

УДК 725.1

В.Г. Чернявський

ФУНКЦІОНАЛЬНО- ПЛАНУВАЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКАРНЯНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ АРХІТЕКТУРНО-ХУДОЖНЬОЇ СТРУКТУРИ ІНТЕР'ЄРІВ

Одне з пріоритетних соціальних завдань держави, яка стала на шлях незалежності – збереження і зміцнення здоров'я населення. Стан здоров'я населення має великий вплив на соціально-економічний і культурний потенціал держави, особливо під час економічної кризи.

При лікуванні хворого велике значення для нього має навколишнє зовнішнє середовище. Вплив емоційних чинників на життєдіяльність організму доведений багатьма дослідженнями у нас і за кордоном. Встановлено, що емоційні реакції охоплюють всі функції організму, готуючи сприятливе або несприятливе сприйняття різних зовнішніх дій. Організацію в цих цілях зовнішнього середовища на науковій основі називають естетикотерапією [1].

Проблемі організації комфортного середовища лікарняних закладів завжди приділялося багато уваги, ще в далекому 1955 р. вона була головною темою Міжнародних конгресів — по лікарняному будівництву. Цим питанням приділено багато уваги на XIII і XIV міжнародних конгресах з лікарняного будівництва в 1963 і 1965 рр., що відбулися в Парижі і Стокгольмі.

Метод лікувальної дії на організм через емоційний стан людини в першу чергу передбачає організацію предметно-просторового середовища, що оточує його, тобто інтер'єру. Зовнішній вигляд приміщень (обробка, забарвлення, освітлення, меблі, обладнання, вироби та твори мистецтва), в яких хворому доводиться лікуватися, відпочивати, харчуватися, а також природа, яку він бачить, знаходячись на терасі або в лікарняному парку, викликають у нього враження і асоціації, що активно впливають на настрій і ефективність лікування.

Фахівці, що працюють в області лікарняного проектування, лікарі, архітектори і дизайнери надають велике значення теоретичним і практичним питанням організації інтер'єру в лікарнях. В інтер'єрі лікарняних приміщень можна зустріти твори образотворчого мистецтва: картини, літографії, декоративні панно; монументально-декоративного мистецтва: кераміку, дерево, текстиль, вітражі. Всі ці засоби відволікають хворого від думок про хворобу, допомагають йому побачити світ живим і цікавим, стимулюють його сприятливий душевний стан.

У деяких країнах для цього лікарням виділяються певні кошти (у відсотках від вартості будівництва), для створення інтер'єрів лікарень часто

притягуються досвідчені майстри. Наприклад, у французькій лікарні в Сен-Ло декоративні розписи і колірні композиційні вирішення приміщень виконав талановитий художник Фернан Леже.

З метою вивчення можливостей формування архітектурно-художньої структури інтер'єрів об'єктів лікувальних закладів необхідно розглянути зміст і взаємозв'язки основних підрозділів лікарні з урахуванням планувально-технологічних вимог.

Медичний заклад представляє собою систему елементів будівель і, одночасно, елемент системи культурно-побутового обслуговування. Підрозділи лікувально-профілактичних закладів розподіляються на функціональні групи: за призначенням, режимом експлуатації, ступенем насиченості технологічним та інженерним обладнанням, характером діяльності персоналу, організації зв'язків, можливістю розширення і внутрішнього перепланування приміщень та архітектурно-художнього вирішення інтер'єрів [2].

У процесі дослідження проаналізовані особливості функціонально-планувальної та технологічної організації лікувальних закладів. Їх структура розділена на декілька основних підрозділів (функціональних груп): приймальні відділення та приміщення виписки, палатні відділення, операційні блоки, відділення анестезіології і реанімації, служба приготування їжі, приміщення клінічних кафедр, службові і побутові приміщення, лікувально-діагностичні відділення стаціонарних і амбулаторно-поліклінічних закладів.

ПРИЙМАЛЬНІ ВІДДІЛЕННЯ ТА ПРИМІЩЕННЯ ВИПИСКИ. У приймальному відділенні відбуваються огляд, санітарна обробка, уточнення або постановка первинного діагнозу і напрям хворого у відповідне палатне відділення. Приймальне відділення розташовується, як правило, на першому поверсі (можливе розміщення в цокольному або другому поверхах з пристроєм пандуса). Приміщення для виписки необхідно передбачати у кожному корпусі стаціонару [3].

ПАЛАТНІ ВІДДІЛЕННЯ. Палатні відділення являються одним з основних функціональних елементів лікарні. Набір приміщень палатних відділень залежить від профілю захворювань і віку хворих, що обслуговуються у відділенні. Основними типами палатних відділень є: неінфекційні відділення (для дорослих і дітей); інфекційні відділення; акушерські відділення. Палатні відділення складаються із палатних секцій і загальних приміщень. При проектуванні палатних відділень палатні секції мають бути непрохідними, при вході до палатної секції передбачається шлюз завглибшки 2-3 м. Кількість ліжок в палатних секціях має бути не менше 20 і не більше 30. Місткість палат необхідно приймати не більше ніж на 2 ліжка.

При розробці функціонально-планувальної структури палат виділяються основні зони: спальне місце, рекреаційна зона, зона прийняття їжі, зберігання одягу та санітарна (душова, вбиральня, умивальня). До основних зон покладені наступні вимоги: кожне спальне місце повинно бути ізольоване; від кожного ліжка забезпечена зручна досяжність до місць загального користування; кожному хворому повинна бути надана можливість вільної досяжності до вікна або лоджії; до кожного ліжка повинен бути забезпечений вільний під'їзд візка; кожне ліжка повинно мати достатньо природного освітлення [2].

Оптимальне розміщення палат забезпечується кроком 3,6; 7,2 м по фронту. Палатні секції рекомендується розміщувати починаючи з другого поверху. Лікарняні секції, як правило, типізуються та уніфікуються. Ширина лікарняних коридорів у відділеннях повинна бути не менше 2,4-2,5 м. Групування палатних відділень у головному корпусі стаціонару потребує організації коротких зв'язків з операційними відділеннями та відділеннями анестезіології і реанімації.

ОПЕРАЦІЙНІ БЛОКИ. Операційні відділення проектується для надання оперативної хірургічної допомоги хворим. Основною вимогою є ізольованість від усіх приміщень лікарні та зручні зв'язки з приміщеннями відділень анестезіології – реанімації, палатними відділеннями хірургічного профілю, приймальним відділенням. В операційному блоці має бути два ізольованих непрохідних відділення: асептичне і септичне з самостійним набором допоміжних приміщень.

Операційні необхідно проектувати на 1 операційний стіл. Найбільші зручності для зонування операційного блоку створюються в широкому не менш 15-18 м, корпусі, який може мати два коридори. В великих лікарнях операційний блок досягає великих (у межах 24 x 100 м) розмірів і є важливим формоутворюючим елементом плану. Висота приміщення операційного блоку приймається підвищеною (3,6 м) порівняно з іншими відділеннями (3,3 м), освітлення може бути як штучним, так і природнім.

ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ І РЕАНІМАЦІЇ, РЕАНІМАЦІЇ І ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ. В функції відділення входить проведення ряду лікувальних і діагностичних заходів, що спрямовані на відновлення або тимчасове заміщення втрачених або згасаючих життєво важливих функцій організму хворого, який знаходиться в особливо тяжкому стані. Відділення мають складатись із двох підрозділів: для хворих, що поступають із палатних відділень лікарні і для хворих, що поступають в лікарню поза приймальним відділенням (швидкою допомогою). Відділення не мають бути прохідними. Вхід персоналу в зону лікувальних і допоміжних приміщень повинен передбачатися тільки через санітарний пропускник.

СЛУЖБА ПРИГОТУВАННЯ ЇЖІ. Служби приготування їжі лікарень розміщуються в окремих корпусах, зв'язаних переходом з палатними блоками, або в прибудовах до головних корпусів. Відомо дві системи приготування і розподілу їжі централізована і децентралізована. При централізованій системі їжу готують в центральній службі і доставляють в готовому вигляді різними транспортними засобами у відділення. При децентралізованій системі заготівка напівфабрикатів здійснюється в службі-заготовочній, а остаточне приготування їжі у доготовочних, розташованих при лікувальних корпусах [4].

При службах приготування їжі допускається проектування їдалень, буфетів, кафе для персоналу і додаткового платного харчування хворих, їх необхідно проектувати з урахуванням норм на проектування підприємств громадського харчування.

ПРИМІЩЕННЯ КЛІНІЧНИХ КАФЕДР. При проектуванні клінічних закладів у складі лікувально-профілактичних закладів необхідно включати приміщення для організації роботи клінічних кафедр. При проектуванні навчальних приміщень клінічних кафедр необхідно керуватись ДБН В.2.2-3.

СЛУЖБОВІ І ПОБУТОВІ ПРИМІЩЕННЯ. Службові і побутові приміщення лікарень складаються з декількох груп приміщень. Вестибюльна група розраховується по числу відвідувачів, яке приймається рівним 70% чисел ліжок в лікарні. Окрім вестибюлів сюди входять довідкові, приміщення для прийому передач і бесід відвідувачів з лікарями, що лікують. В складі службово-побутових приміщень при вестибюлі відвідувачів розміщуються торгові кіоски, пункти міжміського телефонного зв'язку, кафетерій для відвідувачів хворих і персоналу.

До групи службових приміщень відносяться кабінети керівництва лікарнею, канцелярія, бухгалтерія, медичний архів, статистичний кабінет, бібліотеки для лікарів і хворих, кімнати для занять і їдальня персоналу. Конференц-зал проектується універсальним з кількістю місць, рівною 50% складу персоналу.

До побутових приміщень відносяться білизняні, перукарні, санпропускники, вбиральні персоналу, майстерні по ремонту медичного устаткування.

ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ ВІДДІЛЕННЯ СТАЦІОНАРНИХ І АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДІВ. Передбачаються роздільні входи і роздільні приміщення для стаціонарних і амбулаторних хворих. Зони для хворих стаціонару і поліклініки з різних боків повинні приєднуватися до зони персоналу. Кожний структурний підрозділ має свою мікроструктуру та комплекс приміщень, які відповідають технології відділення [5].

Допускається поєднувати в одному відділенні рентгенодіагностичні кабінети стаціонару і поліклініки, за винятком кабінетів інфекційних, туберкульозних відділень, а також акушерських стаціонарів з числом ліжок більше 100. Рентгенівське відділення не повинно бути прохідним.

Відділення відновлювального лікування, або фізіотерапевтичне, складається з приміщень, де проводяться різні види лікування (водолікування, електролікування, лікувальна фізкультура і ін.), і є одним з найбільших за площею відділень лікарні. Так само як і рентгенологічне відділення, фізіотерапевтичне обслуговує стаціонар і поліклініку.

Клініко-діагностичні лабораторії складаються з приміщень для виробництва досліджень і підсобних кімнат. Основними виробничими приміщеннями є гематологічна, бактеріологічна, загально клінічна і біохімічна лабораторії.

Центральне стерилізаційне відділення є обов'язковим структурним елементом лікувально-профілактичного закладу і розміщується у місцях для забезпечення зручного зв'язку з операційним блоком і загально лікарняними транспортними комунікаціями.

Патолого-анатомічне відділення складається з приміщень для лабораторної і секційної роботи і траурного залу з допоміжними кімнатами. Ці підрозділи повинні бути ізольовані один від одного і мати окремі входи.

Дослідження показали доцільність виділення в окремі корпуси (блоки) тих підрозділів, до яких пред'являються особливо жорсткі санітарно-гігієнічні вимоги (акушерського, педіатричного, деяких видів вузькопрофільних палатних відділень), групування однорідних підрозділів і приміщень вздовж автономних комунікацій в межах будівельних блок-корпусів (палатні відділення, операційні відділення і т.п.). Такий підхід дає можливість формування лікарень на основі функціональних блоків, таких як: палатні відділення, операційний блок, відділення анестезіології і реанімації, лікувально-діагностичні відділення, службові і побутові приміщення, поліклінічне відділення [2].

Розділення всього комплексу лікувального закладу на функціональні зони має важливе значення при формуванні архітектурно-художньої структури його інтер'єрів. Згідно теорії В.Р.Раннева [6], структура громадських будівель має свої закономірності організації. Інтер'єр будинку складається із сукупності приміщень (моноп просторів) з додаванням "комунікаційних просторів". Організація структури поліпростору у функціональному відношенні виражається в пошуку раціональної схеми зв'язків між приміщеннями. В архітектурних системах групи різних діяльних циклів стосовно визначального процесу позначаються як основні приміщення, додаткові та допоміжні. Основні - ті, які містять головний процес даного об'єкта. Додаткові приміщення

необхідні для супутніх процесів. Вони безпосередньо пов'язані з основними просторами. Допоміжні приміщення містять санітарно-гігієнічні та технічні пристрої для життєзабезпечення людей і процесів у будинку.

Стосовно лікарняних закладів до основних приміщень необхідно віднести дві групи приміщень: 1) призначених для роботи медичного персоналу (операційні, маніпуляційні, перев'язувальні, лабораторії, наркозні, пости сестер і т. д.); 2) призначені для тривалого перебування хворих (палати, кімнати відпочинку, кабінети лікарів). Додаткові приміщення також можна розділити на дві групи: 1) призначені для хворих та відвідувачів (вестибюлі, приймальні, холи для очікування, коридори); 2) для персоналу (адміністративні, конференц-зал, лекційні аудиторії, група інформації). Допоміжні приміщення складають групу приміщень технічного забезпечення лікарні та санітарно-гігієнічні.

При комплексному формуванні архітектурно-художньої структури лікарняних закладів в цілому доцільне розмежування проектних завдань на акцентування художньої виразності, що асоціюється з соціальними функціями об'єкту, в приміщеннях представницьких і на створення оптимальної робочої атмосфери в приміщеннях службових [7].

Максимум наростання насиченості простору засобами колористики, монументально-декоративного мистецтва і предметного наповнення повинен фіксуватися в зоні, передуючій основному функціональному простору, щоб в нім ніщо не відволікало від профілюючої роботи.

Враховуючи аналіз існуючих вітчизняних та зарубіжних вирішень формування архітектурно-художньої структури лікарняних закладів на основі урахуванням функціонально-планувальної організації можливо зробити наступні рекомендації. Для першої групи основних приміщень необхідно застосовувати кольори, що контрастують по колірному тону з даним предметом, що робить цей предмет помітніше і допомагає зосередити на нім увагу лікаря. Проте при цьому не повинно виникати кольорових рефлексів. Для другої групи основних приміщень рекомендуються мало насичені і світлі кольори з тонким переходом одного кольору в інший, що не викликає активності сприйняття, а створює умови для відпочинку та реабілітації. Можливі включення елементів декоративного мистецтва. Інтер'єри додаткових приміщень забарвлюють не галасливо, але і не одноманітно. Вони повинні вносити різноманітність до загального архітектурного комплексу, що досягається їх обробкою і чергуванням теплих і холодних кольорів. В цьому випадку, залежно від опрацьованої концепції та задуму авторів, має місце активне застосування, озеленення, засобів монументально-декоративного мистецтва з метою підвищення рівня естетичної організації об'єкту. Головним завданням формування виразності інтер'єрів допоміжних приміщень - сприяти

максимальному забезпеченню основних функціонально-технологічних вимог лікарняного закладу.

Література

1. Гоциридзе Г.Г. Современные больницы за рубежом / Георгий Георгиевич Гоциридзе, Алексей Георгиевич Сафонов. – Москва: Издательство литературы по строительству, 1970. – 264 с.
2. Русін В.В. Формування мережі і типів лікувально-профілактичних закладів в сучасних умовах великого міста (на прикладі м. Полтави): Дис...канд. арх.: 18.00.02 / КНУБА – К., 2000.- 192 с.
3. ДБН В.2.2-10-2001. Заклади охорони здоров'я.- К.-164 с.
4. Архитектурное проектирование общественных зданий и сооружений / Под общ.ред. Рожина И.Е., Урбаха А.И. – М.: Стройиздат, 1985. – 541 с.
5. Підгірняк К.Ю. Архітектурно-планувальна організація міських поліклінік (на прикладі м. Києва): Автореф. Дис...канд. арх.: 18.00.02 / КДТУБА – К., 1996.- 18с.
6. Раннев В.Р. Интерьер : Учеб. пособие для архит. спец. вузов / Валентин Романович Раннев. – Москва : Высшая школа, 1987. – 232 с.
7. Ткачев В.Н. Архитектурный дизайн (функциональные и художественные основы проектирования) : Учеб. пособие для студ. и препод. соответствующих дисц. / Валентин Никитович Ткачев. – Москва: Архитектура-С, 2006. – 352 с.

Анотація

В статті розглядається процес формування архітектурно-художньої структури інтер'єрів лікарняних закладів на основі функціонально-планувальної структури.

Ключові слова: лікарняні заклади, комфортне середовище, організація інтер'єру.

Аннотация

В статье рассматривается процесс формирования архитектурно-художественной структуры интерьеров больничных зданий на основе функционально планировочной структуры.

Ключевые слова: здания и сооружения здравоохранения, комфортная среда, организация интерьера.

Annotation

In the article the process of forming architecturally artistic structure of interiors of hospital buildings is consider on the basis of a functional plan structure.

Keywords: buildings of health protection, comfort environment, organization of interior.