

«Сейфуллин окулары-18(2): «XXI ғасыр ғылымы – трансформация дәуірі» Халықаралық ғылыми-практикалық конференция материалдары = Материалы международной научно-практической конференции «Сейфуллинские чтения – 18(2): «Наука XXI века - эпоха трансформации» - 2022.- Т.І, Ч.ІІІ. - С.344-347.

АРХИТЕКТУРНО-ПЛАНИРОВОЧНЫЕ МЕТОДЫ ГУМАНИЗАЦИИ ПАЛАТНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Пономарева Е.П., магистрант 1 курса

Казахский агротехнический университет им. С.Сейфуллина, г. Нур-Султан

Палатные отделения являются наиболее значимой частью современной больницы, занимая наибольшую площадь в планировочной структуре стационаров. В палатном отделении пациент проводит наибольшее количество времени, там же проводится большинство лечебных и уходовых манипуляций, а значит, можно сказать, что палатное отделение во многом определяет лицо больницы. Так же, как и медицинские учреждения в целом, палатные отделения подвержены изменениям, необходимость которых диктуется совершенствованием медико-технологических процессов, применением новых технических и инженерных решений и оборудования, а также пересмотром общего подхода к лечению пациента, в частности стремлением к гуманизации больничных пространств. Однако стоит признать, что изменения в подходах к проектированию палатных отделений чаще всего не носят революционный характер, и палатные отделения относятся к наиболее стабильной единице в планировочной структуре больниц.

В Республике Казахстан рекомендации по проектированию лечебных учреждений содержатся в нормативной литературе, выпускаемой Комитетом по делам строительства РК (строительные нормы и строительные правила) а также в приказах Министерства здравоохранения РК. Кроме того, в последнее время, нормативные документы позволяют определять некоторые планировочные параметры палатных отделений в задании на проектировании. Некоторую свободу для проектировщиков уникальных объектов, которые не подпадают под действие существующей нормативной базы, предоставляют специальные технические условия, которые разрабатываются непосредственно под каждый из этих объектов.

В рамках изучения процессов трансформации планировочных решений палатных отделений был проведен анализ нормативных рекомендаций, содержащихся в строительных нормах и правилах, а также в пособии по проектированию лечебных учреждений, за период 1989-2022 гг. Было

выяснено, что основные изменения коснулись рекомендации по определению соотношения количества однокочных и двухкочных палат, а также площади палаты и высоты этажа в сторону увеличения. Так, до 2020 года количество однокочных палат не должно было превышать 7% от общего количества коек, а количество двухкочных палат – 15%, при запрете проектировать палаты с количеством более 4 коек. После 2020 года количество однокочных и двухкочных палат разрешается определять заданием на проектирование, что, несомненно, приведет к увеличению данного типа палат в составе палатных отделений, и, возможно, к увеличению длины палатного отделения. В редакции СП «Лечебно – профилактические учреждения» (СП) от 2014 года [1] относительно СНиП «Лечебно – профилактические учреждения» редакции 2010 года [2], высоту этажа допускается принимать при соответствующем обосновании с 3,3 м до 3,6 м (в более поздних редакциях – до 4,2 м [3]), что связано, скорее всего, с увеличением количества инженерных коммуникаций и необходимостью организации целой сети коммуникаций в запотолочных пространствах стационаров.

Из отрицательных моментов выявлено, что в СП от 2014 года исключено обязательное ранее требование об обязательном наличии в палатном отделении помещения для дневного пребывания пациентов, а в проектной практике наблюдается тенденция к отказу от проектирования веранд и террас, рекомендованных к размещению в палатных отделениях больниц III и IV климатических зон, при условии полного обеспечения кондиционированием всех помещений, предназначенных для пребывания пациентов и персонала.

Следует отметить, что в нормативах РК решены следующие основные вопросы по проектированию палатных отделений:

- определены требования по обеспечению минимального комфорта для пребывания пациентов: указаны минимальные размеры палат, а также технологические расстояния между кроватями и строительными конструкциями, прописан минимальный набор сантехоборудования и норма обеспеченности, указана возможность организации питания в палате, даны указания по доступности ММГН;

- определены требования по обеспечению комфортных условий труда персонала: наличие комнат для отдыха и приема пищи персоналом в каждом отделении, указана достаточная ширина коридоров и габариты помещений для свободного передвижения и проведения манипуляций, прописан достаточный набор помещений, необходимый для осуществления ежедневной деятельности персонала и соблюдения санитарного режима;

- определены требования по обеспечению звукового комфорта, естественного и искусственного освещения, инсоляции, воздухообмену, параметрам микроклимата, радиационной безопасности и климатическому комфорту. Так, например, запрещено размещать палатные отделения с

постоянным пребыванием пациентов вблизи источников радиации, а также в подвальных и цокольных этажах;

- решены вопросы пожарной безопасности.

То есть, в нормах содержится набор требований, который позволяет проектировать медицинские учреждения, отвечающие базовым потребностям в комфорте, медико-санитарным нормам и нормам пожарной безопасности. Но данных требований явно не достаточно, так как нормами не ставится задача по созданию особой «лечащей» среды, которая, согласно исследованиям, посвященным изучению больничной среды как архитектурного объекта, напрямую влияет на самочувствие и скорость выздоровления пациента.

Существуют различные направления создания «лечащей» среды – теория «поддерживающего дизайна» Роджера Ульриха, теория салутогенного (оздоровительного) дизайна Кена Янга, которая может применяться во всех областях архитектурного проектирования, теория биофильного дизайна и др. Одним из старейших направлений позволяющих создать среду, которая лечит, является гуманизация архитектуры, основные направления этой теории были определены А. Алато в 1940 г. Процесс гуманизации архитектурной среды, с моей точки зрения, можно также рассматривать как противостояние процессу дегуманизации.

Противодействие дегуманизации медицины это одна из острых задач, стоящих перед современной медициной. С появлением множества технических средств диагностики и медицинского воздействия, с увеличением масштабов и технологической составляющей медицинской помощи появляется опасность концептуально исказить гуманный смысл медицины, ее направленность на пациента с его личными переживаниями.

В статье Ирины Янушкевич [4] процесс дегуманизации пациента в медицинских учреждениях характеризуется:

- потерей личностной идентичности (и восприятия собственной внешности);
- потерей возможности коммуникации;
- потерей возможности отстаивать себя/свое мнение;
- потерей возможности общаться с семьей;
- потерей контроля;
- потерей конфиденциальности

Для части проблем возможно предложить решения архитектурными средствами. Возможные решения и их влияние на планировочное решение палатных отделений отражены в таблице 1.

Таблица 1. Пути решения проблемы дегуманизации архитектурными методами

Проблема	Общие направления	Возможные решения
----------	-------------------	-------------------

	решения проблемы	
Потеря личностной идентичности (и восприятия собственной внешности)	Предоставление возможности ухода за собой, предоставление выбора для осуществления ежедневной деятельности, развлечений	Обеспечение достаточным количеством сантехприборов, равным по доступности в среднестатистической семье (санузлы в составе душ/унитаз/умывальник при каждой палате), обеспечение доступности различных участков палатного отделения и мест для ухода за собой для тяжелобольных и маломобильных категорий пациентов с помощью специальных приспособлений (поручни в коридорах отделения и санузлах, откидные сидения, нескользкое покрытие пола), установка дополнительных мест для сидения/лежания в палатах, трансформируемые пространства палат (шторы, ширмы), возможность влиять на климат и освещенность в палате
Потеря возможности коммуникации	Обеспечение возможности общения (с другими пациентами, с врачами, с членами семьи и друзьями)	Включение в состав палатного отделения комнат дневного пребывания, комнат для переговоров с врачом, предоставление выбора между одно- или 2-местными палатами, предоставление доступа в Интернет
Потеря возможности общаться с семьей	Расширение возможностей для общения с семьей	Предоставление мест и комфортных условий для прямого общения с членами семьи в палате, в палатном отделении: кресло или софа в палате, помещение для общения с членами семьи или друзьями в палатном отделении
Потеря контроля	Предоставление возможностей за контролем пространства, положения тела, контроля информационного потока и климатической среды.	Шторы или ширмы между кроватями в палатах, предоставление альтернативных мест для сидения/лежания/приема пищи, климат контроль и световой контроль в палатах (затеняющие устройства, регулировка температуры), ТВ приемники в палатах, оборудованные дистанционными наушниками, использование навигации и различных цветовых решений для помощи в

		ориентации в пространстве.
Потеря конфиденциальности	Обеспечение возможности для уединения, просмотра передач или чтения	Индивидуальные палаты или двухкочные палаты с возможностью уединиться (шторы, ширмы между кроватями), достаточная звукоизоляция помещений, кабины или комнаты духовного уединения или релаксации

Предложения, приведенные в таблице 1 можно свести к следующим положениям:

1. Предлагается довести норму обеспеченности сантехприборами в строящихся и реконструируемых больницах до среднесемейных значений, сделав обязательным санузлы при каждой палате (в существующем на данный момент СП минимальная норма обеспеченности – 1 унитаз на 15 женщин, 1 унитаз и 1 писсуар на 10 мужчин)

2. Вернуть норму по обязательному проектированию комнат дневного пребывания пациентов (семейных гостиных, комнат уединения) в которых возможно также организовывать допуск посетителей пациентов

3. Применять в палатах разделяющие шторы или экраны между койками,

4. Увеличить минимальный порог площади в палате, так как существующие нормы не позволяют разместить дополнительное оборудование, в частности кресла для отдыха или приема родных.

5. При составлении заданий на проектирование предусматривать смещение соотношения палат в сторону увеличения количества 2-х и одноместных палат

Важность размещения семейных гостиных и мест для общения с семьей внутри палаты (п.п. 2 и 4) подтверждены исследованиями по проверке теории Ульриха, о влиянии различных поддерживающих факторов на выздоровление пациента. По выводам исследователей максимальное влияние на улучшение самочувствия пациентов приносят элементы среды, обеспечивающие социальную поддержку пациентам [5]

Дополнительными методами по гуманизации среды могут являться

- индивидуальный дизайн помещений с обогащенной визуальной средой (использование нескольких видов отделочных материалов с разнообразными текстурами, подбор мебели)

- включение природных элементов в дизайн помещений (биофильный дизайн)

- размещение элементов искусства в больничных помещениях (картины, композиции, муралы).

Список использованной литературы

1. СН РК 3.02-13-2014 «Лечебно-профилактические учреждения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 09.07.2021г) [Электронный ресурс]// ИС «Параграф» // https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39540499
2. СН РК 3.02-13-2014 «Лечебно-профилактические учреждения» (по состоянию на дату выпуска) [Электронный ресурс]// ИС «Параграф» // https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=37331103&pos=2;-43#pos=2;-43(дата обращения 20.08.2022)
3. СНиП РК 3.02-08-2010 «Лечебно-профилактические учреждения» (по состоянию на дату выпуска) [Электронный ресурс] / ИС «Параграф» // <http://surl.li/ctvbv> (дата обращения 20.08.2022)
4. Ирина Янушкевич, Остаться (с) человеком. Гуманизация интенсивной терапии в отделениях реанимации [Электронный ресурс] [Текст] / Медицинский Вестник Информационный портал медработников Беларуси 2022, 28 мая <https://medvestnik.by/opinion/ostavat-sya-s-chelovekom-gumanizatsiya-intensivnoj-terapii-v-otdeleniyakh-reanimatsii> (дата обращения 20.08.2022)
5. Andrade, C.C. & Devlin, A.S. Stress reduction in the hospital room: applying Ulrich's theory of supportive design.[Электронный ресурс] [Text] / Journal of Environmental Psychology. -2015. Vol41. -P.125-13. https://www.healthdesign.org/system/files/Andrade_Devlin-2015-CHD-KPS.pdf (дата обращения 20.08.2022)

Научный руководитель Корнилова А. А., доктор архитектуры, профессор.