство мало достатньо можливостей переконатися у тому, що ні міфічний «філософський камінь», ні цілком реальне золото не тільки вирішують проблеми, а й часом заплутують клубок протиріч.

Активний відпочинок є основою людського життя, саме спорт продовжує життя так говорять багато лікарів. Безглуздим та безрозсудними лунають виправдовування багатьох, хто відмовляється займатися фізичними вправами. Нечисте повітря і шум міст, забруднені ріки, підвищений темп і порушений природній ритм життя, виражений у регулярному для багатьох зміщенні дня і ночі, переїдання, вміст хімії, мала рухливість в побуті та виробництві, усі ці фактори підривають наші пристосовані можливості. Сучасній людині доводиться адаптуватись до існуючих умов. Хочє цього людина чи ні, але з рештою якщо має намір бути повноцінною людиною, вимушена буде протистояти несприятливим факторам середовища. Для цього і будуються гірськолижні курорти (рис.2.8.2.).

Виходячи з цього будуються туристичні бази. Практикується аутогенне тренування, використовуються для різних цілей, зняття втоми, нервового напруження, боротьби з безсонням, повне і чітке управління нервовою системою. Напружений ритм життя, зростаюча інтенсифікація праці, зменшення рухової активності – все це веде до того, люди поступово приходять в стан постійного напруження.



Рис.2.8.2. Готель «Milli & Jon», с. Поляниця.

Щоб розслабитись людині помагає спорт, а саме катання на лижах (рис2.8.3.), санках, сноубордах зимою, у літку піші маршрути у гори, катання на велосипедах, квадроциклах, також поширений джипінг .



Рис.2.8.3. Катання на лижах.

Джипінг (рис2.8.4.) це - ралі, трофі-рейди та інші заходи на важкопрохідній техніці по природних територіях (автомобілі, багі, квадроцикли). Термін не має офіційного визначення став усталеним поняттям лише в контексті заходів, що проводяться на природних територіях. Термін фігурує в рішеннях органів державної влади лише в зазначеному контексті.



Рис.2.8.4. Джипінг в Карпатах.

Людині не можна бути весь час в напрузі. Час від часу потрібно розслабитись, побути одній, подумати про щось абстрактне, згадати минуле, послухати музику, почитати книгу.

3. ПРОЕКТНІ ПРОПОЗИЦІЇ.

Тема моєї магістерської роботи «Архітектура курортно – рекреаційних лікувальних закладів Прикарпаття». В даній роботі розглянуто архітектуру та принципи формування медицини у світі та Україні.

3.1. Природньо - кліматичні умови.

Ділянка під будівництво курортно – рекреаційного закладу розміщена в центральній частині Івано – Франківської області с. Микуличин, на даний час не забудована. Зелені насадження на ділянці присутні. Ділянка межує; з півночі хвойний ліс; із сходу проїжджа частина; з півдня автошлях Н 09; із заходу дорога місцевого значення.

Кліматичні дані ділянки визначено згідно ДСТУ-Н Б В.1.1 -27:2010.

- Район будівництва знаходиться І кліматичній зоні;
- Глибина промерзання ґрунту -0.9 – 1 м;
- Швидкісний тиск вітру – 40кг\ см2;
- Снігове навантаження – 50 кг\ см2;
- Середня температура липня + 19 °С;
- Середня температура січня – 15 °С;
- Середня швидкість вітру – 4.7 м\с;
- Сейсмічність – до 7 балів;

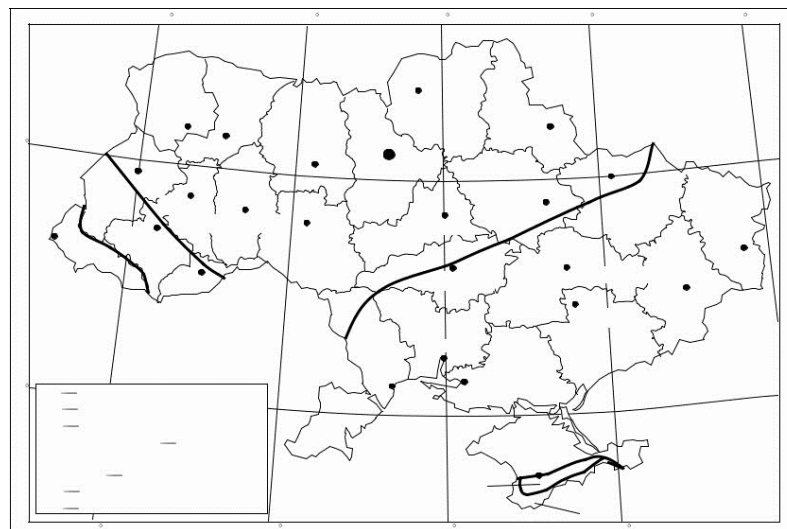


Рис.3.1.1. Кліматичні зони України.

3.2. Топографічні, геологічні та гідрологічні дані.

В результаті обстеження ділянки і на підставі топографіки виявлено наступне:

- рельєф ділянки горбистий;
- ділянка вільна від забудови;
- на основі звіту про інженерно – геологічні вишукування, встановлено що в межах ділянки будівництва :
- ґрунтові води на глибину буріння не виявлені;
- основою під фундамент служить дресва вапняка з такими характеристиками : $\gamma=1.84 \text{ т/м}^3$; $R_0= 3.0 \text{ кг/см}^2$.

3.3. Генплан та вертикальне планування.

Генеральний план об'єкту розроблено на основі дипломного завдання на проектування та схеми забудови. Основну роль відіграла існуюча забудова поруч. Проектом враховано існуючу дорогу Н09, та зеленої зони поруч. Будівлю розміщено паралельно дороги, та існуючого рельєфу, та нормативної інсоляції приміщень згідно ДСТУ-Н Б В.2.2-27:2010. Вертикальним плануванням ділянки передбачено зручні підходи до сходових кліток, а також пандуси згідно нормативів посилюючись ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд», та виїзди із вбудованих стоянок для автомобілів. Дощові води проїздами відводяться на існуючий рельєф. Вільні від мощення ділянки засіваються багаторічними травами, вздовж проїздів і проходів передбачено посадку декоративних дерева. Площа ділянки становить 1,04 га, розмірами 79 x 132 метри. При проектуванні закладів з надання первинної медичної допомоги (центрів первинної медичної допомоги, амбулаторій групової практики та моно-практики, фельдшерсько-акушерських пунктів, пунктів здоров'я), центрів екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, а також приміщень медичного призначення для забезпечення надання екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, поряд з положеннями цих норм слід також

керуватись положеннями відповідних ДБН. Ці норми встановлюють вимоги до будівель і споруд усіх типів закладів охорони здоров'я у цілому та приміщень, що використовуються для надання медичної та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. Проектом передбачено рекреаційні зони на ділянці для дозвілля відпочиваючих. Також на ділянці є бювет з лікувальною водою, передбачено тенісний корт, автостоянка для відпочиваючих, та автостоянка для персоналу.

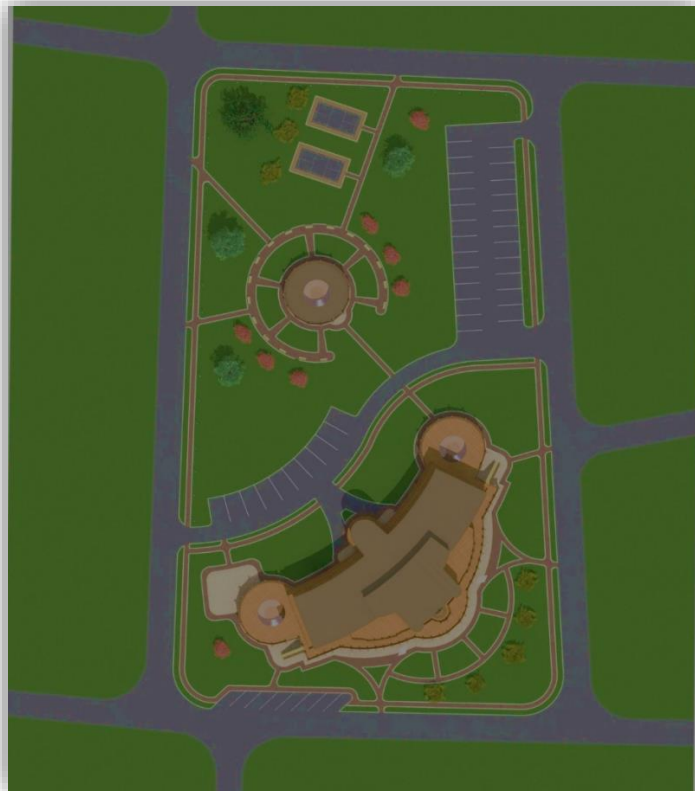


Рис.3.3.1. Генеральний план закладу.

3.4. Архітектурно – планувальні рішення.

Курортно – рекреаційний заклад запроектовано із 5 поверхів та вбудованим укриттям. В будівлі запроектовані процедурні, їдальня, палати. В палатах передбачено індивідуальну ванну з сан вузлом. У плані будівля дугоподібна із двома круглими терасами на кожному поверсі. В кожній палаті є балкон. Передбачено пандуси та ліфти для МГН.

Розміри будівлі в осях 1 – 9 становить 32 метри, в осях А – Ц становить 72 метри. Висота поверху 3,15 м, товщина перекриття 150 мм, загальна висота будівлі 16,5м.

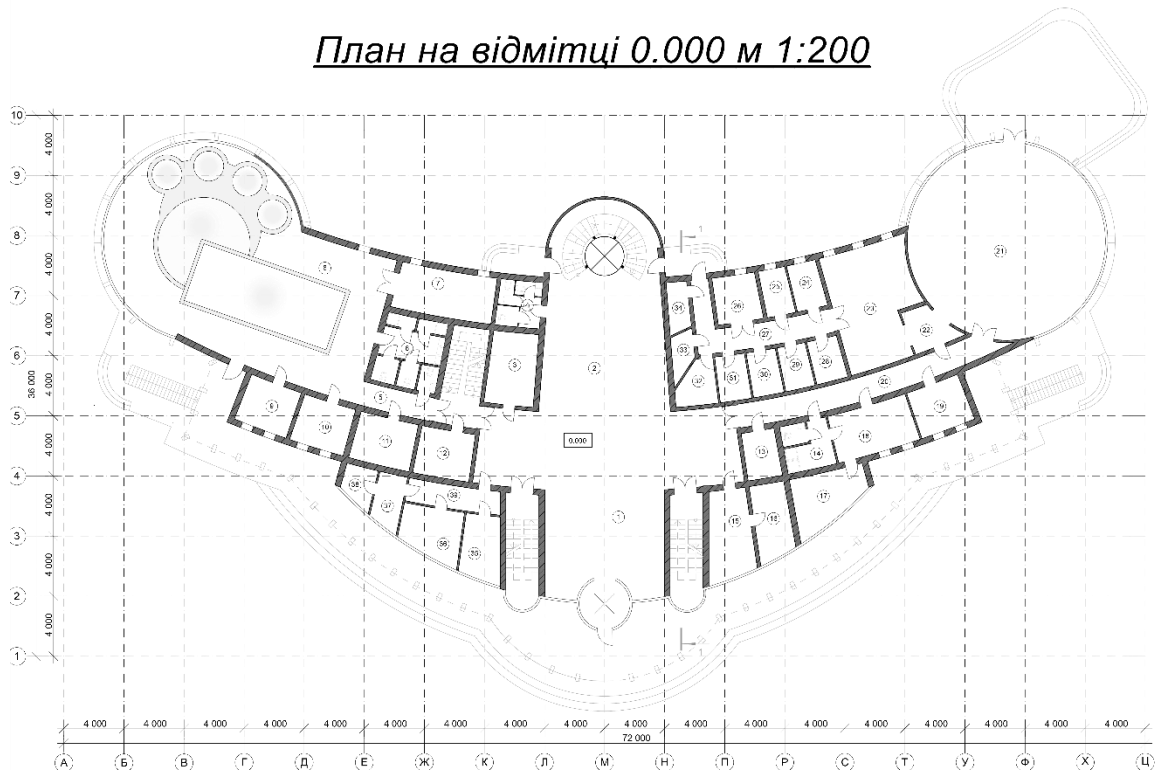


Рис.3.4.1. План I поверху рекреаційного закладу.

3.4.1. Конструктивні рішення.

Фундаменти запроектовані стрічкові залізобетонні. Основою під фундаменти прийнято дресву вапняка з такими характеристиками :

$$\gamma=1.84 \text{ т}\backslash\text{м}^3; R_0 = 3.0 \text{ кг}\backslash\text{см}^2.$$

Зовнішні стіни, що стикаються з ґрунтом обмазати гарячим бітумом за 2 рази. Стіни виконуються з блоків та цегли. В місцях перетину цегляних і блочних стін в шви між блоками закласти арматурні сітки.

Зовнішні стіни будівлі колодязною кладкою з утепленням мінеральною ватою марки П -125. Стіни поверхів з цегли марки 100 і 75 на розчині марки 250 з відповідним армуванням.

- Внутрішні стіни з суцільної кладки цеглою товщиною 250мм, та відповідним армуванням.
- Переkritтя монолітні з відповідним армуванням товщиною 150мм.
- Перемички монолітні з відповідним армуванням.
- Сходи збірні залізобетонні марші і площадки для висоти поверху 2.8м.
- Підвіконні плити, натуральний камінь, або піщаник.
- Підлоги – керамічна плитка, паркетна дошка.
- Покрівля – цементно-піщана стяжка 120мм.
- Вікна металопластикові, трьох камерні.
- Двері зовнішні металопластикові протиударні, внутрішні дерев'яні.
- Огородження лоджій – метал, скло.

3.4.2. Зовнішнє опорядження фасадів.

Для оздоблення фасадів виконується утеплення стіни мінеральною ватою за технологією Ceresit (рис.3.4.2.1).



Рис.3.4.2.1. Утеплення стіни за технологією Ceresit .

Щоб підкреслити унікальність, на стіни монтуються дерев'яні вставки, що підкреслюють масивність будівлі.



Рис.3.4.2.2. Головний фасад лікувального закладу.

3.4.3. Внутрішнє опорядження.

Для розробки інтер'єру приміщень розглядалися різні стилі. На основі аналізу практичного досвіду медичних закладів, визначено загальні підходи для визначення формування дизайну, сучасний курортно – рекреаційних лікувальних закладів. В основному вони базуються на важливості умов пересування та технічності. Було виявлено аспекти дизайну досвіду медичних закладів, до основних слід віднести: естетичність, екологічність, функціональність практичність, та психологічний аспект. Покращують перебування та умови праці, є шумозахисні матеріали. Суть інтер'єру полягає в тому щоб поєднати психологічний та функціональний комфорт. Дизайн рекреаційних закладів містить у собі ряд пов'язаних технічних і естетичних особливостей, тобто декоративність, функціональність. Найперше, інтер'єр повинен відповідати пожежним вимогам згідно ДБН В.1.2-7:2021.



Рис.3.4.3.1. Приклад оформлення інтер'єру холу.

Стелі палат, коридорів, санвузлів затираються цементно - піщаним розчином з подальшим клейовим пофарбуванням.

Стіни коридорів, палат (рис3.4.3.2.) на висоті 1 200 мм облицьовуються OSD плитами, із імітацією деревини та в кольорі. Усе це ґрунтується тим, що у закладі також можуть перебувати на відпочинку люди з інвалідністю, котрі пересуваються на інвалідних візках.



Рис.3.4.3.2. Приклад оформлення інтер'єру палати.

3.5. Заходи по пожежній та вибуховій небезпеці.

Проектом витримані протипожежні відстані від існуючих і запроектованих будівель згідно ДБН В.1.2-7:2021. Для під'їзду пожежних автомобілів передбачено асфальтове покриття шириною не менше 3,5 метри. Під'їзд пожежних машин можливий з усіх сторін будівлі.

Зовнішнє пожежогасіння запроектоване від передбачених пожежних гідрантів.

В будівлі прийнято конструкції, що забезпечують II ступінь вогнестійкості.

Для захисту від проникнення газів і вологи передбачено ущільнення вводів інженерних мереж згідно типових деталей (комплекс 7337-3).

На стоянках для автомашин запроектована пожежна сигналізація і автоматичне пожежогасіння.

Всі будівельні матеріали і конструкції повинні мати протоколи натурних випробувань по забезпеченню нормативної межі вогнестійкості.

Всі кімнати необхідно обладнати порошковим вогнегасником ВП-2 або ВП-3.

3.5.1. Захист від шуму.

Основним джерелом зовнішнього шуму для курортно – рекреаційного лікувального закладу є шум транспорту магістралі Н09.

Для захисту будівлі від зовнішнього шуму проектом передбачено:

- влаштування лоджій зі сторони вулиці»
- влаштування віконного профілю з подвійним склопакетом;
- ущільнення щілин між вікнами і стіною наплавленим «ріпором», встановлення шибок на кільтовій замазці;
- встановлення звукоізоляційних прокладок та ретельне зачеканення щілин між примиканням конструктивів;
- підняття першого поверху над рівнем землі 1,2м.

3.5.2. Енергозбереження.

Проектом передбачено влаштування зовнішніх огороджувальних конструкцій у відповідності із вимогами Наказу Мінбудархітектури України №247 від 27.12.1997 р. зовнішні стіни виконані колодязною кладкою із утепленням плитами мінеральної вати П-125.

Запроектовані подвійні вікна із заскленням тепловідбиваючим склом, шпари між віконними блоками та стіною ретельно заповнюються направленим ріпором. Дверні блоки облаштовані ущільненням в притворах.

Запроектоване загальне опалення. Розвідні трубопроводи води утеплені ефективною теплоізоляцією. Перерізи кабельної продукції прийняті з врахуванням мінімально допустимих втрат електроенергії.

3.6. Техніко – економічні показники.

1. Клас довговічності – II.
2. Ступінь вогнестійкості – II.
3. Площа ділянки – 1,04 га.
4. Площа забудови – 1173,4 м²
5. Загальна площа – 10255 м²
6. Загальна площа вбудованих стоянок автомашин – 510 м²
7. Поверховість – 5
8. Кількість вбудованих стоянок – 42
9. Будівельний об'єм
 - відмітка 0, 000 – 986 м²
 - відмітка + 3, 300 – 674,8 м²
 - відмітка + 6, 600 - 290 м²
 - відмітка + 9, 600 - 290 м²
 - відмітка + 13, 200 – 146 м²
10. По генплану:
 - Площа забудови – 1 173,4 м²
 - Площа мощення – 2 898,7 м²
 - Площа озеленення – 6 182 м²
 - Загальна площа – 10 255 м²

3.6.1. Експлікація приміщень.

Проаналізувавши зарубіжний досвід курортних лікувальних закладів, краще всього розміщувати основні кабінети що стосуються лікування та

рекреації нижніх поверхах, задля комфорту проходження процедур для відпочиваючих.

Експлікація приміщень на відмітці ± 0.000

№	Назва приміщень	Площа м ²
1.	Вестибюль	146,7
2.	Очікуваний вестибюль	72,2
3.	Гардеробна	15,3
4.	Санвузол	9
5.	Хол	12,8
6.	Роздягальня з душовою та с\в	19,7
7.	Зала гідромасажу	20,4
8.	Лікувальний басейн	210,2
9.	Каб., черг., медсестри.	11,5
10.	Масажний кабінет	11,6
11.	Кім., чистої білизни	12,8
12.	Кім., брудної білизни	11,8
13.	Електрощитова	7,2
14.	Душова з с\в	12
15.	Охорона	17
16.	Кім., відпочинку охорони	12
17.	Кімната для персоналу	15,8
18.	Кімната для персоналу	17,6
19.	Каб., лікаря дієтолога	11,8
20.	Хол	27,8
21.	Обідній зал	137

22.	Роздаточна	7,4
23.	Гарячий цех	41
24.	Мийна ст., посуду	6
25.	Мийна кух., посуду	6
26.	Холодний цех	10
27.	Хол	18,6
28.	Комора овочів	6
29.	Комора сух., продуктів	5,8
30.	Охолод., камера	6,3
31.	Охолод., камера	6
32.	Білизняна	7
33.	Тарна	4
34.	Розвантажувальна	4,7
35.	Реєстратура	11
36.	Відділення зв'язку	13
37.	Бухгалтерія	6,8
38.	Архів	5,2
39.	Хол	9,7

Експлікація приміщень на відмітці +3.300

№	Назва приміщень	Площа м²
1.	Кабінет кисневого лікування	30,3
2.	Інгаляторна	27,1
3.	Каб., головного лікаря	21,7
4.	Кабінет стоматолога	12,5
5.	Кабінет гінеколога	12,3
6.	Комора	4,2
7.	Зал для занять лік., фіз-культ	70,6

8.	Кімната інструкторів	26
9.	Кім., зберіг., та роздачі мін., води	20,9
10.	Хол	100
11.	Комора меблів	21,8
12.	Кіноапаратна	18,9
13.	Глядацький зал	91,2
14.	Тамбур	3
15.	Бібліотека	57,5
16.	Книгосховище	15,4
17.	Читацький зал	47,8
18.	Комп'ютерний зал	64
19.	Очікувальний вестибюль	29,6

На третьому та четвертому поверхах розміщуються кімнати з балконами на двох чоловік, із однаковим плануванням та площею приміщень.

Експлікація приміщень на відмітці +6.600, +9,900

№	Назва приміщень	Площа м ²
1.	Вестибюль для відпочинку	123,9
2.	Хол	88,3
3.	Санвузол	3,6
4.	Кімната на 2 чоловіки	16
5.	Балкон	20
6.	Балкон	39,2

П'ятий поверх проектується як великий конференц зал площею 146,5 м². В конференц залах можна проводити різноманітні тренінги, форуми що стосуються медицини.

3.7. Формування системи зелених насаджень.

Розуміння навколишнього середовища має велике значення для людини з глибокої давнини. Кожний предмет, кожне творіння знаходиться в тій чи іншій сфері, кожний процес також робиться в тій чи іншій сфері. Звідси – відома залежність від того що нас оточує. Коли людина усвідомила для себе важливість навколишнього середовища та усвідомила, що навколишній світ прекрасний. В теперішній час ландшафтний дизайн не обмежується тільки садово – парковими композиціями чи антуражем біля громадських будівель. В сучасній Європі великою популярністю користується використання елементів ландшафтного дизайну при створенні історичної сфери давніх часів.

Благоустрій території – важливий фактор організації відповідного санітарного, психологічного і естетичного клімату, тобто фактор впливу на настрій та самопочуття людей.

Територію на котрій ведеться будівництво, озеленюємо і робимо благоустрій. Проводиться насадження декоративних дерев, кущів та посів газонних трав. Передбачено влаштування асфальтового покриття, доріжок, проїздів і відмосток навколо проєктованих споруд. Проєктом передбачено розміщення на території садиби малих архітектурних форм. Все це в цілому створює єдину систему зелених насаджень. В історії садово - паркового мистецтва це розуміння розділяє садово – паркові комплекси на виконані в стилях романський, готичний, бароко, ренесанс, рококо, класицизм. Сучасні садові стилі, вбираючи в себе довгу історію, прийнято ділити на сільський, східний, середземноморський, англійський, французький, український класицизм. Але, це тільки основні та найбільш усталені стилі.

Прийнято рішення виконати благоустрій території у скандинавському стилі. Скандинавський стиль ландшафтного дизайну зародився в північних країнах, його характеризують стриманість і простота, свіжість і близькість до природи. Дизайн в скандинавському стилі здатний задовольнити смак як любителів сучасності, так і тих, хто цінує традиції.



Рис.3.7.1. Скандинавський стиль.

Скандинавський стиль є більш наближеним стилем для архітектури курортно – лікувального закладу. Так як об’єкт знаходиться в гірській місцевості, тому слід підібрати відповідні рослини для посадки. В гірській місцевості в більшості хвойні ліси, тому і в благоустрій будемо залучати в більшості рослини що є в даній місцевості. Також можна облаштувати на ділянці міні альпінарій. Під цією назвою розуміють великий вазон або чашу з альпійськими рослинами, які можуть прикрасити вхід, сходи, терасу, площадку біля басейну та ін. Для альпінарію добре висаджувати кизильник – горизонтальний, даммера, бересклета Форчуна, спирея японська, карликові сорти туї.



Рис.3.7.2. Приклад оформлення альпінарію.

Пропонується розмістити на ділянці клумби, та висадити в них такі рослини як епімкдіум, едельвейс, фіалки, чебрець, смолівка. Для імітації скелястого пейзажу слід підібрати добре помітне місце на ділянці, яке буде помітним з

будь-якого кута. Бажано уникати затінених ділянок, розташованих біля високих будівель. Щоб підкреслити дизайн альпійської гірки, необхідно не тільки встановити гарне каміння, але і підібрати для реалізації задумки спеціальні квіти.

4. ОХОРОНА НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА.

Вступ

Охорона довкілля — система заходів щодо раціонального використання природних ресурсів, збереження особливо цінних та унікальних природних комплексів і забезпечення екологічної безпеки. Це сукупність державних, адміністративних, правових, економічних, політичних і суспільних заходів, спрямованих на раціональне використання, відтворення і збереження природних ресурсів землі, обмеження негативного впливу людської діяльності на навколишнє середовище.

Екологічна безпека – це комплекс станів, явищ і дій, що забезпечують екологічний баланс на Землі та в окремих її регіонах на рівні, до якого фізично, соціально-економічно, технологічно і політично готове адаптуватися людство.

Вона забезпечується шляхом проведення природоохоронних заходів на різних державних рівнях. Екологічна небезпека – це ступінь ймовірності розвитку негативних чинників, явищ та їх взаємозв'язків, що є в певній природній системі і спричиняють її незворотну деградацію. Екологічна небезпека є реальна і потенційна. Потенційна екологічна небезпека – це сукупність імовірних небезпек для живих природних систем і людини. Потенційний екологічний ризик – явище небезпеки потенційного порушення зв'язків живих організмів з навколишнім середовищем внаслідок дії природних та антропогенних чинників. Розміщення будинків, споруд та інших об'єктів необхідно здійснювати з урахуванням екологічних, санітарно-гігієнічних і містобудівних вимог. Планування і забудова міських і сільських поселень повинні супроводжуватися дотриманням екологічних вимог, прийняттям заходів по санітарній очистці, знешкодженню та безпечного розміщення відходів виробництва та споживання, дотриманню нормативів допустимих викидів та скидів речовин і мікроорганізмів, а також щодо відновлення довкілля, рекультивації земель, благоустрою територій та інших заходів щодо забезпечення охорони навколишнього середовища та екологічної безпеки.

Екологічний стан багатьох районів нашої країни викликає тривогу громадськості. У численних публікаціях показано, що в багатьох регіонах нашої країни спостерігається стійка тенденція до багаторазового перевищення санітарно-гігієнічних норм по вмісту в атмосфері окислів вуглецю, азоту, пилу, токсичних з'єднань металів, амінів і інших шкідливих речовин.

З метою охорони навколишнього середовища міських і сільських поселень створюються захисні і охоронні зони, в тому числі санітарно-захисні зони, озеленені території, зелені зони, які включають лісопаркові, а також вилучені з інтенсивного господарського використання захисні та охоронні зони з обмеженим режимом природокористування.

4.1. Особливості природоохоронних заходів при будівництві об'єктів курортно - рекреаційних лікувальних закладів.

Головна особливість курортно-рекреаційних лікувальних закладів полягає в поєднанні медичного лікування з відпочинком та відновленням здоров'я в природному або спеціально обладнаному рекреаційному середовищі. Ось деякі ключові особливості цих закладів:

Лікувально-оздоровча база:

- Наявність спеціалізованих медичних процедур, які спрямовані на відновлення здоров'я, наприклад, лікування мінеральною водою, грязями, фізіотерапією тощо.
- Застосування сучасних методів лікування у поєднанні з природними ресурсами (мінеральні джерела, кліматичні умови).

Рекреаційна інфраструктура:

- Наявність різноманітних рекреаційних можливостей для відпочинку і відновлення, таких як спа-процедури, басейни, спортивні майданчики, культурні заходи тощо.

- Розвинена інфраструктура для забезпечення комфорту гостей: готелі, ресторани, кафе, прогулянкові майданчики, зони відпочинку.

Природне середовище:

- Розташування у природних місцях або мальовничих локаціях, що сприяє фізичному та психологічному відновленню.

- Використання природних ресурсів (лікувальні мінеральні джерела, ліси, гори, морське узбережжя) як частини процесу лікування та відпочинку.

Комплексне лікування:

- Наявність кваліфікованих медичних працівників, які забезпечують індивідуальний підхід до кожного гостя.

- Комплексне лікування, що поєднує в собі медичні процедури, правильне харчування, фізичні вправи та психологічну підтримку.

Головна ідея курортно-рекреаційних лікувальних закладів полягає у тому, щоб забезпечити гостям не лише медичне лікування, а й можливість відновлення здоров'я та відпочинку в сприятливому для цього середовищі. При будівництві лікувальних об'єктів важливо виконувати природоохоронні заходи для природних ресурсів та оточуючого збереження середовища. Ось деякі ключові особливості природоохоронних заходів у контексті будівництва медичних установ:

1. *Стратегічне розташування:* обираючи місце під будівництво, важливо підтримувати екологічні аспекти. Надають перевагу розташуванню на великих місцях, які не мають впливу на природні екосистеми або враховують можливості відновлення території після будівництва.
2. *Енергоефективність:* Медичні установи можуть бути споживачами значних обсягів енергії. Застосування енергоефективних технологій у будівництві, таких як використання відновлених джерел енергії, добре

ізолювані конструкції та енергоефективне освітлення може значно зменшити відповідний екологічний слід.

3. *Водозбереження:* Застосування системи збору дощової води, переробка вод та використання ефективних систем поливу може значно зменшити споживання води медичними закладами.
4. *Управління відходами:* Лікувальні заклади можуть генерувати велику кількість відходів, включаючи медичні відходи та відходи від будівництва. Правильне управління відходами, їх рециклінг та переробка, допомагають зменшити негативний вплив на навколишнє середовище.
5. *Зелене будівництво:* Використовуйте екологічно чисті матеріали в будівництві, такі як відновлені матеріали або матеріали з низьким вмістом шкідливих речовин, зменшуючи вплив на навколишнє середовище.
6. *Озеленення та ландшафтний дизайн:* Створення зелених зон, висадження дерев та рослин, а також збереження природного ландшафту навколо медичних закладів завдяки покращенню якості повітря та створенню комфортного середовища для користувачів та працівників.

Ці заходи допомагають зберегти екологічну рівновагу та зменшити негативний вплив будівництва медичних об'єктів на природне середовище, сприяючи створенню більш сталого й екологічно безпечного опалення.

4.2. Техніка безпеки курортно-рекреаційних лікувальних закладів.

Техніка безпеки в лікувальних закладах є надзвичайно важливою для забезпечення безпеки користувачів, відвідувачів та персоналу. Є шість ключових аспектів техніки безпеки, які постійно враховуються в лікувальних закладах:

1. Система пожежної безпеки:

Система пожежної безпеки в лікувальних закладах є критично важливою для забезпечення безпеки населення, відвідувачів та персоналу у разі виникнення пожежі. Основні компоненти цієї системи включають:

- Встановлення автоматичних пожежних сповіщувачів, димових вентиляційних систем та пожежних тривожних систем.
- Регулярна пожежна перевірка та обслуговування пристроїв та обладнання.
- Встановлення вогнегасників, пристроїв автоматичного пожежогасіння та сигналізаційних систем.
- Використання протипожежних систем, таких як системи автоматичного поля, щоб стримати розвиток пожежі.

2. Безпека при роботі з медичним обладнанням:

Безпека при роботі з медичними інструментами є критично важливою для забезпечення якісного лікування та уникнення можливих ушкоджень допомоги чи персоналу.

- Тренування персоналу з правильним використанням та обслуговуванням медичного обладнання.
- Регулярна перевірка та технічне обслуговування медичного забезпечення.

3. Гігієна та захист від інфекції:

- Впровадження процедури гігієни рук та використання захисного одягу для запобігання поширенню інфекційних хвороб.
- Використання спеціалізованих систем вентиляції та очищення повітря для зменшення ризику передачі інфекції.

4. Безпека безпеки та мобільності:

- Забезпечення безпечних умов для руху у лісі, установка поручнів, підлогових покриттів для запобігання падінню.

- Використання спеціалізованих пристроїв для підйому та переміщення їжі.

5. Організація евакуації та захисту від надзвичайних ситуацій:

Організація евакуації та захисту від надзвичайних ситуацій є критично важливою для будь-якої установи, включаючи лікувальні заклади. Особливий акцент робиться на те, щоб забезпечити безпеку населення, відвідувачів та персоналу під час виникнення небезпечної або надзвичайної ситуації.

- Розробка планів евакуації та проведення регулярних навчальних закладів персоналу щодо дій у випадках надзвичайних ситуацій.
- Наявність спеціалізованих засобів для евакуації людей з обмеженою рухливістю.

6. Контроль доступу та захист даних:

- Встановлення системи контролю доступу до медичних приміщень та зберігання конфіденційності медичної інформації.
- Використання технологій шифрування для захисту медичних записів та даних безпеки.

Ці заходи техніки безпеки допомагають забезпечити безпеку всіх учасників лікувального процесу та запобігти непередбаченим ситуаціям, які можуть виникнути в медичних установах.

4.3. Пропозиції з охорони навколишнього середовища під час спорудження та експлуатації курортно – рекреаційних лікувальних закладів.

Охорона навколишнього природного середовища – це нова форма у взаємодії людини й природи, породжена в сучасних умовах. Вона являє собою систему державних і суспільних заходів (технологічних, економічних, адміністративно-правових, просвітницьких, міжнародних), спрямованих на гармонійну взаємодію суспільства й природи, збереження й відтворення

природних ресурсів і чинних екологічних співтовариств в ім'я майбутніх поколінь. Сьогодні екологічні проблеми стоять у ряді найважливіших і визначають рівень благополуччя всієї світової цивілізації й, зокрема, нашої країни. Природа - це безпосереднє середовище проживання людини, тож дуже важливо дбайливо до неї ставитися, аби зберегти для наступних поколінь. Завдання охорони навколишнього природного середовища наразі стоїть перед усім людством. Все частіше ми скаржимося на погане повітря, неякісну воду, бруд на дорогах, погіршення здоров'я, неякісні продукти, вирубку лісів... І якщо ми будемо продовжувати лише пасивно спостерігати, то подальше погіршення стану довкілля неминуче.

При розробці проекту будівництва курортно – рекреаційного лікувального закладу у селі Микуличин, Надвірнянського району, Івано-Франківської області потрібно враховувати ті фактори, які можуть впливати на навколишнє середовище. Відповідно до положень Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища» при розробці генеральних планів сільські, селищні, міські ради встановлюють режим використання природних ресурсів, охорони навколишнього природного середовища та екологічної безпеки у селищних, міських і приміських та зелених зонах за погодженням з місцевими радами, на території яких вони знаходяться, відповідно до законодавства України.

Активний вплив будівельників на навколишнє природне середовище пояснюється в першу чергу тим, що всі споруджувані будівлі і споруди безпосередньо взаємодіють з багатьма елементами природного середовища. Нерідко на ділянках де проводиться будівництво руйнується природній ландшафт місцевості, тому перед початком будівництва потрібно детально розробити планування місцевості, завдати найменшої шкоди природі. Проводяться геологічні вишукування щоб застерегтися від осідання ґрунту, уникнення пустот під землею, заздалегідь обґрунтувати проведення робіт і планувати їх з ретельністю та обережністю.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Нові соціально - економічні умови обумовлюють структурну і територіальну зміни об'ємно – просторової організації міських та міських поселень та інфраструктури їх культурно – побутового обслуговування. На цей процес вплив має також інфраструктура приміської зони міст. Трансформації зазнають всі елементи населеного місця. Зміни в сельбищній зоні, як одній з основних планувальних елементів, проявляються в появі нових житлових формувань та реконструкції існуючих, що впливає на планувальну організацію просторових композицій загалом, на характер та економічність використання територій.

Архітектурно – планувальна структура міста являється основною національного планування та забудови і відображає в організації його території та простору всі зміни, які відбуваються під впливом соціально – економічних, науково – технічних перетворень, організації та розміщення виробництва. При вирішенні кожного містобудівельного завдання необхідно берегти економічну рівновагу природних і штучно створених елементів ландшафту. Курортно – рекреаційна зона, тобто заміська частина, являється одним з найсуттєвіших елементів його архітектурно – планувальної та просторової структури. Архітектура та композиція курортної зони впливає на створення силуету будівлі, на зручність проживання у ньому. Взагалі більшість рекреаційних закладів проектується з використанням існуючого капітального фонду. В їх планувальних рішеннях втілюються традиційні містобудівельні принципи. При цьому варто врахувати природньо – економічні умови, можливості виробництва, народні традиції та інші.

Доказів не потребує те, що концепція рекреаційних закладів збільшується, в тих місцях, де багатий природний та водний фонд, а саме гори, ліси, ріки та моря.

Зміни в курортно – рекреаційній зоні, які проходять в даний час, як один з основних планувальних елементів, проявляються в появі нових житлових

формувань та реконструкції існуючих. Архітектурно – планувальна композиція при його реконструкції у значній мірі визначається відношенням планувальної структури, що склалася до старої забудови. Не виключений варіант, коли нова будова суворо підпорядкуватиметься старій, щоб зберегти її історичні основи. Така модель подальшого розвитку поселення можлива при дійсно історичній цінності старої забудови.

Довершеність архітектурно – планувальної композиції обумовлена об'єктивними та суб'єктивними чинниками: природними умовами, технічними можливостями, ідейно – естетичними завданнями суспільства, талантом і творчими можливостями архітектора. Будівництво нових курортно – рекреаційних закладів поки – що мають зовсім невелику питому вагу в загальному обсязі будівництва. Це пов'язано з нестабільною економічною ситуацією в країні, складними процесами, які присутні при створенні відпочинкового фонду утворення та ряд інших проблем, які в сьогоденній момент не дозволяють створити повноцінне поселення з усіма умовами та вигодами. Тому враховуючи те, що навколо с. Микуличин у 30 кілометровій зоні є багато курортно – рекреаційних закладів, що є доцільним розвивати курортну індустрію та будівництво курортних закладів.

Бібліографічний список

1. Аграрна реформа в Україні; 1990 -1996: Законодавчі акти і нормативно – методичні документи\ За ред. М. В. Зубця. – Київ, 1996. – 332с.
2. Антал Я., Кушнир Л., Сламель Н., Гав ранкова Б. Архитектурное черчение. – К .: Будівельник, 1980.
3. Астахова О. В. Крупа Т. М. Череватенко М. Г. Ланшафтний дизайн. – Харків : Книжковий клуб. 2009 р. – 320 с.
4. Балалыкин Д.А. Зарождение рациональной медицины в Древней Греции VI–IV вв. до н.э. Вестник Томского государственного университета. История. – 2013. – №6 (26)
5. Белова С. Л. Симферополь. Этюды истории, культуры, архитектуры. — Таврия-Плюс, 2001
6. Бирюков Л.Е. Основы планировки и благоустройства населенных мест и промышленных территорий. - М.: Стройиздат, 1978. – 231 с.
7. Богацький Г.Ф., Бондаренко Б.А., Леонтович В.В. Курсовое проектирование населенных мест. – К.: Будівельник, 1964. – 142 с.
8. Бурма В. О., Берегами Серету: Путівник по туристському маршруту. – Львів: Каменяр, 1979.- 88 с.,
9. В. Раздівський, В. Бурма. «Медобори», вид 2-ге, з змінами і доповненнями. Каменяр 1975, - 88 с.
- 10.В.А. Лавренюк. В. О.Радзівський. Тернопільщина туристична. Путівник. Видавництво «Каменяр», 1983р.
11. Васильев Л. С. История Востока. Т. 1 – М., 1998.
12. Верхратський С. А., Заблудовський П. Ю. Історія медицини: нав. посібник. – 4-е вид., випр. і допов. –К. : Вища шк., 1991. – 431 с.
13. Волошенко О.Г., Рахов Г. М. Санітарна охорона навколишнього середовища у сільській місцевості. – К.: Здоров'я, 1988. - 32 с.
14. Гісем О. В. О. О. Мартинюк. – Х.: Вид-во « Ранок», 2016.- 256 с.
15. Голяченко О. М. Історія медицини : підруч. / Олександр Голяченко, Ярослав Ганіткевич. – Тернопіль: Лілея, 2004. – 248 с.

16. Гурулев О.К. Архитектура жилых и общественных зданий для села. – М.: Стройиздат, 1988.
17. Данилюк А. Поклонися народному зодчому. – Львів, „Свічадо”, 1995. – 63с.
18. ДБН А.3.2-2-2009 «Охорона праці і промислова безпека у будівництві».
19. ДБН Б. 2.4-1-94. «Планування і забудова сільських поселень» – К., 1994.
20. ДБН Б.2.2-5:2011. «Благоустрій територій»
21. ДБН В.1.1.7:2016 «Пожежна безпека об'єктів будівництва»
22. ДБН В.1.1-1-94 «Захист від небезпечних геологічних процесів. Проектування і будівництво цивільних будівель із блоків і каменю»
23. ДБН В.1.2-7:2021. Основні вимоги до будівель і споруд. Пожежна безпека.
24. ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я»
25. ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд»
26. ДБН В.2.2-5:2023 «Захисні споруди цивільного захисту»
27. ДБН В.2.2-9:2018 «Громадські будинки та споруди»
28. Драч О. О., Борисенко Н. М. Історія медицини і фармації (від найдавніших часів до середини XVII ст.): навчальний посібник. – Черкаси: видавець Чабаненко Ю. А., 2018. – 244 с.
29. ДСТУ Б А.2.4-4:2009 Основні вимоги до проектної та робочої документації.
30. ДСТУ-Н Б В.2.2-27:2010. Настанова з розрахунку інсоляції об'єктів цивільного призначення.
31. ДСТУ-Н.В.1.1-27.2010 Будівельна кліматологія.
32. Дуда І. М., Мельничук Б. І. Тернопіль : Що? Де? Як?: Фотопутівник. – К.: Мистецтво, 1989. – 239 с.: іл.
33. Духовный В.И. Мотели и кемпинги. – М.: Стройиздат, 1975.
34. Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" від 24.02.1994 р., №4004-ХІІ;
35. Заставний Ф.Д. Географія України у 2-х книжках. Львів: Світ, 1994.

36. Игнаткин Й. А. Архитектурно – реставрионные термыны. – К.: УСХА, 1990. – 147 с.
37. Иконников А. В., Степанов Г. П. Основы архитектурной композиции. – М., Искусство, 1971.
38. І. Ю. Фурманова., В. Л. Куценко, М. Й. Барановський та ін.: - К.: Урожай, 1993. – 256 с.
39. Іщенко Т. Д., Бендера І. М., Савчак Н.С. та ін. Дипломне проектування у вищих навчальних закладах Мінагрополітики України. – К.: Аграрна освіта, 2006, - 256 с.
40. Каплуненко Н.Ф., Чуприна П.Я. Трудівники лісу. – 2-ге вид., - Київ : Рад., шк., 1987 – 60 с.
41. Карсекін В.І. Проектування підприємств громадського харчування. – К.: Вища школа, 1992.
42. Кончуков Н.П. Бойчук В.С. Миняева Я.Ф. Пласировка сельских насених мест. – Высшая школа, 1986.
43. Кравченко Я. О. Методичні поради, питальник і термологічний словник для проведення мистецтвознавчо – етнографічної практики з курсу «Історія українського інтер'єру та народного житла». Мистецтвознавчо – етнографічна експедиція. – Львів: ЛДАУ, 2000. - 68 с.
44. Кудряшев К. В. Архитектурная. – М.: Стройиздат, 1990
45. Кундієв Ю. І., Єршова М. О. Як запобігти професійним захворюванням. – 3 –те видання –К: Здоров'я, 1987. – 40 с.
46. Лисициан М.В. Пронин Е.С. – М.: Стройиздат, 1990.
47. Логвин Г. Народна архітектурна творчість\\ Пам'ятки України. – 1990
48. Лоїк Г. К., Степанюк А. В. Основы проектування українських церков. – К.: ВТФ «Перун», 2000. – 136 с.
49. Лоїк Г.К., Тарасюк І.Г. Планування території населених пунктів. Навч.-метод. Посібник ЛДАУ. – Львів, 2002. – 51 с.
50. Мамчур Ф. І., Гладун Я. Д. Лікарські рослини на присадибній ділянці. - К.: Урожай, 1993. – 167 с.

51. Мірошніченко В. Г. Медицина у ранньосередньовічній монастирській культурі (V-XI століття) // Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» – 2015. – Том 15, Випуск 2(50). – С.36-39.
52. Мокій А. Ретроспективна оцінка продуктивних сил західного регіону. Львів, 1997. 334 с.
53. Мустафій О. Історія Раннього Нового Часу.- Харків, 2014.
54. Нарочницький О.Л. Авер'янов О.П. Кертман Л.Ю. Єфімов О.В. Нова історія. М.: Просвіта, 1987.
55. Отделка поверхностей домов и квартир / Ч. Новак, Р. Мештян; Пер. с чешск.-: Будівельник, 1986.- 240 с.
56. Охорона праці (гігієна праці та виробнича санітарія): навчальний посібник/ І.П. Пістун, В.О.Тимочко, І. М. Городецький, А.П. Березовецький; Львів: «Тріада плюс», 2015. –Ч. II.-224 с.
57. Перетятко І.І. Перехідні економічні системи. 2001. Вип.4. С.297-299.
58. Петрихин В.П. 140 лет земской медицине в Александровском уезде // Запорожский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 167-168.
59. Пістун І.П., Березовецький А.П., Тубальцев. Безпека життєдіяльності: Курс лекцій. – Львів. «СПОЛОМ», 2003. -184 с.
60. Р. П. Красний. «Яремча». Видавництво Карпати – 1975 р. - 60 с.
61. Розміщення продуктивних сил: Підручник / В.В. Ковалевський, О.Л. Михайлюк, В.Ф. Семенов та ін. К.: Знання, КО0, 1998. 546 с.
62. Савчак Н.С. Петрик В. М. Методичні рекомендації до розробки курсового проекту на тему «Інтер'єр приміщення торгового залу». Львів, ЛДАУ 2005.
63. Савченко В. В. Многоцелевые зрелищные и спортивные залы. – К.: Будівельник, 1990.
64. Сельское жилище / Ю.Ф. Хохол – К.: Будівельник 1976.
65. Советы домашним умельцам: Маленькие хитрости, полезные советы / Сост.: Л. М. Кузниченко, Н. С. Скляревский, И. Н. Абрамов,- Донецк: Домбас, 1978.- 227 с. 33.

66. Сомов Б.В. Профілактика професійних захворювань шкіри у працівників сільського господарства. - Переклад з рос. видання . – К.: 1979. – 32 с.
67. Справочник архитектора: Сельскохозяйственное предприятия. – К.: Будівельник, 1987.- 232 с.
68. Статистичний щорічник України за 1998 рік / Держкомстат України; За ред. Осадченка; Відп. за вип. В.А. Головка. К.: Техніка, 1999
69. Ступак Ф. Я. Культура і медицина Індії. – К.: НМУ, 2001. – 52 с.
70. Сырых Н. Н., Борисов Ю. С. Надежность электрооборудования ферм. – М.: Росагропромиздат, 1989. – («Новое в механизации животноводства»).- 72с.
71. Терещенко Ю. І. Україна і європейський світ: нарис історії від утворення Старокиївської держави до кінця XVI ст. – К., 1996.
72. Тонкожоненко В. О., Тонкожненько О. О. Бережи здоров'я змолоду. – К.: Здоров'я, 1990.- 32 с.
73. Тосунова М. И. Гаврилова Н. Н. Полещук И. Архитектурное проектирование. – М.: Висшая школа, 1998.
74. Фамуляк Я.Є. Степанюк А.В. Методичні рекомендації до розробки курсового проекту на тему «Туристична база на 100 місць». – Львів: ЛНАУ, 2012.
75. Федоровський Л.Н. Проектування інтер'єрів: об'ємно – просторова композиція в інтер'єрі. – М.: МАРХІ.
76. Франко І. Твори: В 50 т. – К.: Наук, думка, 1986. – Т. 45. – 569 с.
77. Шалімов О.О., Хохоля В. П. про хірургів і хірургію. К.: Здоров'я, 1979. – 40 с.
78. Шенкман Стів. Ми – чоловіки. - К.: Здоров'я, 1987.- 184 с.
79. Шепотін Б. М., Крамарьова В.Н. Гіпотезійні стани. – 1990. – 17 с.
80. Шульга Ю. Гризлюк В. Методичні рекомендації до розробки курсового проекту на тему « Ландшафтно – просторова організація території при МАФ». – Львів: ЛДАУ, 1997.

81. Шумера С.С. Дизайн. Історія зародження та розвитку дизайну. Історія дизайну меблів та інтер'єру. – К. 2004.
82. Эмке Ф. Сад у дома. Оформлення, устрійство, уход: Пер. с нем,- Алма-Ата : Кайнар, 1983.- 156 с.
83. Юхимчик Д.П. Кривда І.К. Буценко М.А. Озеленення села. – К.: Будівельник, 1973.
84. Яворницький Д. І. Історія Запорозьких козаків: У 3-х т. – Львів: Світ, 1990 – 1992. – Т. 1. – 1990. – 317с.