**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**
**БУДІВНИЦТВА І АРХІТЕКТУРИ**

**Архітектурний**
(факультет)

**Дизайну**
(кафедра )

# Пояснювальна записка

до дипломного проекту (роботи)
**Магістр**
(освітньо-кваліфікаційний рівень)

на тему Принципи формування інтер'єрів приміщень для психологічного та ментального оздоровлення в структурі реабілітаційних центрів.

Виконав: студент 6 курсу, групи ДН-61
спеціальності
022 – «Дизайн»
(шифр і назва напряму підготовки, спеціальності)

Сенченко В. О
(прізвище та ініціали)

Керівник. Косаревська Р.О.
Прокопов О.В.
(прізвище та ініціали)

Рецензент Науково-методична комісія
(доц. Хараборська Ю.О.)
(прізвище та ініціали)

Київ – 2022 р.

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БУДІВНИЦТВА І АРХІТЕКТУРИ**

Факультет Архітектурний

Кафедра Дизайн

Освітньо-кваліфікаційний рівень магістр

Напрям підготовки 022 – «Дизайн»
(шифр і назва)

Спеціальність 022 – «Дизайн»
(шифр і назва)

**ЗАТВЕРДЖУЮ**
**Завідувач кафедри** дизайну
док.арх. професор Третяк Ю.В.
“ ”
2021 року

# З А В Д А Н Н Я
## НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТУ

Сенченко Владиславі Олегівні
(прізвище, ім’я, по батькові)

Тема проекту (роботи)

керівник проекту (роботи),
( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від « 25 » «березня »2021року
№ 460/2

1. Термін подання студентом проекту (роботи) 10.02.2021 - 20.06.2021 р.
2. Вихідні дані до проекту (роботи) Ситуаційний план, Генеральний план, плани, розгортки архітектурного об’єкту
3. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Особливості проектування студентського гуртожитку КНУБА, Засоби і прийоми формування інтер’єру, Дизайн-розробка елементу меблів.
4. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслень)

Ситуаційний план, Генеральний план, план приміщення, розгортки стін,

5. Консультанти розділів проекту (роботи)

| Розділ | це, ініціали та посадаконсультанта | Підпис, дата | |
|---|---|---|---|
| | | завдання видав | завдання прийняв |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. Дата видачі завдання_____

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | за етапів дипломногопроекту (роботи) | Термін виконання етапів проекту (роботи) | Примітка | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Видача завдання на дипломний проект | | | |
| 2 | Клаузура і реферат | | | |
| 3 | Розробка ескізу | | | |
| 4 | Оцінка ескізу | | | |
| 5 | Аналіз ескізу | | | |
| 6 | Розробка пояснювальної записки, графічної частини і роботи в матеріалі | | | |
| 7 | Передзахист | | | |
| 8 | Підготовка експозиції і доповіді | | | |
| 9 | Захист роботи | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Студент** _____ Сенченко В.О
( підпис ) (прізвище та ініціали)

**Керівник проекту (роботи)** Косаревська Р.О Прокопов О.В
( підпис ) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

Вступ…….6

РОЗДІЛ І. ПЕРЕДУМОВИ І СТАН ДОСЛІДЖЕНОСТІ ФОРМУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТІВ

1.1. Аналіз науково – теоретичних джерел дослідження……8

Висновки до розділу І……...10

РОЗДІЛ ІІ. АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

2.1. Аналіз світового та вітчизняного досвіду проєктування реабілітаційних центрів……11

2.2. Дослідження існуючої нормативної бази проєктування та оздоблення приміщень для ментального та психологічного оздоровлення на базі реабілітаційного центру ……...25

2.3 Дослідження функціонально-технологічного процесу, що протікає у приміщеннях……29

Висновки до розділу ІІ……..38

РОЗДІЛ ІІІ. СПОСОБИ ФОРМУВАННЯ ІНТЕР’ЄРІВ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ОЗДОРОВЛЕННЯ

3.1. Типологія приміщень реабілітаційних центрів …….....38

3.2. Загальна методика дослідження формування інтер’єрів для психологічного та ментального оздоровлення…….48

3.3. Закономірності формування інтер’єрів реабілітаційних центрів…….....50

Висновки до розділу ІІІ…….....53

РОЗДІЛ IV. ЗАСОБИ І ПРИЙОМИ ПРОЄКТУВАННЯ ІНТЕР'ЄРІВ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА МЕНТАЛЬНОГО ОЗДОРОВЛЕННЯ

4.1. Умови і завдання проєктування. Функціональні, конструкційні, технологічні прийоми формування реабілітаційних центрів …….55
4.2. Вимоги для пожежної безпеки та їх виконання у приміщеннях реабілітаційних центрів ……...58
4.3. Предметно-просторова організація інтер'єру……..……61
Висновки до розділу IV…….62

РОЗДІЛ V. РОЗРОБКА ЕЛЕМЕНТУ МЕБЛІВ ДЛЯ ІНТЕР'ЄРУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

5.1. Особливості конструктивного рішення елементу (меблів)…….63
Висновки до розділу V……64
Загальний висновок……..…...65
Список використаних джерел……68
Додатки…….72

**Актуальність теми.** Проблема психічного здоров’я привертає увагу багатьох дослідників різних галузей науки і практики: філософів, медиків, педагогів, соціологів, психологів тощо. Водночас існують підстави для ствердження про її недостатню дослідженість у психології, що спричинено багатоаспектністю цього феномену. Сучасне українське суспільство зазвичай характеризують як «суспільство невизначеності», в якому, з одного боку, виявляються незатребуваними традиційні ідентифікаційні системи, а з іншого – починають формуватися механізми нових соціогрупових ідентифікацій. Наслідками трансформаційних процесів стали не лише суттєва реорганізація економічної, соціально-політичної сфер життя соціуму, а надто ускладнення соціально-стратифікаційної системи та зміни його інституціональної структури. Як результат, фіксуємо деструктивні пертурбації в соціальній структурі суспільства і його культурі, системі цінностей та моделей соціальної поведінки. Нині стрімко різко зросла роль психічного фактора в усіх сферах життя суспільства, всебічне вивчення психічного здоров’я стало вкрай актуальним. Також добре відомо, що заняття спортом допомагають розслабитися і позбутися нервової напруги. Створення простору на базі спорткомплексу для підтримки та відновлення ментального та психологічного здоров’я українців.

**Об'єктом дипломної роботи** — інтер’єри приміщень для психологічного та ментального оздоровлення в структурі реабілітаційних центрів.

**Предмет дипломної роботи** — принципи формування інтер'єрів приміщень для психологічного та ментального оздоровлення в структурі реабілітаційних центрів.

**Мета** — виявлення особливостей дизайну інтер'єру та розробка дизайну інтер'єру.

Реалізація поставленої мети передбачає вирішення наступних **завдань**:

— провести аналіз історичного формування та розвитку структури реабілітаційних центрів;

— дослідити вітчизняний та закордонний досвід, проаналізувати

типологію, класифікацію;

— розкрити функціонально-просторові основи організації, особливості та засоби композиційного формування інтер'єрів реабілітаційний сучасних центрів;

— розробити дизайн інтер'єру спорткомлексу для психологічного та ментального оздоровлення тих, хто потребує. Використання новітніх технологій і підходів у цій галузі, із застосуванням принципів сталого розвитку.

**Апробація результатів дослідження**: здійснювалась у 2021-2022 роках. Основні положення роботи були оприлюднені автором:

- Сенченко В.О. Об’єкти авангардного модернізму в Україні як національна та всесвітня спадщина // XIII Всеукраїнська наукова конференція “Сучасна архітектурна освіта. Етнологічні засади української архітектури” 25 листопада 2021 р., м.Київ. Київ: КНУБА, 2021.
- Сенченко В.О., Адамович Д.Р. ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВПЛИВ КОЛЬОРУ В ІНТЕР’ЄРІ НА ЛЮДИНУ // Програма та тези доповідей. Архітектура та будівництво: Відновлення України. Наука, технологія, практика: Міжнародний науково-технічний форум, 17–18 листопада, 2022 р. Київ: Ліра-К, 2022. С.300-301.

**Обсяг та структура дослідження**: дипломна магістерська робота складається з теоретичної частини, що включає вступ, п’ять розділів, висновки, список використаних джерел, ілюстративної частини.

# РОЗДІЛ І.
# ПЕРЕДУМОВИ І СТАН ДОСЛІДЖЕНОСТІ ФОРМУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

## 1.1 Аналіз науково – теоретичних джерел дослідження

Вже більше 8 місяців українці живуть із постійним відчуттям страху. Його посилюють звуки повітряних тривог, вибухів, обстрілів і залпів артилерії. Це активує реакцію на виживання в складних умовах, відому як "бійся, тікай або завмри".

Реакція регулюється різними гілками нервової системи: симпатичною — вона відповідає за "бійся або тікай" — і парасимпатичною — "сповільнюйся й завмри". Обидві системи створені для того, аби тримати людину в балансі під час стресів та нормалізації стану.

Проте під час війни картина змінюється: стрес зашкалює, баланс у мозку порушується й починає переважати парасимпатична система. Вона призводить до появи змін у поведінці, "вимикаючи" усі емоції. Це необхідно для того, щоб людина могла ефективно функціонувати задля виживання.

Зараз кількість людей з проблемою психологічного розладу постійно збільшується, тому наразі проблема лікування і соціальна адаптація людей з обмеженими можливостями є надзвичайно актуальною [2]. У віковій структурі інвалідності понад 75% складають діти від 7 до 18 років, що пов'язано з ростом хронічних захворювань в період навчання в школі [3].

В Україні найбільш актуальними є питання організації та роботи центрів комплексної реабілітації хворих, неповносправних та поранених в бойових діях (медичної, фізичної, психологічної та соціальної). Постраждалим учасникам бойових дій для відновлення здоров’я та працездатності необхідна ортопедична реабілітація при пораненнях та ампутаціях верхніх та нижніх кінцівок, нейрореабілітація при травмах голови, фізична реабілітація для відновлення рухової функції та фізичної. Відомо, що розробкою наукових програм,

протоколів реабілітації, методичним керівництвом реабілітаційних закладів займаються науково-дослідні установи, зокрема НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Український НДІ медичної реабілітації та курортології (м. Одеса), Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ); Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності. У ВНЗ працюють 11 профільних кафедр і три кафедри в закладах післядипломної освіти [4; 8]. [4].

У нашій країні ведуться активні пошуки рішень, що дозволяють гнучко використовувати певну будівлю з урахуванням виникаючих змін форм і методів реабілітації та навчання. Рішення цієї проблеми - це створення вільного внутрішнього, трансформованого простору реабілітаційних центрів [5]. Особливість і специфіка роботи такого центру як науково-дослідної установи полягають в тому, що дослідницька складова є необхідною в кожному окремому випадку і в діяльності фахівців в цілому. Без зосередження на даному аспекті така діяльність стає простою формальністю [6].

Поняття «реабілітації» як складової частини поняття «соціальний захист» з'явилося в 70-і роки XX століття. У 1969 р в Празі відбулася IX Нарада міністрів охорони здоров'я і соціального забезпечення соціалістичних країн, на якій було концептуально визначено поняття «реабілітація в соціалістичному суспільстві» [7]. Наразі кожна вікова група хворих дітей також вимагає своїх методів корекційної педагогічної і психологічної роботи [8].

Під впливом соціального і науково-технічного прогресу архітектурні проекти реабілітаційних центрів стають все більш складними, вимагаючи розвитку нових функцій і їх взаємозв'язків при обґрунтованому підході. Розвиток і прогресуюча реорганізація охорони здоров'я дітей позначається на зміні принципів проектування дитячих лікувальних установ. Сучасні архітектурні проекти дитячих реабілітаційних центрів мають відповідати актуальним вимогам медицини, відображати пошуки нових рішень в лікарняному просторі та зокрема створення архітектурного середовища, яке

виключало б вплив несприятливих психосоматичних факторів і сприяло відновленню.

Сьогодні існує значна кількість досліджень, які розкривають різні аспекти адаптації середовища життєдіяльності до потреб маломобільних груп населення, зокрема дітей. Це роботи Бармашиної Л.М., Дончака І.О., Івасенко В.В., Іодо І.А., Куцевича В.В, Родика Я.С., Тєрягової О.М., Хачатрянц К.

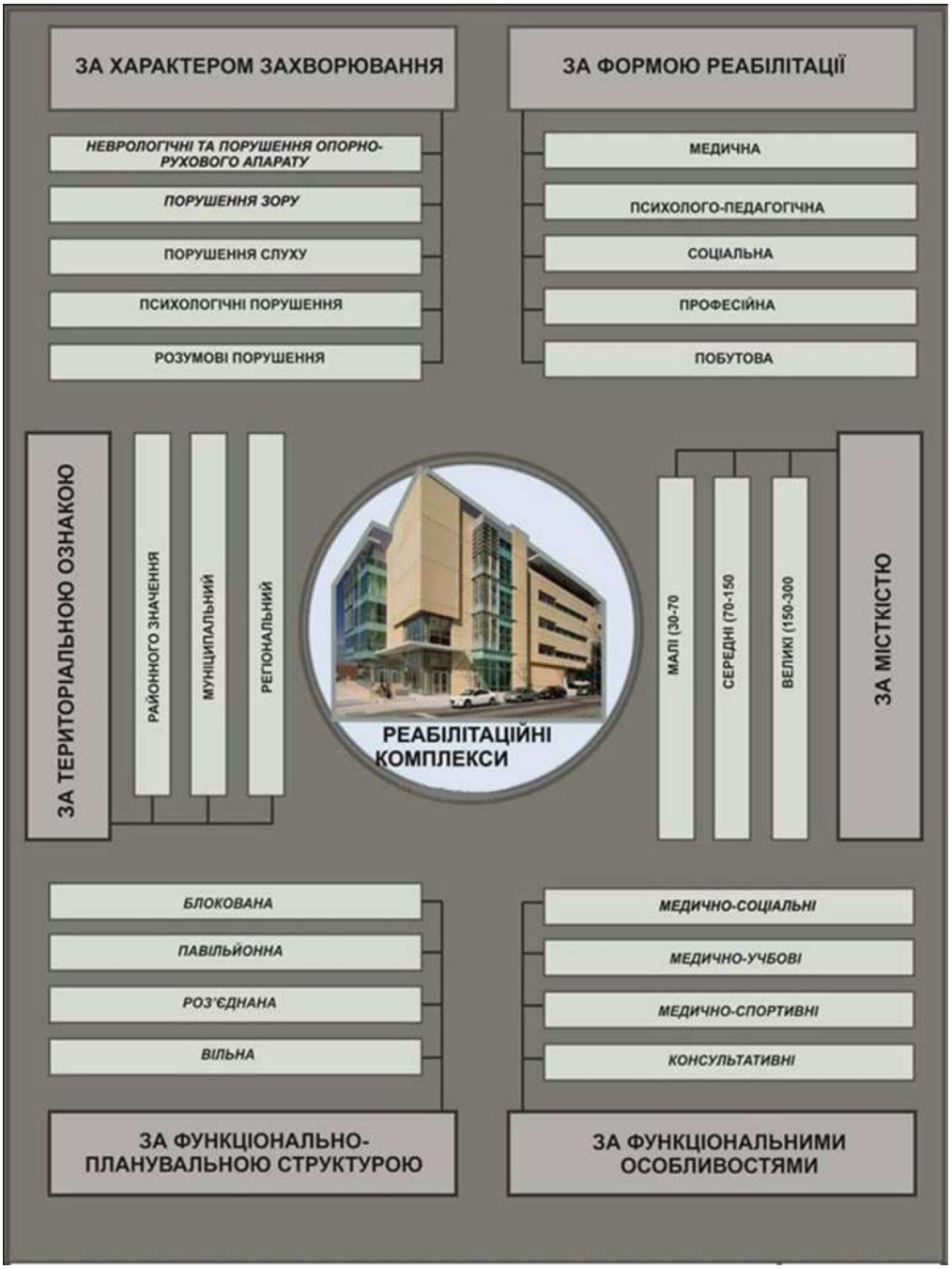



Рис 1.Науково-дослідні розробки в межах даного дослідження

# РОЗДІЛ ІІ.
# АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

## 2.1. Аналіз світового та вітчизняного досвіду проєктування реабілітаційних центрів

Як зазначено в Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 № 2961-IV, «реабілітаційна установа - установа, підприємство, заклад, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що до спеціальних реабілітаційних установ стаціонарного типу відносяться:

• відділення реабілітації, що знаходяться в структурі стаціонару, де хворий проходив лікування в гострій фазі захворювання;

• спеціалізовані реабілітаційні стаціонари (однопрофільні і багатопрофільні); • міжрегіональні центри реабілітації [15].

Перед будь-якою з цих структур стоять цілі завершення реабілітаційного процесу і відновлення здоров'я пацієнта, його соціального і, по можливості, професійного статусу до максимально можливого в конкретній ситуації рівня. На цьому етапі відбувається поступове зміщення акцентів у застосовуванні немедикаментозних реабілітаційних заходів (фізіотерапевтичні методи, засоби фізичної реабілітації, методи психотерапії тощо). Реабілітаційний центр включає не тільки складну апаратуру, але й висококласних фахівців з різних галузей медицини, медико-соціальної та фізичної реабілітації, тому на нього покладається і організаційно-методична робота. Проводиться навчання та підвищення кваліфікації кадрів установ відновлювальної медицини різних регіонів, розробка методичних рекомендацій, оцінка ефективності реабілітаційного процесу. Крім того, центр грає велику роль у забезпеченні взаємозв'язків між структурами медико-соціальної реабілітації з іншими

лікувальними і профілактичними установами, а також з громадськими інститутами, участь яких необхідно в забезпеченні реабілітаційного процесу.

В Наказі Міністерства праці та соціальної політики України «Про затвердження Типового положення про реабілітаційну установу змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів» від 26.05.2009 № 196 зазначається: «Реабілітаційна установа змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів є установою з комплексної реабілітації, цільовим призначенням якої є забезпечення реалізації соціальноекономічних, медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, професійних та інших заходів відновлювального характеру, спрямованих на попередження прогресування патологічного процесу, усунення чи максимально можливу компенсацію обмежень життєдіяльності, відновлення здоров'я та трудових навичок інвалідів і дітей-інвалідів, корекцію психічних процесів, здобуття ними освіти, їх трудову зайнятість незалежно від категорії і причин інвалідності»[16]. Потреба України у створенні багатопрофільних реабілітаційних центрів для допомоги постраждалим в зоні антитерористичної операції у зв'язку з пораненнями, контузіями, травмами, опіками, психічними розладами є настільки нагальною, що ця проблема розглядається на самому високому рівні. Про це свідчить Указ Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 лютого 2015 року «Про заходи щодо створення належної матеріально-технічної бази для лікування, реабілітації та оздоровлення військовослужбовців та інших осіб, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, а також учасників бойових дій та інвалідів війни» від 12.03.2015 р. № 140/2015, проведений МОЗ круглий стіл «Охорона здоров’я учасників антитерористичної операції» (13 лютого 2015р.), активне обговорення цієї проблеми в засобах масової інформації [14]. Багато науковців зазначають, що створення реабілітаційних установ, їх змістовне, організаційне, методичне, матеріальне та кадрове наповнення здійснюється за різними відомчими концептуальними підходами,

які іноді суперечать один одному. Повноцінний розвиток сучасної системи корекційнореабілітаційних служб гальмується недооцінкою ролі реабілітаційної теорії. У літературних джерелах та періодичних публікаціях в основному міститься недостатньо структурована практична інформація у режимі «обміну досвідом» без фундаментального наукового осмислення та методологічного узагальнення. Це призвело до суперечності між наявною реабілітаційною практикою і теорією реабілітування [2; 4; 17]. Якщо в США та країнах Європи існують багатопрофільні центри ортопедичної, неврологічної, трудової, спортивної та інших видів реабілітації, то в Україні в основному є медичні установи (лікарні та військові госпіталі), реабілітаційні центри вузького профілюта оздоровчі заклади (санаторії, спа-центри і фітнес-клуби). Більшість з цих установ не пристосовані для прийому інвалідів та маломобільних груп населення і не має потрібної спеціалізації [10; 11]. Особливо привертає увагу досвід Держави Ізраїль, де антитерористичні операції проводяться постійно з початку створення цієї країни. У них є багаторічний та надзвичайно важливий досвід звирішення проблем реабілітації хворих та постраждалих в бойових діях саме в сучасних універсальних реабілітаційних центрах. В цих центрах є ортопедична, неврологічна, кардіологічна, респіраторна та інші види реабілітації. Реабілітаційні центри в Ізраїлі забезпечують можливо ранній початок реабілітації хворих, її етапність, наступність і безперервність, комплексний характер реабілітаційних заходів, індивідуальний підхід до кожного конкретного хворого з урахуванням характеру перенесеного захворювання, травми чи поранення, функціонального статусу і його особистісних особливостей. Багатопрофільні реабілітаційні центри в Україні поки ще на етапі творення і становлення. Однак спеціалізована довгострокова допомога та реабілітація поранених в результаті бойових дій, орієнтована на стійкий кінцевий результат - повернення якості життя вкрай необхідна. Особливо, якщо враховувати, що реабілітувати хворого в іншій країні часто неможливо через його нетранспортабельність, тривалість

та високу вартість лікування. Повноцінна реабілітація після поранень неможлива за короткий період, періодично необхіднопроводити повторні курсів реабілітації, тому тема реабілітаційних установ буде актуальна протягом багатьох років. Це потребує системного підходу до вирішення цих актуальних завдань на національному рівні. Як зазначається в літературі, багатопрофільні реабілітаційні центри повинні включати наступні відділення: медичної реабілітації, фізичної реабілітації, соціальної реабілітації, психологічної реабілітації, професійної реабілітації, трудової реабілітації, інші підрозділи [8; 17]. Підвищення ефективності лікувально-профілактичних і оздоровчореабілітаційних процесів неможливе без скоординованих дій різних державних структур і відомств, завданням яких має бути формування стратегії і тактики, організація і забезпечення заходів, спрямованих на збереження і укріплення здоров'я населення. Створення сучасних універсальних реабілітаційних центрів потребує знань особливостей організаційно-методологічних підходів, які повинні враховувати регіональні особливості. Все це неможливо зробити без адекватного нормативно-правового, технічного і кадрового забезпечення [2, 26-27].

Заняття йогою допомагають розслабитися і позбутися нервової напруги. Вчені з Каролінського інституту в Стокгольмі дослідили, як тренування можуть так сприятливо впливати на організм і знімати стрес. [1]

Результати їхньої роботи показують, що треновані м'язи відфільтровують шкідливі речовини, що виробляють хімічний стрес у мозку. Відкриття не тільки пояснює, чому люди відчувають спад напруги після тренувань, а й потенційно можуть призвести до розробки нових методів лікування депресії. Біг та плавання захищають мозок від старості. Вчені довели залежність гарної пам'яті від занять спортом. Короткі пробіжки продовжують життя. У ході дослідів вчені експериментували з двома групами мишей – звичайними та генетично-модифікованими. Тварин ставили в умови стресу - для цього використовувалися шумові ефекти, що дратують світлові спалахи та порушення

режиму сну, пише MedDaily [9].

На думку дослідників, якщо створити ліки проти депресії, які діють не на мозок, а на м'язи, то вдасться суттєво знизити кількість побічних ефектів, при цьому займатися спортом та пыдвишуванни свою фызичну активныст.Іноді розпочати заняття заважає психологічний стан. Коли сили немає, на перший план виходять емоції. У такі моменти не зайве згадати, чому спорт корисний.

Як фізична активність впливає на психіку. Тяжкі психологічні стани та травми краще для початку опрацювати з психологом. Але при цьому фізична активність залишається швидким і доступним способом повернути впевненість у собі. Ще 1769 року лікар Вільям Бухан зазначив, що відсутність вправ — один із найвпливовіших факторів, які роблять життя людини нещасним і коротким. Сучасні лікарі підтверджують його висновки, а любителі спорту перевіряють їх на собі. Белла Мекі, автор книги Jog On: How Running Saved My Life (Як пробіжка врятувала мені життя), розповідає, що мучилася занепокоєнням, панічними атаками і нав'язливими думками. Вона роками шукала засіб від недуг і врешті-решт почала бігати. "Біг дав мені відчуття надії, - пише Мекі, - він відкрив у мені приховані сили, про які я і не підозрювала". [7]

Дослідження 2019 року, опубліковане в журналі JAMA Psychiatry, підтвердило, що фізична активність допомагає впоратися із хронічним стресом та попереджає розвиток депресії. Вчені переконалися, що помірні навантаження позитивно впливають на гіпокамп - звивина мозку, що бере участь в емоційних реакціях та механізмах пам'яті. Брендон Стаббс, голова центру фізіотерапії Національної служби охорони здоров'я Великобританії, пише, що гіпокамп зменшується при шизофренії, біполярному розладі, депресії та деменції. При цьому лише 10-12 хвилин спортивних вправ позитивно впливають на активність цієї галузі, а систематичні заняття протягом трьох місяців забезпечують довготривалий терапевтичний ефект. [4]

Статистика показує, що кожна четверта людина піддається психічним захворюванням [5]. Незважаючи на очевидну користь для фізичної форми та

емоційного стану, кожен другий не хоче навантажувати себе вправами. За даними Національної служби охорони здоров'я Англії, близько 58% жінок та 66% чоловіків слідують рекомендаціям з фізичної активності та займаються спортом не менше 2,5 години на тиждень. Серед школярів любителів вправ лише 17%. [6] Справа в тому, що інтерес до фізичної активності формується в дитинстві. Але навіть якщо школярі рухливі під час ігор, їм не завжди потрібні додаткові заняття. А ось серед дорослих мало тих, хто досить активний і при цьому не витрачає час фітнесу. Багато хто виправдовується нестачею часу або просто вважає, що активний спосіб життя їм не підходить

Щодо реабілітаційних центрів для порушень опорно-рухового апарату є такі центри, як

**Реабілітаційно-оздоровчий центр Сосни**

В центрі можна пройти програму реабілітації пацієнтам з неврологічними проблемами, з порушеннями опорно-рухового апарату. Для пацієнтів, що перенесли інсульт, розроблена індивідуальна відновлююча програма. ОРЦ «Сосни» запрошує всіх бажаючих оздоровитися і поринути з головою в світ природи, провести незабутній час після тяжких буднів.

**Реабілітація** – це насамперед відновлення працездатності організму. Реабілітація пацієнта поділяється на три етапи: гостра, підгостра та хронічна. Весь процес реабілітації – це величезна командна робота. Відновлення необхідно починати якомога раніше в підгострий період після ендопротезування, після інсульту, інфаркту і тому подібне, але необхідно враховувати стан здоров'я пацієнта..




Рис. 1.1 Реабілітаційний центр СОСНИ

**«Медичний центр – Східниця»** допомагає своїм клієнтам відновлювати здоров'я, піклуватися про молодість та красу. Центр спеціалізується на наданні послуг в галузі терапії, терапії Маєра, урології, гастроентерології, гінекології, кардіології, ендокринології, педіатрії, пульмонології, вертебрології, реабілітації, неврології, стоматології, подології, імунології, офтальмології, функціональної діагностики, превентивної медицини, детоксикації та схуднення.

Медичний центр оснащений новітнім обладнанням, в розпорядженні лікарів – унікальні методики лікування з доведеною ефективністю. Поєднання традиційних та нетрадиційних способів оздоровлення дозволяє досягати високих результатів у пацієнтів з різними проблемами.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – хронічне порушення психічного стану. Воно розвивається після травматичної події, одинарної чи повторюваної. Найчастіше на ПТСР страждають ветерани війни, учасники

бойових дій, полонені та жертви катувань, свідки чи жертви природних катаклізмів, аварій, ДТП, домашнього насильства, буллінгу, особи, які пережили страх смерті.

Лише кілька десятиліть тому ця дисфункція була признана людством, і, як виявилось, допомоги потребують мільйони людей. Життя для жертви ПТСР є нестерпним: в її голові знову і знову прокручуються травматичні події, приходять вони і в снах, часто стаються напади панічної атаки, турбують хронічні болі. Така людина не може розслабитись, вона постійно перебуває в “бойовій готовності”, стані тривожності. Якщо не звернутись по допомогу, життя опиняється під загрозою, адже часто такі люди впадають в депресію, вдаються до алкоголю, наркотиків, скоюють самогубство. [10]

Програма реабілітації медичного центру “Київська Русь” створена для допомоги людям з діагнозом “посттравматичний стресовий розлад”. Основним її завданням є відновлення нервової системи та загальне покращення стану пацієнта.

При створенні програми фахівці центру орієнтувались на досвід закордонних колег в боротьбі з наслідками ПТСР, в ній витримані світові стандарти при реабілітації таких пацієнтів.

В рамках програми передбачено медичні обстеження та консультації з лікарями. При цьому спеціалісти центру забезпечують індивідуальний підхід до кожного учасника, адже, кожен випадок є унікальним. Важливе значення надається психологічному стану, тож на першому місці – консультації з психотерапевтом та діагностика рівня стресу.

Процедури, передбачені програмою, лікують та знижують руйнівний вплив стресу на організм, заспокоюють нервову систему, покращують загальний стан організму в цілому. Після закінчення програми учасники знову здатні переживати радісні емоції та відчути цінність життя.



Рисунок 1.2 Медичний центр Східниця

На Троєщині по вулиці Миколи Закревського, 3, реконструюють двоповерхову будівлю для розміщення соціально-реабілітаційного центру для дітей з інвалідністю,–[11]

Там розташують кабінети лікувальної фізкультури, сенсорної й ерготерапії та приймальню корекційного педагога. Також у приміщенні облаштують кімнату релаксації для батьків, у якій проводитимуть заняття з психологом. Заклад зможе прийняти до 166 осіб в одну зміну.

23 вересня 2021 року Київрада затвердила проєкт створення цього центру.

У грудні 2020 в КМДА пообіцяли побудувати такі реабілітаційні центри в кожному районі Києва. До фінансування будівництва долучаться іноземні партнери, зокрема посольство Німеччини.




Рис. 1.3 Реабілітаційний центр для дітей з інвалідністю в м.Київ

Приватний клінічний комплекс Мацпен проводить діагностику та комплексне лікування всіх видів психічних і неврологічних розладів. Медики центру надають конфіденційну допомогу залежним людям.

У 2006 році в Тель-Авіві (Ізраїль) відкрився новий приватний психоневрологічний комплекс Мацпен, заснований з метою надання комплексної терапії для підвищення ефективності лікування.

Робота клініки полягає в наданні медичної допомоги пацієнтам з проблемами в галузі неврології, психології і психіатрії. Професійні медпрацівники центру проводять діагностику, вибудовують курс лікування з урахуванням індивідуальних особливостей хворого. Суть лікування полягає в поєднанні терапевтичних заходів за кількома профілями. Лікування хвороб такого рівня здійснюється за допомогою комплексного підходу, адже проходження курсу терапії тільки у одного фахівця, найчастіше є недієвим. Клініка Мацпен надає можливість оздоровитися не лише дорослим, але і дітям.

Працює тут також специфічне відділення для людей, що страждають залежністю різного роду. Методика лікування пацієнтів з різними діагнозами вибудовується на основі діагностики загального стану здоров’я та особистісних якостей людини. Задля більшої ефективності обов’язково вивчається мотиваційний стан пацієнта.

Особливості та переваги:

- індивідуальний підхід до пацієнта з підбором особистого персоналу;
- перевагу амбулаторного лікування;
- гарантування конфіденційності лікування;
- обслуговування VIP клієнтів;
- надання можливості лікування іноземним громадянам без посередництва інших організацій у сфері медичного туризму;
- використання найновіших медичних препаратів;
- можливість дистанційної діагностики за коштами відеоконференції LifeSize;
- наявність співробітників, які володіють рідною мовою клієнта;
- тісний взаємозв’язок з рідними пацієнта;
- можливість проконсультуватися у різних фахівців і отримати другу думку (second opinion).

Методична база

Фахівці центру Мацпен мають високу кваліфікацію, підтверджену дипломами про освіту та сертифікатами якості. Академічна діяльність медиків дозволяє удосконалити навички та проводити випробування по відкриттю нових підходів до лікування психоневрологічних захворювань. Сучасне обладнання в кабінетах і палатах робить роботу медиків набагато якісніше і дає можливість ставити точні діагнози з правильно підібраною системою лікування. Приватна клініка Мацпен використовує в роботі суперсучасні методики телемедицини, застосовує новітні медикаменти, дає можливість людям пройти лікування без шкоди для репутації. (рис 1.4)




Рис. 1.4 Клініка Мацпер в Тель-Авіві

Давнє вчення, йога сприяє зміцненню й оздоровленню тіла, відновлення рівноваги та душевного спокою. Користь йоги для здоров'я полягає в тому, що вона допомагає одночасно підтримувати хорошу фізичну форму, зміцнювати організм, заспокоювати нервову систему, підвищувати працездатність і стресостійкість.

Branches of Growth — студія консультування й йоги з питань психічного здоров’я в Північних Сіракузах, штат Нью-Йорк. Студія працює над тим, щоб сприяти оптимальній психічній та емоційній підтримці, а також є простір для вивчення та практики йоги, який допоможе віднайти свій спокій, чи то вдома, у суспільстві, на роботі чи у стосунках. Цілісний підхід до психічного здоров’я покращує життя та розвиток людей, які прагнуть кращої якості життя. Студія прагне допомогти кожному на особистому шляху зростання, зцілення та внутрішнього спокою. Фізичне здоров'я, психічне здоров'я та емоційне здоров'я дорівнює повному життю.



Рис. 1.5 Branches of Growth

Скандинавська архітектурна фірма White Arkitekter проектувала плани з будівництва блідо-жовтої психіатричної клініки в Нуук, Гренландія, з якої відкриваються види на навколишній арктичний ландшафт (рис1.6). Будівництво клініки було запропоновано провідним комітетом департаменту охорони здоров'я Гренландії, який звернувся до White Arkitekter, щоб створити простір, який "досягає ідеального балансу між спокійною, цілющою та надійною атмосферою". Усі кімнати для пацієнтів є одномісними з балконом та приватним душем / туалетом. Кімнати для пацієнтів мають доступ до спільної кімнати для відпочинку з верандою, з якої відкривається вид на навколишній сосновий ліс, а кімнати для занять та велика спільна кухня / їдальня розташовані навколо великого атріуму, звідки відкривається денне світло та краєвид на природу. Зовнішні дворики огороджені самою будівлею, заскленими екранами та садами, що виходять на схід.

Будівля досягає ідеального балансу між спокійною, цілющою та надійною атмосферою та природним ландшафтом та існуючими лікарняними установами. Повторюючи матеріали та кольори Нуука, де лікарні традиційно жовті - архітектура вирізає миттєво впізнаваню фігуру як зблизька, так і здалеку. Перший поверх клініки викладений великими панелями скління, щоб максимізувати візуальний зв’язок із ландшафтом за його межами.



Рис. 1.6 White Arkitekter

На відкритому повітрі тренажерний зал та критий дворик, де відвідувачі можуть посидіти та відпочити. Приватні кімнати виготовлені з деревини теплого відтінку та мають високі вікна, забезпечуючи оточення пацієнтів достатнім природним світлом. Вони також можуть провести час у зеленому атріумі клініки (рис1.2.9). Денне світло проникає у всі кімнати для пацієнтів завдяки великим вікнам і великій висоті цієї частини будівлі. Дивлячись у вікна, у пацієнтів відкривається вид на  пейзаж та фіорд . Кімнати просторі та забезпечують хороший внутрішній огляд приміщень, щоб забезпечити безпечне оточення як для персоналу, так і для пацієнтів. Дерево - основний матеріал, що використовується тут; крім того, що дерево є довготривалим рішенням,

доведено, що воно має заспокійливий та зменшаючий стрес ефект. Внутрішній дворик та ландшафт створюють захищений, гнучкий зовнішній простір, що запрошує до різних видів діяльності; бесіди з відвідувачами, вправи у відкритому тренажерному залі або гра в настільний теніс. Непрограмований садовий майданчик, що виходить на атріум, є відкритим та акустично незалежним від решти будівель і може адаптуватися до різноманітних функцій. Клініка перегукується з невеликою будівельною структурою Нуука. Це не тільки складна серія просторів та заходів, але й архітектурна пам’ятка, яка виділяється в загальному контексті. Багато з основних зон збирання по всій структурі, такі як атріум, є перехідними просторами, які поєднують захист замкнутого простору з красою та чіткістю ландшафту.

Ці гнучкі простори мають різні види діяльності, включаючи відвідування сім'ї та друзів, фізичні вправи та особисті роздумиъ. Дизайн клініки врівноважує візуальні якості власного характеру із конкретними елементами та матеріалами, натхненними особливою ідентичністю Гренландії. Зовнішній вигляд змінюється не тільки з різних точок зору, але і протягом дня та року. Від точної збірки до нечіткого сяючого маяка, ця постійна зміна формує індивідуальність користувачів, водночас створюючи діалог з тими, хто розглядає будівлю з околиць

## 2.2. Дослідження існуючої нормативної бази проєктування та оздоблення приміщень для ментального та психологічного оздоровлення на базі реабілітаційного центру

В Україні розроблені норми проектування реабілітаційних закладів, але такої вузької спеціалізації не було розроблено, а саме: надання медичної та соціальної допомоги учасникам бойових дій. Крім того, ця проблема ускладнюється відсутністю наукової бази, яка має враховувати специфіку

поранень та травм серед військовослужбовців. Ці проблеми загострюють ситуацію і ускладнюють пошук їх рішень, які можуть правильно організувати простір реабілітаційного закладу, який в свою чергу забезпечує комфортні умови для перебування пацієнтів та підвищити ефективність процесу їх реабілітації.

Аналізуючи останні досягнення та публікацій щодо цього питання можна зробити висновок, що проблеми проектування реабілітаційних закладів для переселенців та постраждалих не розглядалися і їм приділено дуже мало уваги. Конкретні нормативні документи не формувалися. При проектуванні об'єктів даного типу можна використовувати лише ті документи, які стосуються до цієї теми лише опосередковано.

Наприклад, стандарти проектування закладів охорони здоров’я , установ соціального захисту, реабілітаційних закладів для людей із обмеженими можливостями, лікарень та поліклінікою. Були спроби сформувати вузькоспеціалізовані вимоги до військових госпіталів.

Люди з обмеженими можливостями часто не можуть вільно пересуватися у середовищі без особливого врахування своїх конкретних потреб та особливостей. Функціональні розлади, пов’язані з вродженими або набутими дефектами, травмами та захворюваннями, виникають в організмі людини. У зв’язку з цим людям стає важко користуватися громадським транспортом, повноцінно виконувати виробничі обов’язки, брати активну участь у культурних та спортивних заходах, використовувати обладнання у своїх будинках та громадських місцях. Ця категорія населення втрачає можливість вільно поєднувати особисті та суспільні інтереси. Виникає проблема функціональної та структурної адаптації середовища для запобігання обмеженням у спілкуванні та можливості пересування людей з обмеженими можливостями.

Ергономіка сприяє розробці науковообґрунтованих рекомендацій щодо реабілітації людей з обмеженими можливостями, формуванню навколишнього

середовища, не створює перешкод у житловому просторі, на робочому місці, в громадських місцях, в закладах обслуговування, а також покращує спілкування. Врахування особливостей цієї категорії населення є важливим фактором соціально-економічних заходів щодо організації роботи, просторового планування та будівництва споруд, а також для виробництва промислової продукції. В рамках вирішення цих проблем формується один із напрямків ергономіки - вивчення психофізіологічних здібностей та характеристик різних категорій людей з обмеженими здібностями та створення методів запису даних для проектування обладнання для населення, адміністративного управління. та житлових будинків, робочих місць.

Спортивні та фізкультурно-оздоровчі, реабілітаційні будинки і споруди слід розміщувати на сельбищній території, у місцях відпочинку населення та на інших спеціально виділених земельних ділянках, забезпечених зручними під'їздами і підходами від зупинок громадського транспорту згідно з ДБН 360 з обов'язковим додержанням нормативного шумового режиму на прилеглій території житлової забудови та забезпеченням санітарних розривів до житлових та громадських будинків згідно з вимогами ДержСанПіН 173 п. 4.10, ДержСанПіН 203, СанПіН 42-128-4690, СанПіН 42-120-4948. Слід передбачати місця для транспортних засобів інвалідів та зручні підходи до них, які забезпечують пересування на кріслах-колясках. Площу земельних ділянок спортивних та фізкультурно-оздоровчих споруд слід приймати виходячи із суми площ забудови основних і допоміжних споруд, а також площ, які зайняті проїздами, автостоянками, пішохідними доріжками й озелененням. Благоустрій території спортивних та фізкультурно-оздоровчих будинків і споруд, під'їзди і пішохідні доріжки повинні проектуватися з урахуванням вимог ДБН 360, ДБН Б.2-4 і ВСН 62. Проїзди і пішохідні доріжки слід передбачати до всіх споруд, що розташовуються на земельній ділянці критих споруд і спортивних комплексів. Проїзди повинні мати удосконалене полегшене або капітальне покриття. Пішохідні доріжки, тротуари і пандуси, якими користуються інваліди

на кріслахколясках, повинні мати тверде шорстке покриття, яке в разі намокання не стає слизьким. Ширина пішохідних доріжок повинна прийматися не менше 1,8 м. Поздовжній їх уклін не повинен перевищувати 5%, а поперечний - 1%. У місцях перепаду рівнів між горизонтальними ділянками пішохідних шляхів слід передбачати влаштування пандусів і сходів. Уклін кожного маршу пандуса не повинен перевищувати 8%, а його довжина повинна бути не більше 10 м. Ширина пандуса повинна бути: за одностороннього руху - не менше 1,0 м; за двостороннього руху - не менше 1,8 м. Якщо поздовжній уклін перевищує зазначені межі для інвалідів, котрі користуються кріслами-колясками, слід передбачати спеціальні доріжки або пандуси. [2]

Розміри залів для легкої атлетики слід визначати залежно від прийнятих параметрів доріжок для бігу по колу та по прямій і кількості місць для тих, хто займається окремими видами легкої атлетики. Висоту (до низу виступних конструкцій) слід приймати в залах із стаціонарними трибунами для глядачів не менше 9 м, а для навчально-тренувальних занять – 9 м. Залежно від конструктивного рішення покриття залу висота над біговими доріжками може бути зменшена до 4 м, а над місцями для стрибків у висоту, у довжину і для потрійного стрибка - до 5 м. Розміри майданчиків для окремих видів легкої атлетики. Розрахункову довжину доріжки для бігу по колу слід приймати не менше 160 м, не більше 200 м (оптимально). Протяжність кожного прямого відрізка і кожного повороту повинна бути не менше 35 м. Доріжка для бігу по прямій повинна передбачатися завдовжки не менше 75 м (для бігу на дистанцію 60 м); за завданням на проектування допускається передбачати довжину доріжки 125-130 м (для бігу на дистанції до 110 м включно). Кількість окремих бігових доріжок завширшки 1,25 м кожна повинна прийматися для бігу по прямій - шість, а для бігу по колу - чотири. Доріжка для бігу по прямій може суміщуватися з прямими відрізками доріжки для бігу по колу. В разі реконструкції існуючих приміщень і призначенні їх для змагань нижче загальнодержавного масштабу допускається:

а) зменшення кількості окремих доріжок для бігу по прямій до чотирьох;

б) зменшення ширини окремих доріжок для бігу по колу до 0,8 м;

в) протяжність бігу по кожному повороту, виходячи із ширини приміщення, яке реконструюється, приймати менше 35 м.

В разі призначення залу тільки для навчально-тренувальних занять кількість окремих доріжок як для бігу по прямій, так і для бігу по колу може бути зменшена до двох. По всій довжині поворотів кругової бігової доріжки повинні влаштовуватися віражі, що мають у найбільш крутій частині уклін не менше 10° і не більше 18°. Загальну пропускну спроможність за зміну залів для легкої атлетики треба приймати, як суму пропускної спроможності бігових доріжок і місць для окремих видів легкої атлетики, що не суміщуються одне з одним і використовуються одночасно. В разі розміщення доріжки для навчально-тренувальних занять для бігу по прямій в окремому приміщенні (у тому числі суміжному з основним об'ємом залу і відокремленому від нього тільки опорами) висоту цього приміщення слід приймати 4 м. У складі будинків спортивно-демонстраційних залів для легкої атлетики для розминки перед змаганнями допускається передбачати приміщення завширшки не менше 6 м (у будівельних осях), заввишки не менше 4 м і довжиною, що дорівнює довжині основного залу, але не менше 75 м. 3.8 У спортивно-демонстраційних залах відповідно до розрахункової висоти трибуни висота залу повинна бути збільшена. [3]

## 2.3 Дослідження функціонально-технологічного процесу, що протікає у приміщеннях

Сучасні реабілітаційні приміщення спроектовані таким чином, щоб бути мотиваційними, гостинними, безпечними та доступними. Все, від планування та обладнання до поєднання відкритих та приватних територій, створюється з

урахуванням того, щоб сприяти досягненню та сприяти натхненню. Результатом є засоби, які є внутрішньо терапевтичними та дозволяють досягти результатів, при цьому кожна деталь конструкції колективно працює над однією цілком конкретною метою. (ДБН Б.2.2-5:2011 Благоустрій територій) [13]

Типологічна характеристика виявляє внутрішні особливості формування об'єкта, його взаємозв'язок і розміщення в навколишньому середовищі. Фізкультурні і спортивні об'єкти можуть розміщуватися на сельбищної території поселень або в приміській зоні на спеціально виділених ділянках поблизу садів, парків. При розміщенні фізкультурно-оздоровчих установ в природному середовищі рекомендується проектувати їх у вигляді комплексу, що складається з окремих павільйонів. При цьому повинна зберігатися функціональна цілісність групи приміщень (основних і допоміжних) даного виду спорту. Типи фізкультурно-оздоровчих установ поділяються на: - місцеві об'єкти повсякденного обслуговування населення; - наближені до житла і розміщуються в мікрорайонах, житлових кварталах в радіусі пішохідної доступності, рівної 500 м; - об'єкти періодичного обслуговування, які розміщуються в межах житлових районів міста з розрахунку транспортно-пішохідної тимчасової доступності. Загальноміські спортивні споруди служать потребам всього міського населення, і найчастіше обслуговують великі змагання міського, регіонального, міжрегіонального та міжнародного рівнів. Такі споруди прийнято називати спорудами епізодичного користування. Міжрайонні та районні спортивні споруди покликані задовольняти періодичні потреби городян, і їх радіус доступності зазвичай не перевищує 700-1200 м, що відповідає розміщенню цих установ в центрі житлових районів. У таких спорудах періодично проводяться змагання місцевого рівня, діють 19 спеціалізовані та універсальні спортивні секції. Дані споруди в силу свого використання називають спорудами періодичного користування. Мікрорайонні спортивні споруди є відкриті спортивні майданчики, невеликі спортивні зали, які обслуговують місцеве населення щодня, і задовольняють повсякденні

потреби городян. Радіус доступності таких споруд - 500 м, що відповідає їх розміщення в житловому районі, в мікрорайонах і житлових групах. Розподіл споруд на епізодичного, періодичного і повсякденного користування являє собою класифікацію спортивних споруд з організації системи ступеневої обслуговування.

За характером використання: універсальні і спеціалізовані.

Універсальні споруди за допомогою трансформацій поперемінно використовуються декількома видами спорту. Цикл зміни виду спорту в таких спорудах може тривати від кількох годин до тижня. Крім того, універсальні спортивні споруди можуть мати розширену функціональну складову, і можуть дати можливість проведення не тільки спортивних заходів, але і концертів, виставок, фестивалів. Такі споруди часто називаються багатофункціональними.

Споруди спеціалізованого типу призначені для одного або декількох видів спорту. Це споруди тих видів спорту, які вимагають специфічних умов або обладнання, а також споруди міжнародного рівня. Спортивні споруди також розрізняють за основним призначенням: навчально-тренувальні; демонстраційно-спортивні споруди, призначені в основному для змагань; фізкультурно-оздоровчі; дитячі спортивні споруди; спеціалізовані спортивні споруди, що обслуговують інвалідів та інші мало мобільні групи населення. (рис. 4) За своїм архітектурно-планувальним особливостям споруди поділяються на спеціально побудовані і пристосовані. [4] Спеціально побудовані спортивні споруди - споруди, побудовані за спеціально розробленим архітектурним проектом, згідно з будівельними нормами, на спеціально відведеній земельній ділянці. Пристосовані спортивні споруди - споруди, побудовані при 20 недотриманні будівельних норм, які переобладнані під спортивні споруди. Також, за своїми архітектурно-планувальним особливостям спортивні споруди можуть бути розташовані окремо і вбудованими. Їх рекомендується зводити висотою 1-3 поверхи. За об'ємно-планувальної конструкції розрізняють два типи спортивних комплексів відкриті

і криті. Відкриті спортивні споруди - це споруди, в яких змагання і навчально-тренувальні заняття проводяться під відкритим небом. Відкриті споруди підрозділяють на спортивні поля, майданчики і доріжки. Розміри і пропорції строго регламентуються міжнародними нормами. Криті спортивні споруди - споруди, в яких змагання і навчально-тренувальні заняття проводяться в критих залах, манежах, басейнах, палацах спорту і т.п. Споруди з навісом, в яких змагання і навчально-тренувальні заняття проводяться на відкритому повітрі, відносяться до критим спорудам. Найбільш часто зустрічаються саме криті спортивні комплекси. Це відбувається завдяки тому, що такого роду споруди не залежать від погодних умов. Так само однією з головних особливостей критих спортивних будівель є ефективність і гнучкість їх використання. Закриті спортивні комплекси не розділяються на категорії в залежності від пори року. Відкриті спортивні споруди класифікуються на літні, зимові, об'ємні і плоскі. Об'ємно-планувальне рішення спортивного корпусу відзначається габаритами основного залу и розміщенням відносно його групи допоміжних приміщень. Очевидно, що угруповання внутрішніх просторів також впливає на композиційне рішення громадської будівлі.

За функціональним зонуванням об'єкта можна виділити основні блоки внутрішнього експлуатованого простору:

1. Блок робочих приміщень складається з фізкультурно-оздоровчих залів, універсальних залів, місць для глядачів, приміщення масового обслуговування, рекреаційні приміщення. Універсальні зали і приміщення для фізкультурно-оздоровчих занять можуть розміщуватися в окремо розташованих будинках фізкультурно-оздоровчого призначення, входити до складу будівель 21 спортивного призначення, центрів дозвілля, а також бути прибудованими або вбудованими у будинки іншого призначення (у тому числі і житлові). Поряд з фізкультурно-оздоровчими заняттями і тренуваннями, універсальні зали можуть використовуватися для проведення локальних змагань зі спортивних ігор, для масових заходів, танців.

2. Блок обслуговуючих приміщень: приміщення і кабінети адміністрації, приміщення громадського харчування, приміщення для обслуговування займаються.

3. Приміщення допоміжного призначення включають: вестибюль з гардеробом; блоки роздягальнях з душовими і санітарними блоками для займаються; інвентарні; тренерські; пост пожежної охорони. Роздягальні для займаються, слід передбачати окремо для чоловіків і жінок зі зберіганням домашнього одягу в шафах, що розміщуються безпосередньо в приміщенні роздягальні або в окремому приміщенні загальною вбиральні, що розташовується суміжно з роздягальнями. При розрахунку співвідношення чоловіків і жінок, приймається 1:1. Душові повинні безпосередньо сполучатися з роздягальнями, душові для тренерів - з кімнатою тренерів. Часто до складу допоміжних приміщень входять реабілітаційні приміщення, медичні пункти, методичні кабінети, побутові для персоналу, кімнати відпочинку, майстерні, пункти прокату. У структурі спортивнооздоровчого комплексу все більшу роль займають соціально-орієнтовані зони різного призначення.

Наука доводить, що взаємодія з рослинами в приміщенні або на вулиці корисна для фізичного та психічного здоров'я. Погодьтеся, коли ви дивитеся у вікно на дерево або тримаєте в руках ароматний букет, ви починаєте відчувати себе набагато краще. Це відчуття спокою і комфорту. А якщо ви займаєтеся садівництвом, можна з упевненістю сказати, що ви постійно піддаєте себе своєрідній лікувальній терапії.

Рослини покращують фізичне здоров'я декількома різними способами. Наприклад, для очищення повітря у вашій кімнаті досить висадити хоча б одну рослину. Але у рослин є набагато більше корисних властивостей.

Кімнатні рослини відмінно виглядають в будь-якому офісі, будинку або квартирі. Але крім естетики, вони відповідають за очищення повітря. Більшість міських жителів проводять час в приміщеннях, де забруднення повітря може бути в кілька разів вище, ніж на відкритому повітрі. Забруднення повітря

всередині приміщень може викликати головний біль, запаморочення, втрату концентрації і подразнення дихальних шляхів. Вчені виявили в повітрі більше 300 токсинів, які називаються летючими органічними сполуками. Саме ці токсини поглинаються кімнатними рослинами, які здатні видалити великі дози бензолу з повітря протягом 24 годин. Алейні дерева також зменшують забруднення повітря, а крім цього, сприяють формуванню комфортного навколишнього мікроклімату.

Більшість дорослих і дітей не отримують достатньої кількості вправ для повноцінного фізичного розвитку. Недолік вправ може привести до ряду проблем зі здоров'ям, від серцевих захворювань до депресії. Рекомендації лікарів і вчених щодня виконувати фізичні вправи хоча б 60 хвилин не завжди і не всіма дотримуються. Але ж регулярно виконуючи фізичні вправи, дорослі і діти знижують ризик виникнення серцево-судинних захворювань, раку, діабету, зменшують стан тривоги і депресії.

Садівництво - це цікавий і простий спосіб включити фізичні вправи в повсякденне життя. Дітям зазвичай подобається працювати з грунтом і дізнаватися про рослини. Садівництво допомагає розвивати моторику і загальну витривалість, допомагає боротися з ожирінням. Наприклад, за даними Гарвардської медичної школи, всього за півгодини простих робіт в саду спалюється 135 калорій.

Психологічний вплив кольору

Психологічний аспект сприйняття кольору нерозривно пов'язаний з соціально-культурним і естетичним. Всякий окремо взятий колір або поєднання кольорів може сприйматися людиною по-різному в залежності від культурно-історичного контексту, від просторового розташування колірної плями, його форми і фактур, від настроєності і культурного рівня глядачів і багатьох інших чинників. Тому спроби складання «реєстрів» жорсткої відповідності між кольором і емоційним станом не можна визнати плідними. Значення даної проблеми для художників прикладних спеціальностей досить ясне. Адже будь-

який витвір прикладного мистецтва або дизайну - стіни будівель, декоративні тканини, предмети оздоблення, одяг, машини і знаряддя труда - створює колірне середовище, так або що інакше формує душевний стан людини, що впливає на лад його думок і рівень працездатності. З всього комплексу питань, що становлять складну проблему психологічного впливу кольору, для дизайнерів особливо актуальні питання фізіологічних реакціях людини на колір і про колірні асоціації. Викладемо коротко їх суть. Всі спектральні кольори тим або інакшим образом впливають на функціональні системи людини.

Червоний - збудливий, що зігріває, активний, енергійний, проникаючий, тепловий, активізує всі функції організму; використовується для лікування вітряної віспи, скарлатини, кору і деяких шкіряних захворювань; на короткий час збільшує м'язове напруження, підвищує кров'яний тиск, прискорює ритм дихання.

Оранжевий - тонізуючий; діє в тому ж напрямі, що і червоний, але слабіше; прискорює пульсацію крові, поліпшує травлення.

Жовтий (самий світлий в спектрі) - тонізуючий, фізіологічно оптимальний, найменше стомливий; стимулює зір і нервову діяльність.

Зелений (самий звичний для органу зору) - фізіологічно оптимальний; зменшує кров'яний тиск і розширює капіляри; заспокоює і полегшує невралгії і мігрені; на тривалий час підвищує рухово-м'язову працездатність.

Блакитний - заспокійливий; знижує м'язове напруження і кров'яний тиск, заспокоює пульс і вповільнює ритм дихання.

Синій - заспокійливу дію переходить в пригноблююче; сприяє загальмуванню функцій фізіологічних систем людини.

Фіолетовий - з'єднує ефект червоного і синього кольорів; виконує пригноблюючу дію на нервову систему.

Вивчаючи цей список, можна помітити в ньому цікаву особливість - періодичність. Збудлива дія кольору неначе знаходиться в періодичній залежності від довжини хвилі. Функція збудливої дії може бути зображена у

вигляді синусоїди. Довжини хвиль випромінювання зручніше відкладати на горизонтальній осі в порядку убування.

Перший по рахунку колір, червоний, - самий збудливий. Але максимальної міри цієї якості він досягає не на самому початку видимої області спектра, а декілька отступя від початку, тобто там, де цей колір набуває максимальну для свого колірного тону яскравість.

Оранжевий і жовтий - тонізуючі кольори, тобто збудлива дія їх помірно, зменшено кількісно.

Зелений - фізіологічно нейтральний колір, оскільки він є кольором біологічної середи, з якої вийшла людина.

У блакитному кольорі вже явно відчувається заспокійлива дія, яка по мірі переходу блакитного до синього і фіолетового зростає.

І нарешті, фіолетовий колір пригнічує. Однак, починаючи від червоного до фіолетового, спектр прагне замкнутися. Так у фіолетовому з'являється щось від червоного, тобто щось збудливе. Пурпурним кольором, об'єднуючим в собі властивості червоного і фіолетового, коло замикається. [5]

Діяльність органу зору може збуджувати і інші органи чуття: дотик, слух, смак, нюх. Колірні відчуття можуть також викликати спогади і пов'язані з ними емоції, образи, психічні стану. Все це називають колірними асоціаціями. Колірні асоціації можна поділити на декілька великих груп: фізичні, фізіологічні, етичні, емоційні, географічні тощо.

У межах кожної групи містяться більш дрібні підрозділи.

Приклади:

Фізичні асоціації:

а) вагові (легкі, важкі, повітряні, що давлять, невагомі,...)

б) температурні (теплі, холодні, гарячі, крижані, пекучі,...)

в) фактурні (м'які, жорсткі, гладкі, колючі, шерхуваті, слизькі,...)

г) акустичні (тихі, гучні, глухі, дзвінкі, музичні,...)

д) просторові (виступаючі, відступаючі, глибокі, поверхневі,...).

Емоційні асоціації:

а) позитивні (веселі, приємні, бадьорі, пожвавлені, ліричні,...)

б) негативні (сумні, мляві, скучні, трагічні, сентиментальні,...)

в) нейтральні (спокійні, байдужі, урівноважені,...).

Цей список можна продовжити. Неважко побачити, що майже будь-який прикметник нашої мови відповідає якому-небудь кольору. Це свідчить про надзвичайну широту і універсальність колірних асоціацій, про виключно важливе місце, яке вони займають в житті людини незалежно від того, усвідомлює він це чи ні. Шлях утворення колірних асоціацій подібний процесу утворення умовних рефлексів. Відчуття і емоції, що викликаються яким-небудь кольором, аналогічні відчуттям, пов'язаним з предметом або явищем, постійно забарвленим в даний колір.

Очевидно, різні кольори володіють неоднаковою здатністю викликати психічні реакції. Для оцінки цих відмінностей введемо поняття якості асоціацій. До якостей можуть бути віднесені:

а) однозначність відчуття (тобто визначеність його, повторюваність при різних умовах для одного і того ж індивідуума)

б) інтенсивність відчуття

в) стійкість в межах великої групи людей

Якості колірних асоціацій, а також естетична оцінка кольорів залежать як від об'єктивних властивостей самих кольорів, так і від властивостей сприймаючого суб'єкта. До об'єктивних властивостей кольори відносяться його чистота, світлота (яскравість), форма колірної плями, місце і значення його у візуальній структурі, матеріал і фактура. Властивості сприймаючого суб'єкта можна поділити на групові і індивідуальні. До перших віднесемо національний чинник (раса, етнічна група), культурні традиції, класову приналежність. До других відносяться вік, стать, культурний рівень, освіта, рід діяльності,

особливості нервово-психічного складу суб'єкта.

У природі краще за все представлені саме ці кольори. Кожний з відтінків жовтого або зеленого зв'язується в свідомості з певним предметом або явищем, звідси і багатство асоціацій.

Вище згадувалося про те, що одним з чинників, що впливають на емоційне переживання кольору, є форма предмета або плями, несучої даний колір. Говорячи більш загально, враження, вироблюване кольором, тісно пов'язане з предметною структурою і, значить, залежить від всіх її якостей. Вивчити закономірності цього зв'язку - значить вивчити історію мистецтва і культури, оскільки неможливо сформулювати які-небудь загальні теоретичні положення в цій галузі поза конкретно-історичною ситуацією. Існують спроби опису відповідності між емоціями людини і комплексом пластичних, звукових і колірних Одна з таких спроб належить Дж. Ормсбі Саймондсу в книзі «Ландшафт і архітектура» [20]. Оскільки висновки Саймондса носять узагальнюючий характер і містять цінні думки для фахівців із зв'язків з громадськістю~~,~~

**Висновок**

Організація реабілітаційних комплексів сьогодні, створення нових типів спортивних споруд в майбутньому, повинні стати предметом пильного вивчення. Складність і різноманітність таких об'єктів відкриває великі можливості при будівництві нових та реконструкції діючих комплексів для створення виразних архітектурних композицій. З кожним роком зростають сучасні технології, що дозволяють постійно розвиватися спортивної індустрії. У зв'язку з цим з кожним роком формуються нові технологічні рішення і випускаються нові спортивні матеріали, підвищуються вимоги до спортивних споруд. Будь-яка спортивна споруда має бути найбільш функціональним і мати схожий індивідуальний дизайн.

Також інтер’єр має налаштовувати на правильну емоцію, бо спорт – прямий вектор до відновлення та підтримання ментального та психологічного здоров’я.

# РОЗДІЛ ІІІ. СПОСОБИ ФОРМУВАННЯ ІНТЕР’ЄРІВ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ОЗДОРОВЛЕННЯ

## 3.1 **Типологія приміщень реабілітаційних центрів**

В Одеському регіоні простежується тенденція будівництва та експлуатації центрів реабілітації середньої (60-120 місць) та великої (120-240 місць) місткості. Такі центри мають розвинену і складну функціонально-планувальну структуру. Вони можуть бути спеціалізованими – вади одного профілю (фізичні, розумові, неврологічного характеру), та багатопрофільними і забезпечувати лікування дітей з різною специфікою і тяжкістю захворювань. Багатопрофільні центри пердбачають розподіл дітей за реабілітаційними групами, в залежності від віку і характеру захворювань. В реабілітаційних центрах великої місткості необхідно передбачати групи житлових приміщень, де діти можуть проживати зі своїми батьками. Слід зазначити, що в Одеському регіоні, враховуючи близькість моря і м'який клімат, можливе розміщення санаторного розширення, на теплу пору року. Тут діти можуть оздоровитись в безпосередній близькості від моря і отримати комплекс бальнеологічних процедур. Участь батьків у реабілітаційному процесі найважливіший аспект реабілітації дитини. Присутність батьків створює підтримку для дитини і дає їй відчуття захищеності, відчуття «дому».

Проведені дослідження свідчать про те, що центри реабілітації діляться на два типи:

- спеціалізовані;
- багатопрофільні.

Функціонально-планувальна структура і склад приміщень спеціалізованих реабілітаційних центрів (рис. 3.6).

Спеціалізовані реабілітаційні центри – це центри середньої місткості. Вони функціонують окремо та обслуговують від 60 до 120 місць. Для центрів середньої місткості найбільш характерна централізована та блокована планувальна схема.

Реабілітаційні центр представляє взаємозв'язк груп приміщень , а саме: медично-реабілітаційна група; готельна група; спортивна-розважальна група та група рекреації та відпочинку.

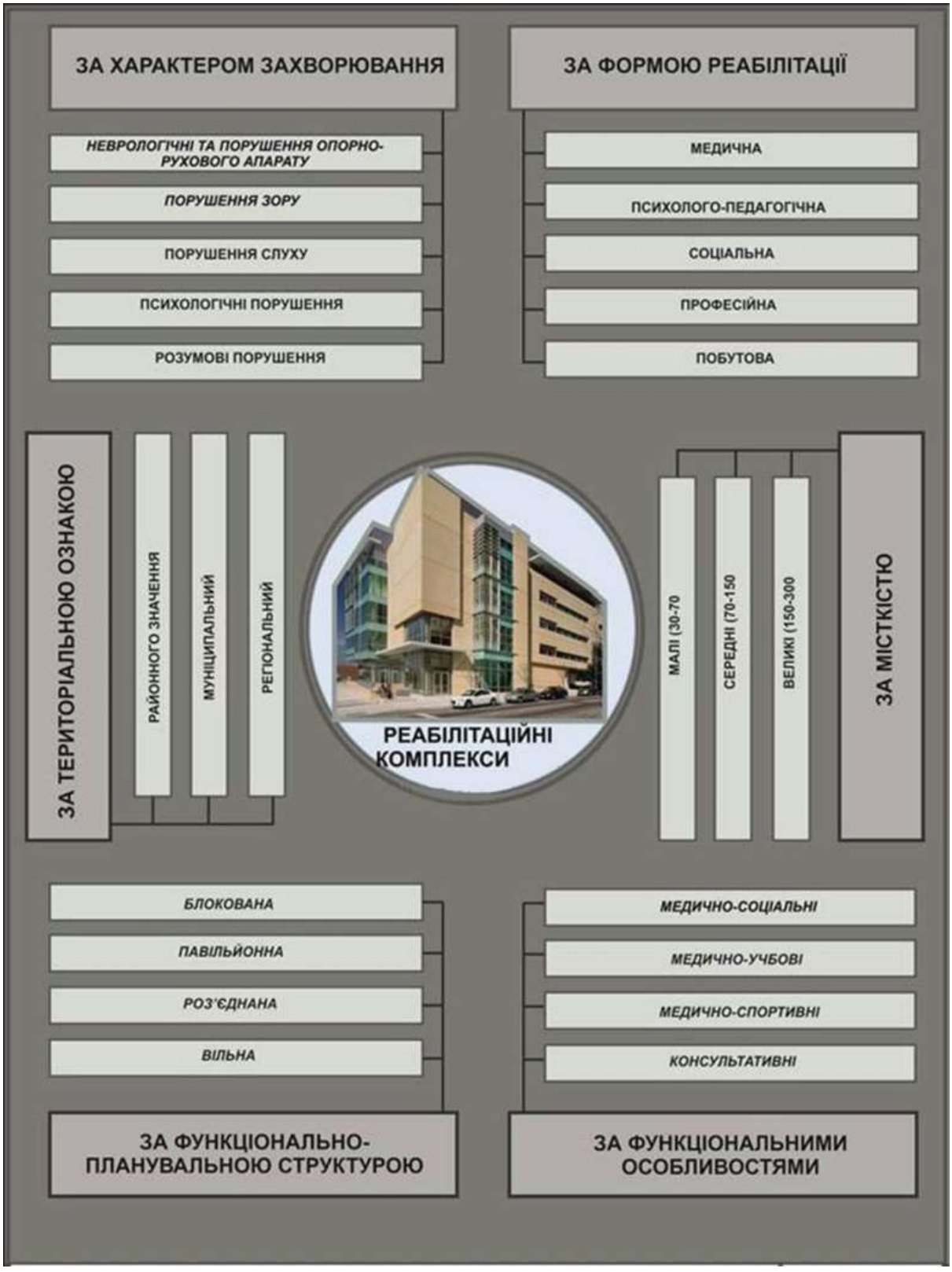



Рисунок 3.6 Функціонально-планувальна структура і склад приміщень спеціалізованих реабілітаційних центрів

Для цього типу характерна блокована і роз'єднана функціонально-

планувальні схеми.

Багатопрофільні реабілітаційні центри – це центри найбільшою місткістю від 100 до 240 місць і з найскладнішою структурою. В цих центрах проходять лікування та реабілітацію діти з розумовими, фізичними вадами та сукупністю вад. Відмінною рисою цих центрів є наявність житлової групи приміщень, або пансіонату, де батьки можуть проживати зі своїми дітьми протягом усього курсу реабілітації. З огляду на лікування дітей з різними видами захворювань, можливо розділити їх на два блоки: житловий та медично-лікувальний. Такий прийом дасть змогу зробити середовище реабілітаційного центру максимально комфортним та доступним. Тривалість лікування буває різною і в середньому становить від 3 до 6 місяців. Строк визначається залежно від конкретного випадку і призначеної реабілітаційної програми. Для таких центрів найбільш характерні блокована та павільйонна схема.

Розглядаючи комунікаційну структуру реабілітаційних центрів можна виділити наступні композиційні схеми (рис. 3.7):

- коридорні;
- атріумні;
- зальні.

Коридорні схеми найбільш характерні для лінійних форм будівель, які стали базою для створення більшості типових проектних рішень.

Однак у зв'язку з одноманітністю об'ємно-планувальної композиції, а також прагненням до поліпшення їхньої функціонально-планувальної структури останнім часом спостерігається тенденція відмови від традиційної коридорної системи, пошук нових шляхів у вирішенні комунікаційних просторів.

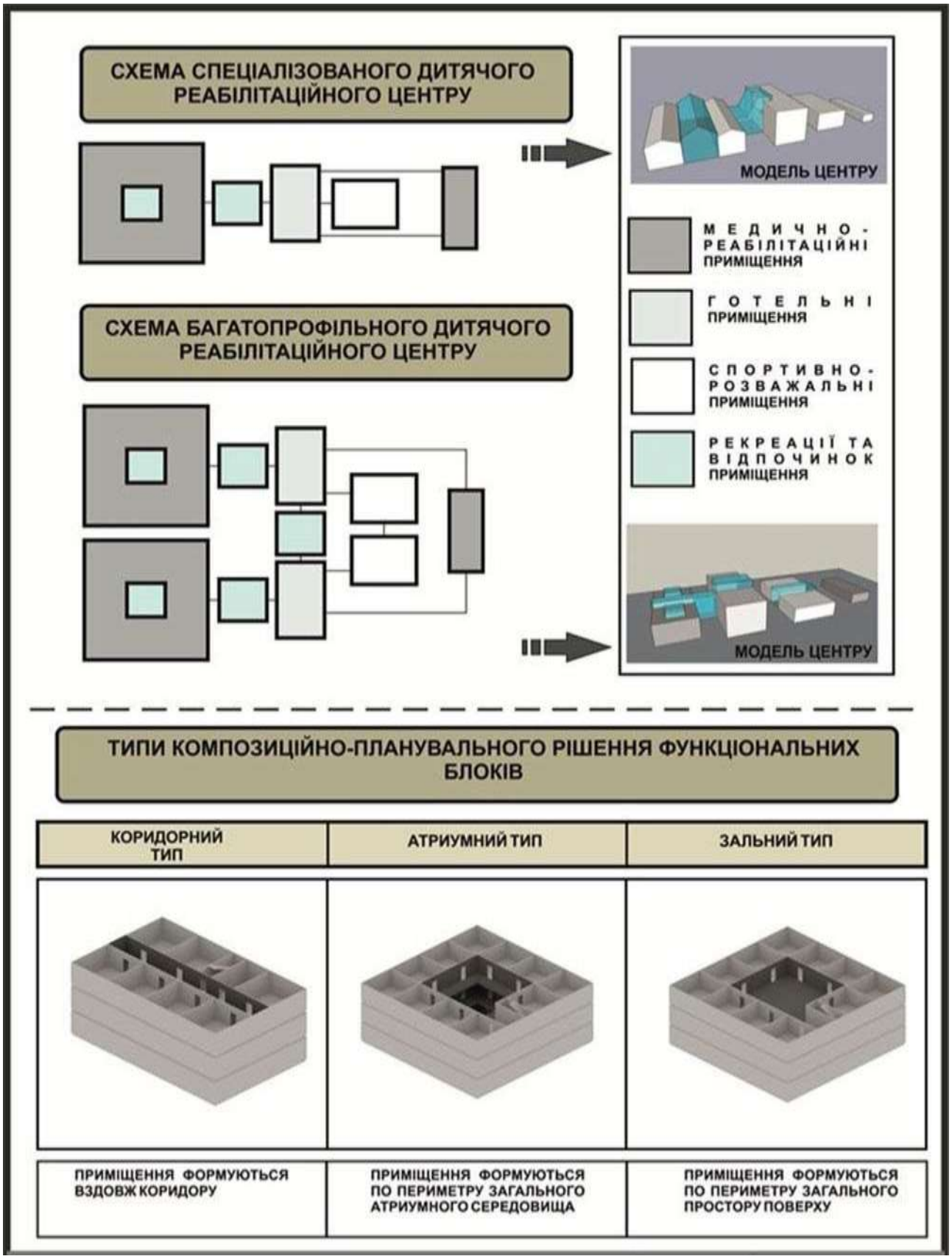



Рис.3.7. Схеми та моделі реабілітційних центрів.

В результаті з'явилися компактні будівлі з багатоярусними залами очікування та галереями, пов'язаними з лікувальними приміщеннями. Найчастіше зал очікування освітлюється верхнім світлом - атріумом, який в поєднанні з елементами озеленення є хорошим відволікаючим і заспокійливим засобом формування неординарних інтер'єрів. Дуже ефектно виглядають будівлі з великим перекритим простором хола-двора або функціональним об'ємом – з закритим атріумом. Такі цікаві рішення дозволяють збільшити психоемоційний вплив інтер'єру, вселити в пацієнтів відчуття легкості, височини і комфорту. Завдяки верхньому освітленню вдається включити в інтер'єр елементи озеленення. Будівлі з атріумними та зальними схемами дозволяють вирішити комфортне пересування дітей з обмеженими можливостями будівлею, зручно вирішити комунікаційні вузли, також утворюються великі зали-очікування і широкі галереї.

Основні планувальні схеми реабілітаційних центрів для дітей поділяються на (рис.3.8):

- централізовані;
- блочні;
- павільйонні.

Принципи проектування будинків, що входять в систему закладів для виховання, освіти та реабілітації дітей з інвалідністю, повинні забезпечувати виконання наступних умов: створення невеликих груп (класів) з метою забезпечення максимальної індивідуальності виховання і навчання; облаштування навчальних місць з урахуванням характеру фізичних вад дітей; використання спеціальних корекційних програм навчання залежно від дефектів розвитку та застосування широкого спектра технічних засобів; функціонально-планувальна композиція будівлі повинна відображати його призначення в залежності від контингенту вихованців та мати чітку структуру, що забезпечує максимальний комфорт для дітей та обслуговуючого персоналу; створення бази

для системи профорієнтації; включення в структуру будівлі розширеного складу приміщень для медичної реабілітації; використання малих засобів реабілітації та відповідного обладнання в усіх приміщеннях, що використовуються дітьми з вадами здоров’я; благоустрій та обладнання ділянки відповідно до вимог і особливостей контингенту вихованців.




Рис. 3.8. Основні планувальні схеми реабілітаційних центрів

Сучасний дитячий реабілітаційний центр - це новий тип будівлі. Крім своєї новизни, як соціального явища, він представляється новою специфікою своєї архітектурно-планувальної структури, складом приміщень і інтеграцією в єдиному комплексі різних типологічних груп приміщень. У свою чергу ці елементи об'єднуються в секції і функціональні блоки, які на останньому етапі і формують центр реабілітації. На архітектуру центрів має великий вплив медична методика лікування та реабілітації. Архітектор повинен доступними йому засобами підвищувати ефективність дії, що надаються по відновленню здоров'я дітей.

У будівлях реабілітаційних центрів для людей з обмеженими можливостями слід передбачати такі блоки приміщень: медично-відновлювальний, водолікувальний, лікувально-діагностичного обслуговування, інженерно-протезувальний, навчально-побутової та трудової реабілітації, навчально-педагогічної реабілітації, адміністративно- господарського призначення, громадського харчування, проживання, рекреаційний, культурно-розважальний, спортивно-оздоровчий та блок іпотерапії (рис.3.8). Розглядаючи кожну групу окремо, можна виявити деякі особливості і вимоги до окремих приміщень цієї групи.

Медично-відновлювальний блок включає в себе кабінети спеціалістів, відділення кінезотерапії, відділення фізіотерапії, відділення ЛФК, відділення нетрадиційних методів лікування та стаціонарне відділення. При одній висоті цих приміщень, потрібні різні габарити, оздоблення, звукоізоляція, гідроізоляція. Також габарити медичних приміщень залежать від обладнання, яке використовується. Суворі вимоги до приміщень пов'язані з інсоляцією, провітрюванням, орієнтацією. Найбільш раціональною для цих приміщень є коридорна схема комунікативного зв'язку.

## 3.2. Загальна методика дослідження формування інтер'єрів для психологічного та ментального оздоровлення

Принцип єдності природи та людини визначено провідним у дизайні інтер'єрів закладів соціального захисту та реабілітаційних центрів. Слід визначити причини того, чому даний принцип було покладено в основу проведеного дослідження. Аналіз провідних педагогічних теорій, підтверджує дієвість природних компонентів у дизайні інтер'єрі. Досвід інтеграції цілих садів у житлові комплекси, медичні та дитячі заклади стають все більш характерними як для Європи так і для Америки. Ландшафтний дизайнер Mik Young Kim, яка працювала над проектом дизайну інтер'єру Crown Sky Garden запропонувала ряд оригінальних прийомів використання природних матеріалів у дизайні інтер'єру лікарні, рис. 3.8.

Підсумовуючи плідний закордонний досвід, у сфері дизайну інтер'єру закладів реабілітації, можна відзначити активне використання та інтеграцію природних ресурсів в інтер'єрах та екстер'єрах дитячих селищ (проект Тукана, Урко Санчес тощо). Ще одним унікальним проектом, де активно використовувалася концепція єдності природи та людини є СОС селище у Африці, що було створено У. Санчес. Прийоми дизайну, що направлені на інтеграцію природної рослинності у даному селищі показані на рис. 3.9. В доповнення впливу природних стихій, слід відзначити дієвість рослин та дерев, на покращення психологічного стану людей, що знаходяться поряд. Дані вектори впливу принципу єдності природи та людини забезпечуються у дизайні інтер'єрів закладів соціального захисту наступними прийомами:

- активна інтеграція та збереження вже існуючих зелених насаджень в прибудинкову територію;

- концептуальне вирішення рекреаційних зон для людей з використанням живих рослин здійснюється двома шляхами: у інтер'єрах; у екстер'єрах. Для

інтер’єрів характерно використання кімнатних рослин з урахуванням інсоляції та особливостей вирощування окремих декоративних культур, а також стильового та гармонійного узгодження загального простору з силуетами форм та розмірами рослин. Важливо усвідомлювати, на етапі проектування дитячого інтер’єру, особливості використання кімнатних рослин, як фонової частини інтер’єру, так і в якості домінанти. Як було відзначено, дизайн інтер’єрів влючає функціональні (життєзабезпечуючі) так і педагогічні, психологореабілітаційні вектори. В контексті єдності природи та людини першочергово досліджується завдання дизайну інтер’єру у психолого-реабілітаційному та педагогічному аспекті.

Отже, визначимо основні вектори впливу принципу єдності природи та людини у дизайні інтер’єрів закладів реабіліаційного центру, що направлено:

- на формування гармонійної особистості;

- на формування обережного та раціонального використання природних ресурсів;

- на корегування психологічних травм вихованців шляхом активного залучення їх до догляду та піклуванню за тваринами або рослинами;

- на реабілітацію вихованців шляхом споглядання за природними стихіями: води, каменю,повітря. Стихія вогню майже не використовується з урахуванням високих показників безпечності, характерних для дитячих закладів та агресивної складової даної стихії.

Насамперед потрібно зазначити, що метою дослідження стає інтер’єр для метального та психологічного оздоровлення, а як нам вже відомо, то досягти гармонії допомагають фізичні вправи, правильно підібрані кольори та освітлення . Тож зараз, на прикладі побудови планувальної організації приміщення розглянемо зал для заняття йогою і пілатесом. Для шанувальників духовних практик, що займаються за програмою «розумне тіло», зал проектується як «острівець духовності» в сучасному світі. Без необхідних знань і досвіду роботи, дизайнерське проектування залу для йоги і пілатес просто

неможливо. Складно самостійно врахувати весь найдрібніший нюанс і специфіку роботи, застосовний для даної цільової аудиторії. Колірна гармонія і дизайн відповідний для духовної практики, повинні бути продумані у всьому. Використання натуральних матеріалів та теплого освітлення налаштовує на спокійну практику та заспокоєння.

### 3.3 Закономірності формування інтер'єрів реабілітаційних центрів

Формування безбар'єрної архітектури є одним з актуальних питань на шляху побудови доступного архітектурного середовища реабілітаційних центрів Першою і визначальною серед вимог щодо створення безбар'єрного середовища є концепція "універсального дизайну". Суть концепції: середовище лікування, навчання та проживання, зокрема архітектурне середовище, має бути адаптоване до реальних можливостей всіх категорій населення. "Універсальний дизайн" архітектурного середовища передбачає комплекс заходів щодо забезпечення архітектурними засобами доступності, універсальності, екологічної доцільності середовища людської діяльності.

На основі аналізу вітчизняної та закордоної практики проектування, будівництва та експлуатації реабілітаційних центрів, а також з урахуванням досвіду експериментального проектування та реконструкції об'єктів з організацією доступності дітей з обмеженими можливостями, вважається доцільною така пріоритетність критеріїв організації безбар'єрного архітектурного середовища: фізична доступність; безпека; інформативність; зручність.[19].

У реабілітаційних центрах з підвищеною поверховістю ліфти є основним засобом пересування людей з інвалідністю в приміщення, розташованих на верхніх поверхах. Ліфти повинні розташовуватися поруч з головним входом в будівлю і повинні бути чітко позначені. Вихід з ліфта на першому поверсі слід передбачати в хол або вестибюль, відокремлений від інших приміщень протипожежними перегородками та дверима.

В центрі, як всередині, так і зовні, слід використовувати ігрові елементи, колір, світло і текстури, які пожвавлять простір і зроблять більш комфортним для перебування в ньому . У такому просторі, лікарі зможуть надавати відповідний рівень стимуляції метального та психологічного оздоровлення людям.

Проектуючи реабілітаційні центри, слід врахувати архітектурно-кліматичні та фізико-гігієнічні особливості режимів середовища, які також впливають на ергономіку архітектурного середовища.

До них відносяться:

- повітряний режим,
- світловий режим,
- акустичний режим.

Як і в будь-якій архітектурній споруді, об'ємно-просторове рішення центру, організація його внутрішнього середовища витікає з функціонального призначення приміщень і зв'язків між ними. Однак розробка зручного планування і тектонічне вираження його у композиційному рішенні ще не вичерпує проблеми створення архітектурного середовища будівлі, особливо, будівлі для дітей. Найважливішу роль в таких будівлях грає вплив на архітектурно-художнього образу. Це вплив, як і вплив будь-якого мистецтва, заснований на емоційному сприйнятті людини. Важливого значення набувають колір, світло, фактура матеріалів, ритм, малі форми, декор. Пластичні форми стають одночасно засобом архітектурної виразності.

Питанням психології присвячено багато наукових досліджень. В останні роки найбільш гострою стала проблема психологічного розвитку людей з груп ризику.

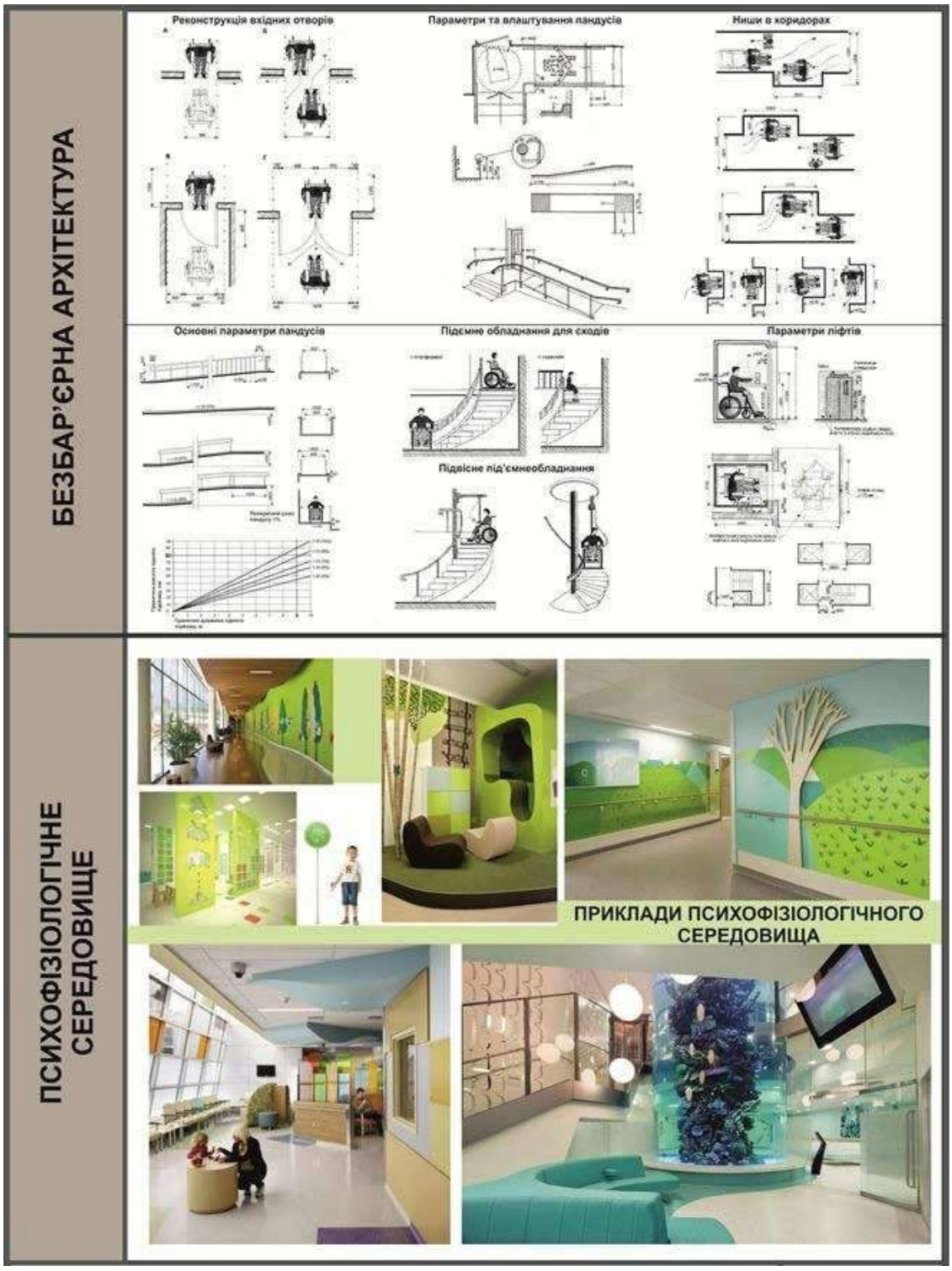



Рис. 3.13. Безбар'єрна архітектура та психофізіологічне середовище реабілітаційних центрів

Зовнішнє оточення пацієнта реабілітаційного центру повинно викликати почуття безпеки, стабільності, поваги і любові. Психотерапевтичні заходи

впливають на архітектурно-планувальну структуру будівлі і функціональне зонування установи. Слід передбачати організацію приміщень індивідуальної та групової роботи, гри, творчої самореалізації. Зонально слід розділяти роботу з різними віковими групами та різними типами відхилень. Раціональним вважається використання прийомів трансформації простору, багатоцільове використання приміщень (особливо при нестачі площі та складу приміщень). Пацієнти центрів потребують корекції порушень поведінки і здоров'я, умов для нормалізації відносин в сім'ї та успішного навчання. Для вирішення цих завдань педагоги і психологи рекомендують створити умови життя в центрі, максимально наближеними до сімейних. Цьому сприяє організація малокомплектних груп (до 10 людей) з комплексом необхідних приміщень: спальні, їдальні, туалети, кімнати для індивідуальних занять з психологом, загальні зали спілкування.

Просторова композиція формує архітектуру реабілітаційних центрів-комплексів, коли основні зони пов'язані переходами між будівлями і сполучними загальними просторами. Будівлі центру набувають більш динамічний і різноманітний вид. Завдяки такому рішенню, можна зручно зв'язати основні зони центру, зробити його більш доступним для дітей з обмеженими можливостями. Теплі переходи між блоками центру дозволять швидше та комфортніше пересуватися між ними. Непотрібно буде в холодну пору року йти через вулицю до потрібного блоку. Створюється враження єдиного простору, що об'єднує в собі всі необхідні функції.

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ ІІІ

В даному розділі дослідження встановлені особливості розміщення реабілітаційних центрів. У залежності від містобудівних умов відрізняють три типи розміщення відносно населеного пункту: а) в центральній зоні міста; б) в пригородній зоні; в) в рекреаційній зоні.

Реабілітаційні центри, розташовані в центрі міста, в тому числі в історичній забудові, мають загальні характерні риси. Таке розташування має свої переваги: зручність транспортної розв'язки; існування розвинених комунікативних та інженерних систем; зв'язок центру з іншими спеціалізованими установами.

Слід зазначити, що зручним можна вважати розміщення в пригородній зоні на ділянках з найбільш сприятливими кліматичними умовами. При такому розміщенні єдиним недоліком є незручна транспортна розв'язка з містом, але при проектуванні дитячих реабілітаційних центрів, слід врахувати, що вони за характером зв'язку з сім'єю належать житловому району і місту в цілому, тому радіус їх обслуговування не нормується. Важливим завданням було визначено підвищення загального рівня культури та соціальної адаптивності, за рахунок принципів та прийомів дизайну інтер’єрів, для всіх членів закладів соціального захисту, на прикладі адміністративного складу, батьків-вихователів та вихованців. Водночас, пріоритетним завданням стало визначення тематичних концепцій в дизайні інтер’єру даних закладів, що направлені на загальний розвиток, підвищення рівня культури та соціальної адаптивності вихованців. Такими тематичними концепціями в дизайні інтер’єру закладів для ментального оздоровлення стали: концепція єдності природи та людини, концепції предметно-розвиваючого середовища, концепції художньо-композиційного та декоративного оздоблення.

# РОЗДІЛ IV.
# ЗАСОБИ І ПРИЙОМИ ПРОЄКТУВАННЯ ІНТЕР'ЄРІВ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА МЕНТАЛЬНОГО ОЗДОРОВЛЕННЯ

## 4.1. Умови і завдання проєктування. Функціональні, конструкційні, технологічні прийоми формування реабілітаційних центрів

За проектом в склад реабілітаційного центру входять басейн зі спеціальним реабілітаційним обладнанням, три спеціалізовані спортивні зали, відділення гідротерапії, масажні кабінети, зона для роботи психологів з приміщенням для психологічного розвантаження. Медичні протоколи використання найсучаснішого обладнання, поєднання апаратних методів, лікувальної фізкультури та басейн з сучасним обладнанням, в тому числі орієнтований на людей, що пересуваються на візках дають можливість успішно поновлювати функції організму та мінімізувати наслідки поранень.

У холі другого поверху запроектовано вітраж в стелі з видом на небо, внаслідок чого природне освітлення проникає в хол поверху; в ігрових кімнатах використано віконні прорізи для забезпечення повноцінного візуального зв'язку зовнішнього і внутрішнього середовища.

Розглядаючи об'ємну композицію, можна виявити окремі блоки приміщень, що забезпечило багатофункціональність даної будівлі. Архітектурне рішення об'єкту найпростіше – моноблок. В центральній частині споруди розміщений внутрішній дворик-патіо з прозорим дахом, що виконує функцію зони відпочинку з кафетерієм, зимовим садом та сухими фонтанами. Просторий світлий хол, що переходить у внутрішній двір, коридори зі скляними стінами, що розкриваються на зимовий сад створюють необхідну психологічну атмосферу спокою, відпочинку, урочистості, що дуже важливо для категорії пацієнтів для яких запроектований реабілітаційний центр. Планування комплексу функціональне, з виділенням зон-басейну та гідротерапії з роздягальням, блоку психологічної реабілітації, блоку фізіотерапевтичних процедур. Одночасно центр може обслуговувати до 40

пацієнтів.

Архітектори застосували для будівництва конструкцію збірних панелей «сендвіч», що виготовляються на Червоноградському, Тернопільському, Київському та Харківському заводах. Монтаж будівельної частини комплексу з застосуванням таких збірних конструкцій можливий у термін 3-4 місяці, що значно зменшує час будівництва та вводу об’єкту в експлуатацію.

Щодо функціонально-планувальної організації об’єкту проектування, то це три функціональних блока:

1) Блок реабілітації, що складається з приміщень медико-соціальної реабілітації;
2) Блок психолого-педагогічної допомоги та блок розміщення, що складається з приміщень денного перебування і стаціонару, що включає відділення цілодобового перебування;
3) Блок управління, що складається з приміщень служб управління і служб організації реабілітаційної діяльності, а також адміністративної служби і дирекції.

Реабілітаційний центр є комплексом взаємопов'язаних корпусів, зосереджених на одній ділянці.

Приміщення приймально-вестибюльної групи, консультативного відділення розміщені по центру будівлі і з’єднують всі корпуси, над цією зоною розміщується атріум. Приміщення лікарських кабінетів і лікувально-відновлювальних процедур групуються навколо так званих кімнат очікування (приміщень для пацієнтів). Приміщення басейну згруповані в єдиному блоці з лікарняними приміщеннями.

Об’ємно-просторова організація об’єкту проектування

Реабілітаційний центр включає в себе три функціональних блока, що з'єднуються за допомогою атріуму.

Для більш детального вивчення та демонстрації об'ємно-планувального рішення варто прослідкувати розміщення та влаштування приміщень за

основними напрямками руху відвідувача. Починаємо свій шлях з вхідної зони, тут відбувається реєстрація дітей і надається необхідна інформація. Далі ми потрапляємо в блок реабілітації, де люди проходять повноціне обстеження фізичного здоров'я, потім переходимо в блок управління, де обстежується вже психологічний стан та відбувається поселення дитини, за необхідністю, а далі через атріум потрапляємо в навчальну зону, або в фізкультурно-оздоровчу зону.

## 4.2. Вимоги для пожежної безпеки та їх виконання у приміщеннях реабілітаційних центрів

У проекті передбачені умови безперешкодного і зручного пересування пожежної машини по ділянці, комплексу споруд з урахуванням вимог містобудівних норм. Ширина транспортних проїздів на ділянці відповідає протипожежним вимогам.

Кожен блок будівлі має евакуаційну сходову клітину та три евакуаційні виходи, в головному блоці розміщений пандус для інвалідів на візках. З будь-якої точки першого поверху відстань до виходу не перевищує 25 м. Також передбачено аварійне освітлення і звуковий сигнал.

Кожен блок оснащений інформаційними стендами про шляхи евакуації, а також вогнегасниками.

Всі несучі внутрішні та зовнішні стіни повинні мати REI не менше 60 відповідно до стандартів EN. Покрівля та стеля повинні мати індекс REI не менше 60 відповідно до стандартів EN. Всі не несучі внутрішні компоненти стіни між приміщеннями з різними функціями (залежно від функції) повинні мати індекс EI не менше 60 відповідно до стандартів EN.

Двері сходових клітин, що виходять безпосередньо в сходові клітини виконані з армованого скла, або ж є глухими.

Вентиляційні установки підпору повітря і димовидалення розташовано в окремих приміщеннях вентиляційних камер, відгороджених протипожежними

перегородками 1-го типу та перекриттями 3-го типу. Відкривання поповерхових клапанів димовидалення і включення вентиляторів протидимних установок передбачено. Сигнали про вмикання (спрацювання) систем димовидалення та підпору повітря передаються на об'єднаний диспетчерський пульт і у приміщення чергового персоналу. Формування зазначених сигналів має здійснюватися шляхом контролю відкритого положення кожного приймального клапана системи підпору повітря і спрацювання пускача вентилятора системи димовидалення.

У шафах пожежних кранів встановлено кнопки, від яких надходить сигнал на запускання пожежних насосів, відкривання засувки на обвідній лінії водомірного вузла, на відкривання поповерхових клапанів димовидалення та на вмикання протидимних вентиляторів. Сигнал автоматично надходить від датчика положення пожежного крана.

Система пожежної сигналізації являє собою модульну адресно-аналогову пожежну станцію. Різноманітні пожежні датчики дозволяють вибрати для кожного блоку найбільш придатний фізичний принцип виявлення загоряння: оптичний, іонізаційний, тепловий. На шляхах евакуації встановлюються адресні ручні датчики. Система з високим ступенем імовірності виявлення пожежі на ранній стадії загоряння здатна забезпечувати локалізацію вогнища загоряння, швидко реагувати на появу "чорного" диму. Система інтегрується ЕОМ та існуючими цифровими мережами передачі даних.

Будівлю необхідно забезпечити засобами пожежної сигналізації: оповіщувачі (датчики), що подають сигнал про пожежу безпосередньо з об’єкта; системою електричних проводів до приймальної станції, яка призначена для передачі від датчиків сигналів про пожежу; приймальні апарати (станції), що забезпечують приймання сигналів від датчиків.

## 4.3. Предметно-просторова організація інтер’єру

Було створено просторе і презентабельне приміщення з сучасними меблями в контрасті з класичними елементами декору. Приміщення відрізняється відкритим плануванням простору при наявності різних зон колективного користування, створених для загального комфорту і зручності пацієнта. В якості основного колірного рішення був обраний білий колір, додають різноманітності кольори меблів, та оздоблювальні текстури стін. Стилістичне рішення інтер’єру побудоване на поєднанні відкритих недекорованих будівельних конструкцій та сучасних інженерно- технологічних рішень та приладів. Особливостями проекту є відкрите планування, практично повна відсутність перегородок, зонування за допомогою скляних перегородок або світла, індустріальні риси інтер'єру (труби, мдф панелі, штукатурка). В проекті використані такі принципи: - максимальна присутність світла, причому не штучного, а природного. Також використані тільки натуральні матерали та світлі кольори, які позитивно впливають на психологічний стан.

Було розроблено три зони:

- вхідну зону( ресепшен та зона очікування)
- зал для занять з йоги
- приміщенн для зустрічей з психологом

Простір реабілітаційного центру, побудований на прагненні використати промислові мотиви, що співіснують з природніми матеріалами та озелененням. Головне правило - мінімум перегородок, максимум простору.

Для декорування стін використовується гіпсокартон, фарбовані поверхні, дерево. В переговорних кімнатах застосовані мдф панелі двох типів, під колір та текстуру дерева. Вхідна група оформлена рядом натуральних матеріалів, а саме склом, металом, деревом, керамогранітом, тканиною. Певні кімнати оформлені стіновими панелями мдф під покраску.

У проекті даного центру використовується 4 типи конструкцій стелі:

а) підвісна стеля;

в) грильято;

г) штукатурна стеля (по ПП);

д) стеля Heradesign по металічному каркасу.

Зона санвузлів та переговорів має стелю грильято чорного кольору. Грильято - це комірчаста поверхня, утворена за допомогою алюмінієвих решіток та направляючих. Переваги грильято: відмінні показники світлостійкості; морозостійкість; довговічність декоративного покриття; водостійкість; не схильність до корозії; дозволяє швидко і просто замінити інженерні комунікації. Певні зони оздоблені гпсокартоном під покраску. Стеля та колони - з бетону, та додатково оброблені матовим лаком. Вхідна зона має підвісну стелю та заказний алюмінієвий профіль під покраску. Для кожної зони підібраний відповідний тип освітлення, в основному це - технічне освітлення. Для вхідної зони очікування застосовано розсіяне точкове освітлення. В робочій зоні застосовані підвісні лінійні світильники. Застосовано два види точкових світильників під врізку у гіпсокартон та призначені для грильяти. Також застосовані підвісні LED в скайпрумах та LED в стельових нішах.

При обранні меблів важливо, щоб вони відповідали повністю функціональній зоні, підкреслювали стилістичне рішення, створювали умови для комфортного перебування та відпочинку. Меблі для реабілітаційного центру є практичними і функціональними та при цьому зручними. Вони виготовлені з таких матеріалів: дерево, хромований пластик і метал, скло, натуральна шкіри і її замінники. Комфортний інтер’єр реабілітаційного центру, який не нагодує лікарню - це основний фактор, що впливає на самопочуття і комфорт пацієнта, тому вони відповідають всім ергономічним показникам. У вхідній зоні розміщено дивани, всі елементи у спокійній гаммі кольорів. У якості декору використовуються кімнатні рослини. Для освітлення використано точкове освітлення. Зал для йоги обладнаний всі  необхідним для занять та занурення у відповідну атмосферу. Використовуються лише натуральні матеріали та дуже багато сонячного світла, завдяки великим вікнам.

Приміщення для зустрічей з психологом обладнане санвузлом та кімнатою з новітніми меблями. Затишок створюють такі деталі, як килимм, журнальний столик, дуже м'який диван. Щоб пацыэнта все налаштовувало на выдверту дозмову, яка у подальшому допоможе налагодити психологычне та ментальне здоров'я.

**Висновок до розділу IV**

1. Визначено особливості розташування Реабілітаційнийного центру для воїнів АТО на базі Луцького Госпіталя інвалідів війни
2. Концепція інтер'єру полягає у створенні просторового і презентабельного приміщення з сучасними меблями в контрасті з класичними елементами декору.
3. Досліджено особливості композиційних побудов в планувальному рішенні реабілітаційного центру. Комплексне вирішення функціонально-ергономічних предметів забезпечення комфортного рівня внутрішнього простору дозволить досягти оптимального рівня ергономічних властивостей предметно-просторового середовища для комфортного перебування пацієнтів.
4. Досліджено максимально ергономічне функціональне зонування для комфортного перебуванняпацієнтів у реабілітаційному центрі.
5. Проведено усі заходи по усуненню небезпечних та шкідливих чинників впливу виробничих факторів на людину покращать загальний стан здоров'я та комфорт перебуваючи персоналу та гостей у приміщеннях центру.
6. Запроваджено усі заходи з пожежної безпеки: використано протипожежну автоматику та вогнетривкі матеріали.

# РОЗДІЛ V.
# РОЗРОБКА ЕЛЕМЕНТУ МЕБЛІВ ДЛЯ ІНТЕР'ЄРУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

## 5.1. Особливості конструктивного рішення елементу (меблів)

В реабілітаційному центрі для ментального та психологічного оздоровлення був спроектований зал для занять з йоги. Та як нам відомо що найважливішим з усього обладнання та потрібного для занять – це коврики. Тож було розроблено шафу для організації ковриків для йоги.в Сучасний дизайн покликаний розширити межі та скоротити кількість непотрібних дрібниць, тим самим ця шафа допоможе організувати простір і зробити шафу з килимками - елементом інтер'єру. Особливість меблів в сучасному стилі полягає в тому, що всі предмети мають ідеальну форму, правильні пропорції, рівні, плавні, прямі або злегка округлені лінії і досконально продуманий зміст. Тож важливою частиною інтер'єру сучасного залу для йоги має бути той самий елемент, який буде виглядати як дизайнерське доповнення і дійсно бути функціональним.

Для даної дипломної роботи було розроблено та виготовлено шафу органайзер для килимків. Дуже практична річ, бо вона ще має дві полички , які роблять її ще більш функціональною, але перше її призначення це зберігати саме килимки.

Для створення та розробки даної конструкції було розглянуто аналоги таких органайзерів. Місце для зберігання взуття (рис 5.1, 5.2.)



Рис. 5.1 органайзер для взуття



Рис. 5.2 органайзер для взуття

Але хотілось зробити більш надійну конструкцію, яка гарно б кріпилась до стіни і не боялась навантаження. На (рис 5.3) забражено вже власну розробку для килимків. Яка поднується з інтер’єром приміщення та виконує функціональну роль. Ергономічно цей виріб ідеально підходить для організації килимків та зручно діставати, як з верхньої так з нижньої полички(рис. 5.4)



Рис. 5.3 Власна розробка

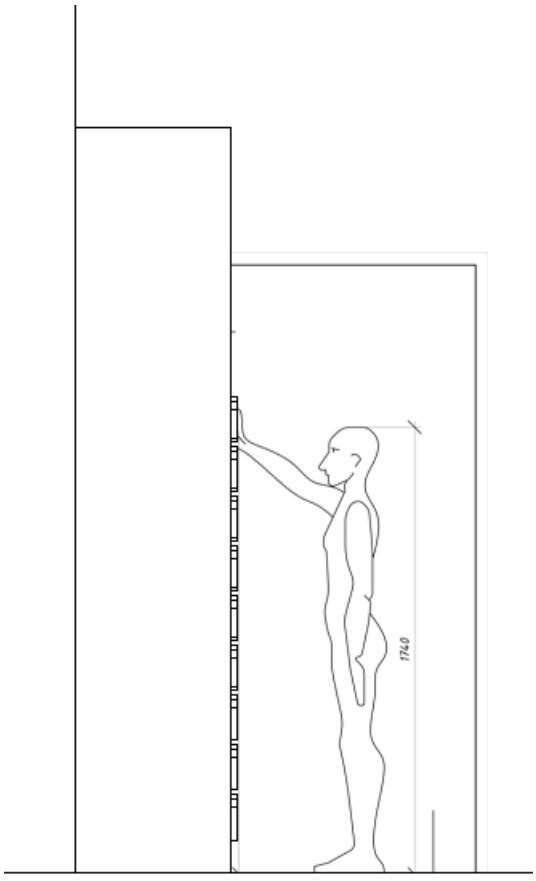



Рис. 5.4 Ергономічна схема

Також показано виріб вже в готовому інтер’єрі зали для йоги( рис 5.5)



Рис. 5.5

## Висновки до розділу V

Було досліджено аналоги конструктивного рішення та особливості моделювання та розробки органайзеру в зал для занять з йоги. Власна розробка вже займає своє місце в інтр’єрі примиміщення та є функціональним та цікавим доповленням.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У результаті проведеного магістерського дослідження визначено принципи архітектурно-планувальної організації реабілітаційних центрів, на основі чого реалізовано низку задач дослідження, що дало змогу отримані результати сформулювати у вигляді таких висновків.

1. На основі проведеного аналізу джерельної бази, матеріалів наукових праць, присвячених проектуванню реабілітаційних центрів в Україні, вивчено сучасний стан досліджуваної проблеми та виявлено необхідність розробки принципів архітектурно-планувальної організації реабілітаційних центрів.

2. Досліджені напрямки розвитку функціонально-планувальних схем реабілітаційних центрів; надані пропозиції щодо їх архітектурно- планувальної організації, які будуть сприяти створенню комфортних умов проходження певного циклу реабілітаційних процедур з інвалідністю практично без відриву їх від середовища.

3. Розроблені і теоретично обґрунтувані принципи архітектурно-планувальної організації реабілітаційних дитячих центрів:

- принцип розширеного зонування (передбачає виділення спеціалізованих зон, призначених для реалізації особливих потреб для психологічного та ментального оздоровлення);
- принцип комплексності відновлюючих функцій (який дозволяє створювати багатофункціональний реабілітаційний центр зі специфічними блоками та багатопрофільний заклад для лікування людей з різними хворобами);
- принцип адаптивності середовища (враховує розміри споруд, відстаніміж ними, масштаб забудови зважаючи на фізичні параметри дітей).

Стосовно подальших досліджень у руслі даної магістерської роботи слід відзначити, що найбільш актуальними напрямками є: розробка ефективної нормативної бази проектування на основі комплексного підходу до вирішення

проблеми; уточнення перебігу певних реабілітаційних та супутніх процесів та пов’язане з цим більш докладне визначення нормативних площ; визначення та уточнення міжгалузевих зв’язків, що стосуються даної проблеми; впровадження ідеї доступності (досяжності) на усіх рівнях суспільних та проектних структур.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ


1) ДБН А.2.2-1-2003 "Склад і зміст матеріалів оцінки впливів на навколишнє середовище (ОВНС) при проектуванні і будівництві підприємств, будинків і споруд". - Введ. 2004-04-01. - Київ.: Держбуд України, 2004. - 23 с.
2) ДБН А.3.1-5:2016 «Організація будівельного виробництва». - Введ. 2016-09-01. - Київ.: Мінрегіон України, 2016. - 49 с.
3) ДБН А.32-2-2009 «Охорона праці і промислова безпека в будівництві». - Введ. 2012-04-01. - Київ.: Мінрегіон України, 2012. - 122 с.
4) ДБН Б.2.2-12:2019 «Планування і забудова територій». - Введ. 2019-10-01. - Київ.: Мінрегіон України, 2019. - 185 с.
5) ДБН В.2.1-10-2009 «Основи та фундаменти споруд»
6) Аналіз впливу результатів будівництва на навколишнє природне середовище [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: http://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/26666/1/Zybko.pdf.
7)
8) ДБН В.2.5-28-2006. Природнє і штучне освітлення. — К., 2006.
9) ДБН В.2.2-10-2001. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я;
10) ДБН В.1.1-31:2013 «Захист територій, будинків і споруд від шуму». - Введ. 2014-06-01. - Київ.: Мінрегіон України, 2014. - 85 с.
11) СНиП 2.01.01-82 "Строительная климатология и геофизика". - Введ. 1984-01-01. - М.: Стройиздат, 1983. - 136 с.
12) Закон України "Про благоустрій населених пунктів" зі змінами від 10.06.2017 р. № 2807-IV; Відомості Верховної Ради України. –2005. – № 49. – Ст. 517.
13) Закон України "Про комплексну реконструкцію кварталів (мікрорайонів) застарілого житлового фонду" – № 525-V від 2007 з редакцією від 01.01.2020р.
14) Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1994,

№2

15) Постанова "Про заходи щодо реконструкції житлових будинків перших масових серій" – №820-99-п від 14 травня 1999 р. N 820 зі змінами від 10.01.2002
16) Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження комплексної програми забезпечення реалізації Стратегії подолання бідності" - № 1712-2001-п від 15.05.2003
17) Апанасенко Г.Л. Здоров'я, яке ми вибираємо / Г.Л. Апанасенко. – К.: Здоров'я, 1989.
18) Ахаимова А.А, Принципы архитектурно- планировочных решений социально-реабилитационных центров (для беспризорных детей и подростков): автореф. Дис. на соиск. к. арх.,-Киев, 2005- 22с.
19) Архітектурне проектування громадських будівель і будівель.- М.: Стройиздат, 1985.- 541 с.
20) Архітектура. Короткий довідник / Гол. ред. М.В. Адамчик: Гл. наук.Ред. В.В. Адамчик та ін. - М.: Харвест, 2007. - 624 с.
21) Архітектура, будівництво, дизайн. - М.: Стройиздат, 2005. - 278 с.
22) Архітектурне проектування громадських будівель і споруджень.- М.: Стройиздат, 1985. - 543 с.
23) Аналіз забезпечення рівного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до правосуддя : аналіт. звіт / А. Бурий, В. Разік, А. Микитишин, М. Васюта, Я. Грибальський. – Л., 2013. – 89 с
24) Аналіз впливу результатів будівництва на навколишнє природне середовище [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: http://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/26666/1/Zybko.pdf.
25) Архітектурна доступність шкіл : навч.-метод. посіб. / Азін В. О., Грибальский Я. В., Байда Л. Ю., Красюкова-Еннс О. В. – К., 2012. – 88с.

– ISBN 978-966-97179-2-4

26) [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу:. https://krmedical.com.ua/pro-medichnij-czentr/

27) [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу https://www.the-village.com.ua/village/city/city-news/316739-na-troeschini-stvoryat-reabilitatsiyniy-tsentr-dlya-ditey-z-invalidnistyu

ДОДАТКИ

# Anti-Plagiarism v-15.257

**Максимальне співпадіння з одним документом 3,0%**

Словники перевірки : en_US, ru_RU, ua_UA **Помилок в документах: 11 %**

| ID: 63394<br>Назва : Принципи формування інтер'єрів для психічного та ментального оздоровлення на базі реабілітаційних центрів<br>Додано в БД: 2022-12-14<br>Автори: Сенченко Владислава<br>Керівники : Прокопов О. В. Косаревська Р.О | Документ | | Сумарне співпадіння по базі даних | |
|---|---|---|---|---|
| | Символи | Лексеми | Символи | Лексеми |
| | | 664 | | |