МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ АРХІТЕКТУРИ, БУДІВНИЦТВА та ДИЗАЙНУ
КАФЕДРА ДИЗАЙНУ ІНТЕР'ЄРУ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач кафедри
_____ О.П.Олійник
«_____»_____ 2021 р.

ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ

(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)

ВИПУСКНИЦІ ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «БАКАЛАВР»

ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ 02 «Культура і мистецтво»

ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 022 «ДИЗАЙН»

Тема: «Дизайн інтер'єрів реабілітаційного центру»

Виконавець: студентка 402 групи Бондар Ольга Ігорівна

Керівник: к. арх., доцент, доцент КДІ Гнатюк Лілія Романівна

Нормоконтроль: _____ старший викладач КДІ Москальцов А.Ю.

Київ 2021

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет архітектури, будівництва та дизайну
Кафедра дизайну інтер'єру
Галузь знань: 02 «Культура і мистецтво»
Спеціальність 022 «Дизайн»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри
О.П. Олійник

"_____"_____2021 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання дипломного проекту

Бондар Ольга Ігорівна

1. Тема дипломного проекту «Дизайн інтер`єрів реабілітаційного центрів» затверджена наказом ректора від 1 4 . 0 2 . 2 0 2 1 р . 5 9 4 / о д
2. Термін виконання проекту: 13.05.2021-15.06.2021
3. Вихідні дані до проекту:.
4. Зміст пояснювальної записки: титульний аркуш, завдання на виконання дипломного проекту, реферат, зміст, вступ, три розділи основної частини, висновки, список використаних джерел, додатки.
5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного) матеріалу: схема генплану з благоустроєм території, план до перепланування, план після перепланування з зонуванням приміщень, план з розташуванням меблів, плани стелі та підлоги, розгортки приміщень, перспективні зображення інтер'єру, креслення авторських розробок предметів наповнення інтер'єру.

1. Календарний план-графік

№ по р.	За-вданн я-	Термін вико-нання	Відмітка провико-нання
1.	Зібрати матеріали, щодо світової тавітчизняної практики, вимог до проектування дизайну університетів	13.05.2021 – 15.05.2021	
2.	Виконати пошукові ескізи	15.05.2021-16.05.2021	
3.	Розробити дизайн-концепцію ін-тер'єрівуніверситетів	16.05.2021-18.05.2021	
4.	Розробити план благоустрою та вхі-днугрупу	19.05.2021-21.05.2021	
5.	Зробити власні розробки	21.05.2021-23.05.2021	
6.	Розробити поверхові плани, вико-натирозстановку меблів відповідно до функціонального зонування	24.05.2021-26.05.2021	
7.	Виконати плани підлоги з підбо-ромматеріалів	27.05.2021	
8.	Виконати плани стелі з розташуван-нямосвітлювальних приладів	28.05.2021	
9.	Виконати розгортки стін	29.05.2021-30.05.2021	
10.	Виконати візуалізацію інтер'єрів вкомп'ютерній 3-D графіці	26.05.2021-30.05.2021	
11.	Виконати робочі креслення розробле-нихоб'єктів	31.05.2021-02.06.2021	
12.	Оформити пояснювальну записку додиплому	20.05.2021-05.06.2021	
13.	Підготувати презентацію та роздатко-вийматеріал	05.06.2021-15.06.2021	

2. Консультанти з окремих розділів

Розділ	Консуль- тант (посада, П.І.Б.)	Дата, підпис	
		За- вдання видав	За- вдання прийня в
Основи інженерного проектування таконструю-вання	к.т.н., доц., директор «УкрНДіпроектреставраці я»Тимкович В.Ю		

3. Дата видачі завдання: «_____»_____2021 р.

Керівник дипломної проекту_____Гнатюк Л.Р.

Завдання прийняв до виконання_____Бонедар О.І..

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломного проекту на тему: «Дизайн інтер'єрів реабілітаційного центру» складається з:

Ключові слова: реабілітація, комфортне середовище, медичний заклад, архітектурне рішення.

Актуальність теми. Проблема створення ефективної системи реабілітаційної установи в Україні, робота в галузі відновлення здоров'я та працездатності людей у центрах реабілітації дуже складна і актуальна для українського суспільства.

Проблема полягає в тому, що ефективної установи для реабілітації не створено, тому це є необхідним та пріоритетним. Сам процес реабілітації вимагає кваліфікованого персоналу, відповідну будівлю та обладнання, розширення державних програм.

Питання про проектування та функціонування осучаснених реабілітаційних центрів останнім часом не розглядалися фахівцями. Проблеми брались до уваги частково в програмах соціальної, фізичної та професійної реабілітації, вони полягали в тому, щоб забезпечити пацієнтів виробами медичного призначення. Головний напрямок відновлення здоров'я в реабілітаційних закладах складається з різних етапів у відновленні, і є важливим інтенсивне стаціонарне лікування.

Предмет проектування дизайн інтер'єру реабілітаційного центру

Мета розробити дизайн інтер`єру реабілітаційного центру з дотриманням усіх вимог та норм для даного типу закладу. Створити комплексе середовище для повної реабілітації відвідувачів.

ЗМІСТ

ВСТУП…….....4
РОЗДІЛ І. ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ
1.1 Історія виникнення центрів реабілітації……5
1.2 Аналіз дизайну інтер`єрів існуючих реабілітаційних центрів ……..8
1.3 Сучасні тенденції в оформленні реабілітаційних центрів.....14
Висновки до першого розділу…….20
РОЗДІЛ ІІ. ФУНКЦІОНАЛЬНО-ПРОСТОРОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ
2.1 Ергономічні норми та рішення в реабілітаційних центрах…….21
2.2Особливості проектування реабілітаційних комплексів ……26
2.3 Складові частини центрів реабілітації…….27
2.4 Екологічні чинники.....28
2.5 Просторові стандарти та компоненти.....29
2.6 Безпека……...….29
2.7 Зони в'їзду.....30
2.8 Зони обслуговування.....30
Висновки до другого розділу……..…30
РОЗДІЛ ІІІ. СТВОРЕННЯ ДИЗАЙНУ ІНТЕР`ЄРУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ
3.1 Вихідні дані…….....……..32
3.2 Концепція дизайн проекту центру реабілітації .....……33
3.3 Планувальна організація центру реабілітації .....……...….36
3.4 Вплив кольору, світла ,та навколишніх чинників на процес реабілітації…….38
3.5 Конструювання меблів та елементів інтер'єру 40
3.6 Висновки до третього розділу.....44
ВИСНОВКИ.....45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....46
ДОДАТКИ.....47.

ВСТУП

Актуальність теми. Війна 2011 року в Сирії , її жертви досягли сотень тисяч людей. Крім того, конфлікт у Сирії спричинив європейську міграційну кризу. На території України все ще тривають військові дії конкретно в районі Донбасу. Сьогодні різні частини світу все ще стикаються з військовими конфліктами. Усі ці конфлікти призводять до постійно зростаючої кількості постраждалих , які постійно потребують реабілітації.

Провідні країни світу, такі як Ізраїль, Німеччина, Швейцарія, Австрія, Франція, Велика Британія та США накопичили величезний досвід у цих питаннях . Сьогодні реабілітація в зарубіжних країнах існує і зростає. але на жаль, цього не можна сказати про Сирію та Україну. Комплексний підхід до реабілітація пацієнтів означає, що в програмі реабілітації використовується міждисциплінарний підхід, в якому беруть участь методи з різних галузей знань: лікарі, психологи, викладачі, медичний персонал, дієтологи, кулінари та інші фахівці з реабілітації. Індивідуально підібрані режими харчування, відпочинку, зайнятості застосовується медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування тощо.

Також комплексна реабілітація поєднує в собі елементи різних видів терапії, санаторно-курортних процедур, організації дозвілля та цілеспрямованої виховної роботи. Метою реабілітації є пробудження внутрішніх резервів організму, відновлення втрачених функцій, соціальна та психологічна адаптація людини. Недарма слово "реабілітація" має два латинські корені, які говорять самі за себе: re - "заново, знову" і habilis - "пристосований, зручний". Звичайно, всі ці питання, так чи інакше, закриті та реалізовані в складне архітектурне формування клініко-реабілітаційних комплексів.

І в Україні, як і в Сирії, навряд чи існує спеціальний реабілітаційний центр, який би працював . Порівнюючи зарубіжний досвід , можна сказати, що Україні та Сирії потрібні реабілітаційні центри, оснащені сучасними методами надання медичних послуг, а також оптимальних функціональних зв’язків у структурі.

Об`єкт проектування реабілітаційний центр.

Предмет проектування дизайн інтер`єрів реабілітаційного центру “ REhouse”

Мета розробити дизайн інтер`єру реабілітаційного центру з дотриманням усіх вимог та норм для даного типу закладу. Створити комплексе середовище для повної реабілітації відвідувачів.

Завдання:

1. Проаналізувати дизайн інтер`єру аналогів в світі.
2. Дослідити принципи проектування реабілітаційних центрів.
3. Визначити необхідні вимоги для проектування закладів даного типу.
4. Розробити концепцію оформлення інтер’єру реабілітаційного центру “REhouse”
5. Розробити креслення для проектування та інженерного проектування, створити візуалізації приміщень, специфікацію використаних матеріалів та обладнання.

Практичне значення: Створення центру реабілітації, який включає розуміння характеру приміщень, вимог, а головне - поведінкової психології пацієнтів.

РОЗДІЛ І. ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1 Історія виникнення центрів реабілітації.

У стародавньому західному світі люди із обмеженими можливостями були виключені із соціального життя. У Стародавній Греції інвалідність була подолана лише шляхом її повного видалення, а з огляду на те, що хвороба вважалася покаранням, яке божества приписували людям через їхні помилки та гріхи, лише повне фізичне, психічне та моральне відновлення могло повернути людей назад у суспільство. Літературні джерела добре документують це ставлення минулого, а гомерівські вірші, зокрема, вказують на те, що подальша інвалідність, як правило, не передбачалася при важких ураженнях організму .Насправді в "Іліаді" велика кількість поранених, переважно солдатів, померла незабаром після поранення, тоді як інші з фізичними ураженнями швидко одужали, зокрема, якщо вони були авторитетними особами або героями, які відновили здоров'я та форму завдяки благотворним втручанням дружніх божеств. Хронічні стани, характерні для сучасного суспільства та медицини, не часто описувались у грецьких літературних шедеврах та медичних трактатах, а люди з серйозними травмами на тілі зникали як з літературних віршів, так і з цілого суспільства. Велика когнітивна та операційна зміна парадигми відбулася з батьком західної медицини Гіппократом, який між п’ятим і четвертим століттями до Христа почав розглядати фізичні травми та клінічні захворювання як природні явища . Для Гіппократа навіть так звана “Священна хвороба” (епілепсія) була органічним явищем, яке потребувало емпіричних та раціональних втручаннь з боку людських лікарів, покликаних відновити якомога більше фізичну цілісність постраждалих та хворих за допомогою відповідної дієти та правильного фізичного навантаження .

Рухова активність, фізичні вправи та навіть спорт вважалися дуже важливими в Стародавній Греції, що Олімпійські ігри досить підтверджують. Розгляд фізичного виміру людського життя був високим, зокрема для солдатів та спортсменів, тренери яких приділяли велику увагу та увагу своїм дорогоцінним суглобам та м’язам, використовуючи мануальну медицину та полегшуючий масаж, у терапевтичній та реабілітаційній перспективі. Поява християнства на середземноморському просторі призвела до чергової принципової зміни парадигми. Людей, які страждають на важкі вади, часто описували в Євангеліях, де вони також ставали предметами чудесних зцілень. Ця дивовижна реабілітація була як фізичною (глухі могли справді чути після дива), так і духовною, оскільки реабілітовані особи, такі як прокажені, змогли знову повноцінно взяти участь у цивільному суспільстві того часу. Євангелія виховували солідарність, співчуття та участь у відношенні бідних та хворих інвалідів, включаючи сліпих, глухих та кульгавих, на основі моральних та духовних спонукань у християнській перспективі. У Римі протягом перших століть н. е. Великі лікарі переконувались у важливості маніпуляцій, масажу та гімнастики. Римський енциклопедист і автор тексту “De Medicina” у I столітті нашої ери, і лікар , і філософ Гален з Пергаму, у II столітті нашої ери, писали про різні втручання для здійснення медичної реабілітації (навіть якщо це конкретне слово не було використано), зокрема після нещасних ви-

падків, що сталися під час щоденної трудової діяльності та як наслідок військових конфліктів. У своїх численних трактатах Гален також встановив чіткий зв'язок між загальною гігієною та медичною терапією, а фізична активність була основним елементом обох. Оскільки римляни були великими завойовниками, а їхні військові походи за кордон тривали роками і навіть десятиліттями, фізична цілісність та функціональна ефективність солдатів мали для них велике значення. У середні віки правильні та регулярні рухи та відповідний відпочинок залишалися загальними принципами здорового способу життя, присвяченого лікуванню патологічних станів та оздоровленню у разі консолідованих захворювань . Однак у період Відродження, між XV і XVI століттями н. Е., загальні ідеї, що функціонують для профілактики захворювань та збереження здоров'я, дедалі більше стають технічними поняттями, спеціально орієнтованими на реабілітацію людей. Прогрес у вивченні анатомії людини та систематичне розуміння медичної ролі фізичної активності та фізичних вправ були типовими для цього часу, і дві фігури добре відображають два шляхи, анатомічний та кінетичний, завдяки яким медична реабілітація почала перетворюватися на певну дисципліну у другій половині п'ятнадцятого століття.

XVII століття вважається століттям «наукового методу», оскільки в цей період у західному світі переважає кількісний систематичний підхід до вивчення біологічних явищ, а точне чисельне вимірювання природних явищ набуває широкого поширення. У цьому столітті з`явилась так звана біомеханіка .Відповідно до вчення вченого Галілео Галілея, Бореллі перевірив свої гіпотези проти спостережень і досяг відповідних наукових результатів у галузі біомеханіки тварини і людини. Його дослідження щодо скорочувальних рухів м'язів були важливими для вивчення закономірностей нормальної кінетики людини, забезпечуючи концептуальну та практичну основу для розуміння невпорядкованих та патологічних схем руху у хворих . Навіть якщо його шедевр “De Motu Animalium” (Про рух тварин) був опублікований посмертно (1680-1), цей текст, разом із дослідженнями данського анатома Нільса Стенсена (1638–1686), відкрив шлях в вісімнадцятому столітті розумінню в області динаміки людського руху. У сімнадцятому столітті надзвичайний інтерес до функціонування людського організму з урахуванням особливостей схем пересування швидко набув поширення в Європі, і перші структуровані рекомендації щодо медичного лікування осіб із захворюваннями, що безпосередньо включають рухи тіла, широко поширилися, в основному завдяки представники франкомовної школи. У двадцятих роках французький письменник і лікар Ніколя Андрі де Буа-Ресен (1658–1742) встановив міцний зв’язок між м’язово-скелетним апаратом та фізичними вправами, а у своєму знаменитому тексті „Traité d'orthopédie” (Трактат з ортопедії, 1741) він представив цей новий термін міжнародному медичному співтовариству. Дисципліна, яка і сьогодні називається ортопедія, була фундаментальною для розуміння правильних вправ, функціональних для медичної реабілітації. У своїй книзі Андрі також стверджував, що фізичні вправи здаються найкращим способом збереження здоров'я. Приблизно через сорок років швейцарський лікар Йозеф Клеман Тіссо (1747–1826), піонер у галузі медичної та хірургічної гімнастики, опублікував свій

шедевр «Gymnastique Médicinale et Chirurgicale» (Медична та хірургічна гімнастика, 1780), в якій він проілюстрував медичні переваги, пов'язані зі своєчасною хірургічною мобілізацією пацієнтів. Раніше, навпаки, постільний режим в основному вважався опорою після операційної терапії та відновлення .

Крім того, Тіссо дав точні вказівки на клініко-реабілітаційного лікування хворих на геміплегію, і тому сьогодні багато авторів вважають його книгу першим органічним трактатом, спеціально присвяченим функціональній реабілітації. У вісімнадцятому столітті лікувальна гімнастика супроводжувала вже доступними формами гімнастики, включаючи спортивну та військову.

Поступове утвердження медичної реабілітації як вирішального інструменту для функціонального відновлення хворих та осіб з обмеженими можливостями не було, як можна зробити висновок із сказаного тут, прямим процесом; у кожному разі, з Лінгом історія реабілітації вступає у XIX століття.

В вісімнадцятому столітті дослідження нервової системи значно розширилося. Дослідники з усієї Європи почали систематично вивчати пропріоцепцію. Сьогодні добре відомо, що пропріоцепція - це сприйняття твариною подразників щодо своєї пози, положення в просторі та рівноваги . Якщо в наш час ця концепція чітко виражена в цих термінах, це завдяки роботі таких дослідників, як шотландський анатом і невролог Чарльз Белл (1774–1842), який вперше розрізнив руховий та сенсорний нерви та запропонував концепцію „м’яза сенс ”. Він заклав основи для вивчення взаємозв'язку між мозком, нервовою системою та м'язами та відкрив шлях для розуміння механізмів зворотного зв'язку, які сьогодні видаються настільки важливими для успіху реабілітаційних процесів. Робота німецького невролога Йоганнеса Карла Ейгена Альфреда Гольдшайдера (1858–1935) над сомато-сенсорною системою додала важливий внесок у роз’яснення людського пропріоцептивного апарату і дозволила досягти в кінці століття концепції „рухового -освіта », запропонована французьким неврологом Фулженс Раймондом (1844–1910). Ця концепція мала першочергове значення для управління інвалідами і була функціональною для розробки різних реабілітаційних методів, розроблених у XIX ст.

На початку XX століття в загальній лікарні штату Массачусетс (США) було засновано одне з перших медико-механічних відділень, яке називали кімнатою Зандера. У цій кімнаті розміщувалося багато приладів та інструментів, а згодом вона була збагачена засобами УФ-терапії та гідротерапії. Апарати кімнати Зандера були інструментами, що підтримують виконання рухів людського тіла в перевихованій перспективі . Дев'ятнадцяте століття фактично є періодом, коли біомедичні технології мають експоненціальний розвиток і в якому дифузія певних захворювань, таких як поліомієліт, визначає розробку протезів та пристроїв, корисних для глобальної реабілітації людей через хвороби.

Ще однією причиною потреби в реабілітації є Друга світова війна. Велика кількість поранених та понівечених солдатів призвела до введення перших реабілітаційних підрозділів у складі військових госпіталів. Американський лікар Говард А. Раск (1901–1989) був справжнім піонером у цій галузі та його Програма підготовки реконвалесценцій ВВС Армії (1942), спрямована на комплексну реабілітацію, що включає фізично-індивідуальні, нервово-психічні та професійні-

соціальні особливості. Тому він вважається багатьма істориками медицини батьком реабілітації в США [20]. За кілька років до (1938) було створено Товариство лікарів з фізичної терапії, а роком пізніше американський лікар Френк Х. Крузен (1898–1943) запропонував термін «фізіатр».

Тим часом у Європі прогрес медичної реабілітації пішов у напрямку подальшого вдосконалення реабілітаційних методів та пропонування нових та оригінальних підходів. Лікар Карел Бобет (1906–1991) та його дружина Берта (1907–1991), фізіотерапевт, розробили інноваційну стратегію реабілітації людей з інвалідністю через розлади центральної нервової системи . Метою реалізації концепції Bobath було стимулювання рухового навчання для належного та ефективного моторного контролю, одночасно сприяючи функціональному відновленню та активній участі. Концепція Bobath підтримувала те, що в повному реабілітаційному лікуванні пацієнта брали участь усі особи, пов'язані з самим пацієнтом, від його родини до опікунів, від медичних спеціалістів до інших медичних працівників, щоб гарантувати лікування, яке тривало протягом цілого дня на кожен день.

1.2 Аналіз дизайну інтер`єрів існуючих реабілітаційних центрів

У Європі велика увага приділяється архітектурі громадських будівель: дитячих садків, шкіл, університетів, бібліотек та лікарень. Майже всі нові будівлі побудовані з використанням екологічних технологій та мають сучасний лаконічний дизайн. Особливо ретельно продумані проекти реабілітаційних закладів. При реабілітаційному лікуванні необхідно враховувати не тільки якість медичних послуг, але також естетику та зручність приміщень, в яких проходить лікування.

Одна з будівель медичних закладів - будівля для лікування молоді в психіатричному центрі в Сарагосі (Іспанія)(рис. 1.2.1), збудованому в 2011 році. Будівля являє собою довгу одноповерхову червону будівлю з серіями двосхилих дахів, загострених під різними кутами і подібних до низки електрокардіограм. І стіни, і дах покриті цинковими пластинами; рівномірність переривається лише однаковими квадратними вікнами без фреймів. Всередині будівлі є десять одномісних та вісім двомісних номерів із ванними кімнатами. Також є дві загальні вітальні та їдальня. Інтер'єр оформлений у світлих тонах. За допомогою підземного тунелю ця будівля примикає до психіатричного центру "Нуестра Сенора дель Кармен".

Також варто відзначити проект нової лікарні Північної Зеландії в Гіллероді в Данії, запропонований Studio CF Moler Architects (рис 1.2.2.). Ідея нової лікарні Північної Зеландії полягала в створенні пам'ятки для сусіднього замку Фредеріксборг. Ця лікарня, де архітектура та природа зливаються та утворюють безпечне середовище для пацієнтів, є дуже функціональною та привабливою для всіх жителів району. Лікарня постійно наближає людей до природи як усередині, так і зовні, створюючи цілющу архітектуру, орієнтовану на пацієнта. Архітектурне та акустичне вираження структури також базується на органічному, м'якому та гуманному дизайні.

Зазвичай вважають, що інтер'єр лікарні повинен виглядати як біла, повністю стерильна та холодна кімната, але Центр раку Мегі в Манчестері порушує

цей стереотип (рис.1.2.4). Дизайн центру в Manches-ter розроблений таким чином, що кожна його складова, включаючи сад, випромінювала комфортну домашню атмосферу. Дизайн центру рясніє природними акцентами. Серед них природне світло, зелень і сад. Лінійна конфігурація порушена елементами ландшафтного дизайну, а вздовж усього західного фасаду простягається широка веранда, яка захищена від опадів великим навісом. Пацієнти центру беруть участь у благоустрою ландшафту, заряджаючись цілющою енергією природи під відкритим небом.

Реабілітаційний центр Veilige Veste у місті Леуварден, Нідерланди, також дуже цікавий (рис 1.2.3.). Назва проекту "Veilige Veste" перекладається як "безпечна фортеця", вона дуже точно описує суть проекту. Це новий центр реабілітації дівчат, які стали жертвами торгівлі людьми. Проект центру розробили архітектори з голландської студії KAW Architecten. Неймовірні зусилля архітекторів були спрямовані на створення почуття захищеності та спокою у мешканців будинку. Центр виглядає як нова будівля, але насправді це повністю відбудований відділ міліції, побудований у 70-х роках. Конструкція облицьована рельєфними білими квадратними плитами. Оскільки фасад має відбивальну властивість, здається, що він перебуває в динамічному стані. Перший поверх площею 1600 квадратних метрів займає обробка кімнат, офісів та зал засідань. На другому та третьому поверхах є вітальні для 48 дівчат. На третьому поверсі також є затишний сад, де дівчата, незважаючи на те, що вони на вулиці, почуваються в безпеці. Проект Veilige Veste - це перша будівля в Нідерландах, яка відбудовується за стандартами "пасивного будинку" або енергозбереження. Цей будинок споживає неймовірно мало енергії, частково завдяки хорошій теплоізоляції.

Рис.1.2.1 психіатричний центр в Сарагосі

Рис.1.2.2 Проект нової лікарні Північної Зеландії (Данія)

Рис.1.2.3 Реабілітаційний центр Veilige Veste (Нідерланди)

Рис.1.2.4 Центр раку Меті в Манчестері

White Arkitekter

Скандинавська архітектурна фірма White Arkitekter проектувала плани з будівництва блідо-жовтої психіатричної клініки в Нуук, Гренландія, з якої відкриваються види на навколишній арктичний ландшафт.(рис1.2.5)

Рис.1.2.5 White Arkitekter

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 (рис 1.2.6), 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 .(рис 1.2.7)

Рис.1.2.6 White Arkitekter

Рис.1.2.7 White Arkitekter

Пов’язання цілющої архітектури з природою. 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. На відкритому повітрі тренажерний зал та критий дворик, де відвідувачі можуть посидіти та відпочити.(рис 1.2.8)

Рис.1.2.8 White Arkitekter

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)

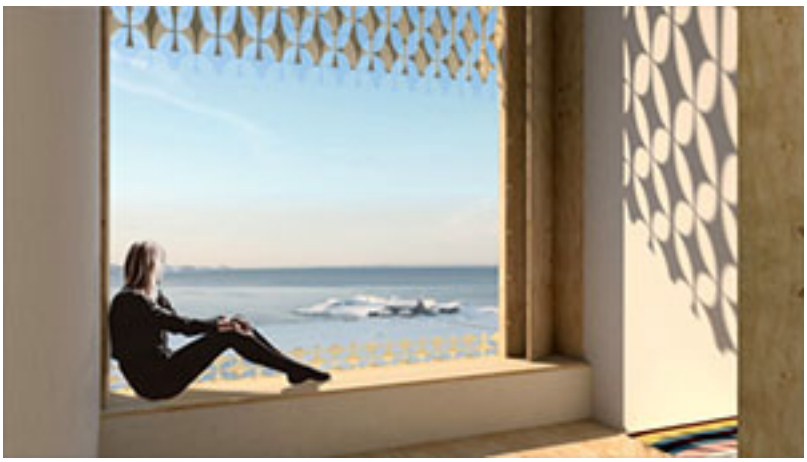

Рис.1.2.9 White Arkitekter

Денне світло багате на всі кімнати для пацієнтів завдяки великим вікнам і великій висоті цієї частини будівлі. Дивлячись у вікна, у пацієнтів відкривається вид на драматичний 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.(рис.1.2.10)

Клініка перегукується з невеликою будівельною структурою Нуука. Це не тільки складна серія просторів та заходів, але й архітектурна пам’ятка, яка хоробро 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(рис.1.2.11). Ці гнучкі простори задоволені різними видами діяльності, включаючи відвідування сім'ї та друзів, фізичні вправи та особисті роздуми.

Рис.1.2.11White Arkitekter

Рис.1.2.10 White Arkitekter

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.

1.3 Сучасні тенденції в оформленні реабілітаційних центрів

Реабілітаційне лікування як самостійний напрямок виявилося в Україні не так давно. Згодом ця потреба була посилена, що було спричинено початком демографічної кризи, відсутністю сил та засобів для забезпечення своєчасної допомоги у необхідному обсязі та якості медичної допомоги хворим та людям з обмеженими можливостями, процес розвитку відновлювальної медицини сфера діяльності цього нового напряму була розширена від відновлення здоров'я здорової людини до відновлення критичних функцій організму на всіх етапах профілактики та реабілітації .

За кордоном досвід створення таких оздоровчих та реабілітаційних центрів, що поєднує підтримку загального стану здоров’я населення та лікування пацієнтів, яким показаний курс медичної реабілітації, було успішним. Ця інтеграція ефективна як з медичної, так і з економічної точки зору. Комфортне середовище повинно задовольняти естетичні, психофізіологічні, ергономічні потреби та особливості людини . Він включає такі компоненти: просторовий комфорт, візуальний комфорт, функціональний комфорт, який забезпечить людині психологічний та фізіологічний комфорт. Комплексний підхід передбачає підготовку альтернативних людей, що враховують усі аспекти проблеми - економічну, соціальну та екологічну.

Розглянемо основні принципи, які допоможуть вам вибрати правильні рішення щодо планування:

1.Салютогенний підхід до дизайну

Теорія, запропонована Аароном Антоновським, фокусується на факторах, що підтримують здоров'я людини. Салют генний підхід в архітектурі полягає в моделюванні природного відновлення здоров'я за допомогою психологічних стимулів. Дизайн повинен підвищити керованість, зрозумілість та змістовність життя пацієнта. Він повинен включати хороший кровообіг, відкриті простори, цілющі сади тощо.

Салютогенна модель, що застосовується при проектуванні закладів для лікування онкологічних захворювань у лікарні Credit Valley, можна побачити завдяки великим відкритим просторам, легкому пошуку дороги та натхненній природою формі.(рис 1.2.12)

Рис.1.2.12

2. Простір із домашньою атмосферою

Простори повинні бути оформлені у звичній і домашній атмосфері за допомогою матеріалів, фактур, аксесуарів та функцій, які є в наших будинках. Атмосфера є корисною, оскільки вважається більш доброзичливою та дає цілісний досвід користувачеві. Це робить пацієнта комфортним і зменшує соціальну тривожність, що виникає в нових місцях.

Тонкі, спокійні кольори та достатня кількість денного світла оздоровчого центру «Альфа» в Гуджараті дають відчуття, як удома для пацієнтів, які приймають лікування наркоманії.(рис 1.2.13)

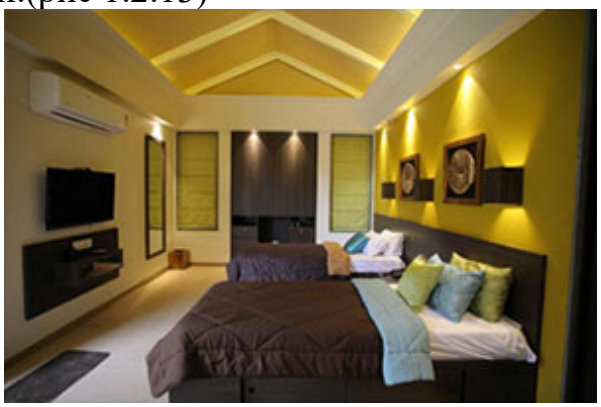

Рис.1.2.13

3.

Біофільне середовище допомагає в процесі відновлення

Кожна людина прагне контакту з природою та іншими формами життя, такими як рослини, тварини, ландшафти тощо. Дизайн повинен включати екологічні простори, оскільки це позитивно впливає на пацієнтів. Він також може мати втручання за допомогою тварин, наприклад, приміщення, призначені для залучення метеликів, птахів тощо.

Приклад - лікарня Khoo Teck Puat у Сінгапурі спроектувала цілющі приміщення з садами на даху, каскадною зеленню, затонулим внутрішнім двориком, щоб ви відчували близькість до природи.(рис1.2.14)

Рис.1.2.14

4. Розташування меблів

Це відіграє важливий фактор при розробці реабілітаційного центру. Завданням архітектора є урізноманітнити спроектовані простори та запропонувати пацієнтам вибір між соціальною взаємодією чи самотністю залежно від обставин чи душевного стану.

Клуб цілісного здоров'я One Taste у Китаї використовує для інтер'єру природні матеріали, такі як камінь та дерево. Він використовує ніші для приватних місць для відпочинку та більші відкриті простори для соціальної взаємодії та неформальної розстановки сидінь.(1.2.15)

Рис.1.2.15

5. Проектування приміщень для активного відпочинку на відкритому повітрі

Спроектуйте приміщення для активного відпочинку на відкритому повітрі, такі як внутрішні двори, амфітеатри тощо

Внутрішні двори в індійському контексті допомагають підтримувати тепловий комфорт простору, а також забезпечують простір для активності та взаємодії для всіх. простори повинні поступово витікати з інтимних, напів громадських, а потім громадських просторів. Дизайнери повинні розуміти особисту та громадську сферу пацієнтів і працювати над її взаємозв'язком.

Приклад амфітеатру Муктангана Ширіша Бері, який має амфітеатр у центрі палати. Це покращує соціальну сферу і дає захищене відчуття пацієнтові, де можна проводити багато занять без відволікання зовнішнього світу(1.2.16)

Рис.1.2.16

6. Почуття контролю та керованості пацієнтами

План повинен бути зручним для орієнтації та зручним для пацієнтів. Пацієнт повинен відчувати, що він / вона контролює своє оточення, а життєві обставини дуже зміцнюють. Почуття абсолютно безконтрольного викликає занепокоєння і не дає сил.

Будинок для догляду за епілепсією від Atelier Martel розроблений з акцентом на самостійному пошуку та ідентифікації просторів пацієнтів, ослаблених судомами. Квадратний план має чотири подвір'я для різних функцій. Внутрішні коридори мають гладку тактильну підлогу, а стіни покриті різнокольоровим вовняним гобеленом, щоб дати відчуття дому та бути ідентифікаційним маркером.(1.2.17)

Рис.1.2.17

7. Сенсорний досвід

Дизайн повинен включати різні матеріали, фактури, кольори та простори, орієнтовані на всі п'ять людських почуттів. Дослідження рефлекс терапії, цілющі сади, водойми - ось деякі приклади, які приносять користь різним сенсорним діям.

"Цілющий простір", розроблений архітектурою 2form, натхненний японськими стилями дизайну. Це створює простір, який омолоджується з моменту вашого входу. Він використовує органічні матеріали та текстури, щоб надати своїм пацієнтам цілісний сенсорний досвід усіх органів чуття.(рис1.2.18)

Рис.1.2.18

8. Дизайн інтерактивних соціальних просторів

Для навчальних зборів, групової терапії та соціальної взаємодії з членами сім'ї потрібні великі місця для збору. Архітектор повинен спроектувати різноманітні зовнішні та внутрішні соціальні простори для використання пацієнтом відповідно до лікування. Інтерактивне середовище зменшує почуття самотності та страху в реабілітаційному центрі.

Центр "Maggie's Leeds" від студії Heatherwick досліджує природні та тактильні матеріали, м'яке освітлення та різноманітні простори соціальної взаємодії. Сади на дахах, багаторівневі простори та різноманітні місця для сидіння дають великий вибір для потреб пацієнта.(рис1.2.19)

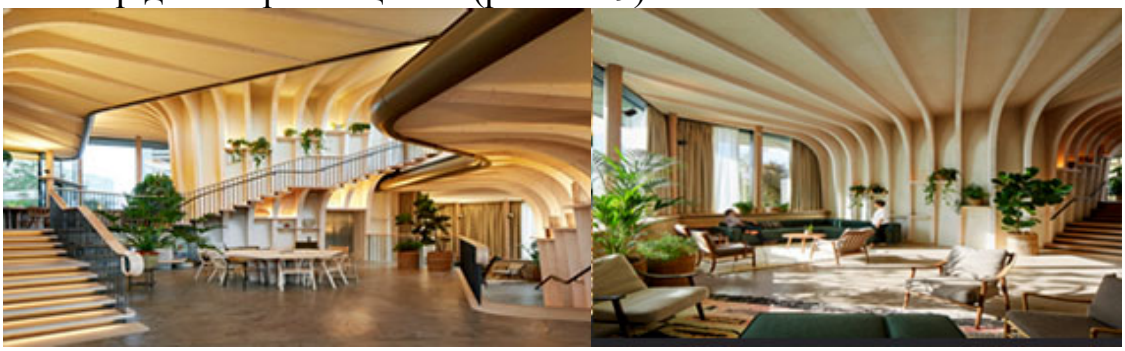

Рис.1.2.19

9. Сучасні технології / області моделювання

В даний час, з швидким прогресом у галузі технологій, кімнати розробляються для посилення терапії пацієнта, надаючи життя, що імітує віртуальні враження. Такі приміщення іноді потребують звукоізоляції та високих стель для включення обладнання.

Наприклад, лікарня в Оттаві встановила сучасні віртуальні екрани для моделювання, щоб допомогти людям з тимчасовою втратою працездатності набратися сил у ходьбі та соціальній діяльності.(рис.1.2.20)

Рис.1.2.120

10. Різні простори занять

Такі заходи, як плавання, спортзали, спортивні споруди повинні бути включені в конструкцію, щоб пацієнти могли розважатись у вільний час. Реабілітація - це зміцнення тіла, а також духу пацієнтів за допомогою різних видів діяльності.

Центр реабілітації Мушхолма архітекторів AART включає великий багатофункціональний зал зі спортивними спорудами для людей з обмеженими фізичними можливостями.

Терапевтичні басейни, розроблені для школи La Esperanza фірмою Fuster + Architects(рис.1.2.21)

Рис.1.2.21

Висновки до першого розділу

1.Заклади охорони здоров'я сьогодні відрізняються від попередніх гнучким підходом до розміщення медичних технологій, новими структурно-просторовими планувальними рішеннями, використанням сучасних матеріалів та будівельних технологій, а також вільним плануванням, яке враховує конкретну міську ситуацію.

2.При проектуванні будь-якого реабілітаційного центру більше уваги приділяється створенню комфортних умов, що сприяють ефективній роботі медичного персоналу та швидкому одужанню пацієнтів. Саме з цією метою відкидається примітивне типове планування коридору, щоб пацієнти та персонал почувалися комфортніше. Крім того, архітектурне проектування споруд включає комплексне рішення щодо дотримання структурних, функціональних та естетичних вимог до об'єкта, а також економічних, соціальних, екологічних, санітарних, інженерних та технічних аспектів, розроблених в архітектурній частині документації до проекту та впровадженої під час будівництва .

3.Реабілітаційні установи обслуговують різноманітних пацієнтів, тому вони повинні бути загальнодоступними та пропонувати кожному пацієнту відповідну програму реабілітації відповідно до характеру травм та стресу. Створення центру реабілітації включає розуміння характеру приміщень, вимог, а головне - поведінкової психології пацієнтів.

4.Наведено рекомендацій, які застосовуються під час проектування реабілітаційного центру

- Салют генний підхід до дизайну
-. Створення середовища із домашньою атмосферою
- Біофільне середовище допомагає в процесі відновлення
- Розташування меблів
- Проектування приміщень для активного відпочинку на відкритому повітрі, внутрішні двори, амфітеатри тощо
-. Почуття контролю та керованості пацієнтами
- Сенсорний досвід
- Дизайн інтерактивних соціальних просторів
- Сучасні технології / області моделювання
- Різні простори занять

РОЗДІЛ ІІ. ФУНКЦІОНАЛЬНО-ПРОСТОРОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1 Ергономічні норми та рішення в реабілітаційних центрах

В Україні розроблені норми проектування реабілітаційних закладів такої вузької спеціалізації не були розроблені, такі як надання медичної та соціальної допомоги учасникам бойових дій. Крім того, ця проблема ускладняється відсутністю наукової бази, яка приймає враховувати специфіку поранень та травм серед військовослужбовців. Ці проблеми загострюють ситуацію і ускладнюють пошук їх рішень, які можуть грамото 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 науково обґрунтованих 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 будівель, 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.

Ергономічні дані можна отримати, прочитавши ДБН України, можна проаналізувати, як вирішувати ергономічні проблеми для людей з обмеженими можливостями.

Рис.2.1.1

Проект кухні зі їдальнею для людей із обмеженими здібностями ”Соох” (рис.2.1.1.). Ця кухня розроблена відповідно до ергономічних стандартів - під варильною поверхнею має бути простір не менше 500 мм, щоб вмістити ноги. Оптимальна висота столу – 900 мм. Усі необхідні елементи для роботи повинні бути в межах доступності людини. Якщо це відстань витягнутої руки, то не більше 500 мм. Ця кухня розроблена з урахуванням усіх потреб людини в інвалідному візку

Рисунок 2.1.2 Ресепшен САЛЬВЕ

Наступним прикладом використання є дизайнерська стійка рецепції “Сальве”(рис.2.1.2). Ця частина рецепції реєстрації знаходиться нижче за інші, і це спроектовано для того, щоб коли в інвалідному візку побачила або заповнила документ, змогла наблизитися до столу ,щоб прочитати чи написати. Це надає відстань від верхньої частини столу - не менше 500 мм. Також взято це до уваги при плануванні проекту. Кухня дизайну Skyline Lab (рис.2.1.3)розроблена для задоволення потреб людей з обмеженими можливостями. Кухня для людей, а не навпаки. Цей принцип був застосований на самому початку "Skyline" і, перш за все, версії під назвою "Skyline Lab".

Рисунок 2.1.3 Кухня «Skyline Lab»

Дизайнери намагалися довести ергономіку кухонних меблів до майже ідеального рівня, щоб усі могли повною мірою використовувати кухонну зону, шафи, побутову техніку, а також вільно пересуватися по приміщені. Форми меблів округлі, де всі елементи виконують свою функцію та доступні(рис2.1.4). Для тих, хто знаходиться посередині робочої зони, достатньо простягнути руку, щоб зняти тарілку з полиці, поставити каструлю на плиту або помити овочі та фрукти . Для більшої зручності системи зберігання оснащене шафами ,які можуть бути встановлені на оптимальній висоті для людини. При необхідності в дизайн кухні можуть бути внесені інші зміни, такі як низька раковина, яка дозволяє інвалідному візку наблизитися до столу, додаткова підставка під духовкою, зручні двері на дверях тощо. При всьому цьому кухня виглядає елегантно і сучасно.

Рисунок 2.1.4 Кухня «Skyline Lab»

Внутрішній простір офісу має особливе значення, і це поняття можна віднести не до інтер`єру, а до архітектури. Велика конструкція меблів, виготовлена з дерева та покрита білосніжним ламінатом(рис.2.1.5), ефективно вписана в чорні керамічні стіни приміщення. Складна геометрія конструкції розвивається як єдиний «барельєф». Він включає зони очікування, акустичні панелі, що використовуються для створення комфортного акустичного середовища, інформаційний рівень та подвійну стійку реєстрації, частина якої призначена для людей з обмеженими можливостями. Білий колір дизайну продовжується в кімнаті для персоналу, створюючи ефект його «потоку» в іншому просторі.

Рисунок 2.1.5 Концептуальний інтер'єр офісу від архітектурної студії Bigoni Mortemard

Всередині бази відпочинку та реабілітації ми бачимо ліфт, призначений для людей із обмеженими здібностями. Нумераційні кнопки зручно розташовані на стіні, виділені кольором і відповідають дизайну самого ліфта. Ліфт побудований з нержавіючої сталі та пластику(рис.2.1.6).Зовнішній ліфт виконаний з металу та скла(рис.2.1.7). Вертикальні, електрогідравлічні та електромеханічні ліфти, для людей з особливими потребами, будуються на замовлення з урахуванням вимог замовників, щоб кольорове рішення та характеристики могли бути з будь-якого матеріалу - нержавіючої сталі, скла. Для таких ліфтів не потрібна спеціальна шахта.

Рис 2.1.6 Реабілітаційний центр. Дизайнер – Альона Шепеленко

Рисунок 2.1.7 Зовнішній ліфт для людей з особливими потребами

Рисунок 2.1.8 Підйомний механізм для людей з особливими потребами

Настінні підйомні пристрої (рис.2.1.8)проектуються в будівлях, де використовуються широкі сходи з висотою підйому більше 2 м, де неможливо встановити вертикальний підйомний пристрій. (ДБН В.2.2-15-2018 Житлові будинки. Основні положення)

Рисунок 2.1.9 Підйомний механізм для людей з особливими потребами

Вертикальні підйомні конструкції на малюнку 2.1.9 використовуються для встановлення в приміщеннях, де потрібна висота підйому (до 2 м). Вони характеризуються простотою використання та високою надійністю. На відміну від рівня підлоги, рампи будуть найкращим рішенням, оскільки потік в центрі буде високим, і пандуси можуть відповідати вимогам підйомного механізму для людей. (ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд)

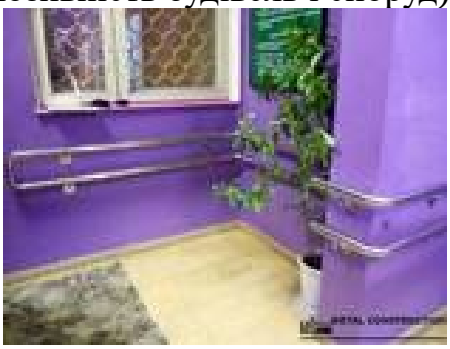

Рисунок 2.1.10 Поручні для людей з особливими потребами

Для зручності та безпечного пересування людей з обмеженими можливостями реабілітаційні центри повинні відігравати особливу роль (рис.2.1.10)Інвалідні кронштейни слід розміщувати на висоті не більше 0,7-0,9 м, а кінчик наручників закруглений. Інший варіант - обробити направляючу на стіні або підлозі за допомогою інвалідного візка. Цей тип слід враховувати, оскільки центр призначений для людей з обмеженими можливостями не тільки на візку, але й для людей з обмеженими можливостями, які можуть пересуватися на милицях. (ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд)

2.2 Особливості проєктування оздоровчо-реабілітаційних комплексів

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)

Загалом, реабілітаційні установи пропонують перехідний догляд за пацієнтами, яким більше не потрібні лікарняні послуги з надання невідкладної допомоги, але які не зовсім готові діяти самостійно.

Традиційно тривалість перебування в реабілітаційній терапії коливається від кількох днів до двох тижнів для не травматичних ортопедичних, серцево-судинних та неврологічних діагнозів до декількох місяців у центрах тривалої гострої допомоги, що обслуговують травматичні травми головного мозку та травмування спинного мозку. І зазвичай існує певний вибір, де пацієнти проводять час, відвідування реабілітаційних центрів часто проводяться заздалегідь перед плановою операцією; навіть перебування на реабілітації після несподіваних травматичних подій часто планується, поки пацієнт все ще перебуває в лікарні швидкої допомоги.

Аналогічним чином реабілітаційний персонал має власні потреби, включаючи такі елементи, як місця для перепочинку, імітуючи те, що часто чують при гострій допомозі; інші запити, такі як внутрішні офісні приміщення, які виходять на терапевтичні ділянки для постійного спостереження за пацієнтами, є більш конкретними для потреб спеціаліста з реабілітації. Крім того, сектор рухається до спільної допомоги, що вимагає різних дисциплінарних областей об’єднання, які можуть інтегрувати до восьми дисциплін для підтримки спеціальних комунікацій, конференцій та лікування пацієнтів.

Щоб найкраще підтримувати догляд, середовище також повинно мотивувати пацієнтів вийти зі своїх кімнат, запобігаючи ізоляції та сприяючи залученню до більшої спільноти пацієнтів - найважливішої складової процесу оздоровлення реабілітаційних закладів.

Для задоволення різних потреб пацієнтів , гнучкість та контроль навколишнього середовища є ключовими, наприклад, необов’язкове використання яскравого або неяскравого світла або можливість опустити частину стелі або встановити часткові стіни для сегментації ділянок. З цією метою великі відкриті спортзали, що забезпечують нагляд персоналу за багатьма пацієнтами і забезпечують легке пересування серед дедалі більших, складних приладів, також повинні містити приватні простори - в ідеалі, тристоронні зони лікування з передньою завісою для терапії "один на один". сесії та проведення бесід щодо прогресу та прийняття наступних кроків.

Навколишнє середовище також повинно реагувати на певні групи пацієнтів, що перебувають на реабілітації. Наприклад, ті самі закриті, закриті простори, що забезпечують безпеку та мінімізують відволікання для пацієнта, можуть прищепити почуття клаустрофобії у іншої групи пацієнтів. (ДБН Б.2.2-12:2019 Планування та забудова територій)

Зовнішній дизайн - внутрішні двори, під’їзди, доріжки - повинен бути безпечним для пацієнтів і терапевтичним також, при цьому дизайн, що використовується для імітації маневрування навколо домашнього саду або навігації під’їзною дорогою. Потрібно включати будь-який матеріал, який може зустрітися

вдома або в спільноті пацієнтів, включаючи асфальтобетон, текстуровану бруківку, цегляні прогулянки, дерев'яні колоди і навіть гравій.

2.3 Складові частини центрів реабілітації

Необхідні простори:

-Реєстрація

Це початковий крок при вході в центр відновлення, будь то ви ходять як пацієнт чи відвідувач. Тут ви обробляєтесь як пацієнт / резидент або куди вас направили відвідати друга чи кохану один або для отримання додаткової інформації.

-Адміністрація

Ці приміщення призначені для професіоналів та працівників закладу. Це включає медичний, бухгалтерський, консультаційний та волонтерський персонал. На додаток до робочих приміщень для персоналу, повинно також бути кімната для відпочинку працівникам омолоджуватись.

-Медичні

Ця територія закладу складається із приймальних кімнат у поєднанні з терапевтичними кабінетами для різноманітних психологічних / терапевтичних цілей. Більш серйозні медичні випадки вимагають більш технічних і поруч дієздатні медичні заклади.

-Житлові

Ці тривалі житлові приміщення призначені для нетерплячого лікування. Життя приміщення в загальному номері з більш приватними та спокійними навколишнього середовища, щоб повернутися до себе, а також працювати та жити з іншими. Побудова позитивних та здорових стосунків у сприятливому середовищі необхідна для лікування та досягнення успіху в залежності.

-Навчання

Ці спеціальні приміщення будуть використовуватися для більших групових зборів, занять, зустрічей та приміщень, де можна проводити навчання та більше життя. Деякі навчальні приміщення будуть відкритими для громадськості або для людей, які відвідують зустрічі чи заняття в закладі. Ці простори також включатимуть більше соціальних просторів, де пацієнти зможуть та логічно насолоджуватися вільним часом

-Обслуговування

Сервісні приміщення включатимуть приміщення для технічного обслуговування, шафи для зберігання, док-станцію для завантаження / розвантаження, місця для вивезення / прийому, а також місця для механічних та будь-яких технічних приміщень, необхідних у програмі.(ДБН В.2.2-9-2018 Громадські будинки і споруди. Основні положення)

2.4 Екологічні чинники

— **Акустика**

Більшість терапевтичних зон відділення - це відкритий простір. Крім того, діяльність, що проводиться в ньому, вимагає жорстких, непроникних підлог (де-

ревини або листового вінілу). Інші зони в межах підрозділу вимагають акустичної конфіденційності, щоб бути ефективною або запобігати незручностям, наприклад, кабінети для лікування дихання та кімнати, що використовуються для розладів жіночого здоров'я. Слід враховувати потенційні джерела шуму як всередині, так і поза його межами. Рішення різних акустичних характеристик та вимог включають:

— Використання штор та інших м'яких тканин
— Використання суцільних дверей
— Колокація потенційно галасливих районів
— Стратегічне розташування площ зберігання для створення звукового буфера
— Не рекомендується килим у місцях для пацієнтів. Кабінети мовної патології мають особливі вимоги для ефективної роботи. **(**ДБН В.1.1-31:2013. Захист територій, будинків і споруд від шуму)

Освітлення

Природне освітлення є важливим у великих лікувальних зонах, таких як спортзали та кімнати для персоналу. Слід враховувати рівні освітлення для пацієнтів із вадами зору. **(**ДБН В.2.5-28-2006 Природне і штучне освітлення)

Клімат-контроль

Хороший контроль температури та вентиляція в зонах лікування, оскільки робота може бути важкою як для пацієнтів, так і для персоналу. Важливо пам'ятати, що певні пацієнти, такі як хворі на спинний мозок травми не в змозі регулювати температуру тіла. Тому вкрай важливо, щоб у спортзалі був кондиціонер. Незалежно від орієнтації, повинні бути засоби контролю сонця.

Дизайн

Процес реабілітації часто тривалий, і пацієнти починають відвідувати відділення як стаціонарні пацієнти та продовжують амбулаторно. Отже, відділення повинне прагнути забезпечити привітне та підтримуюче середовище, оскільки важливо, щоб пацієнти відчували позитивне ставлення до регулярного повернення до відділення.

2.5 Просторові стандарти та компоненти

Деякі приклади середніх розмірів циркуляційного простору, необхідних для людей швидкої допомоги, які користуються

наступними засобами мобільності є:

- Одна людина за допомогою тростини - ширина 750 мм
- Одна людина, що використовує колінні милиці - ширина 900 мм
- Одна людина, яка використовує дві палиці - шириною 800 мм
- Одна людина за допомогою милиць - ширина 950 мм

2.6 Безпека

Населення пацієнтів вимагає особливої уваги з точки зору безпеки. Кожен аспект конструкції блоку, що стосується обробки, поверхонь та фурнітури, оцінюється, щоб визначити можливість аварій або небезпек як для пацієнтів, так і

для персоналу. Санітарні заклади - це місця, де трапляється більшість нещасних випадків або випадків, як для пацієнтів, так і для персоналу. Зокрема, розглянемо:

Слизька або мокра підлог

Виступи або гострі краї

Стійкість та висота обладнання або арматури

Вибір підлогового покриття

Поручні та доступ на інвалідному візку є обов'язковими

(ДБН В.1.2-8-2008 Безпека життя і здоров`я людини та захист навколишнього природного середовища)

2.7 Зони в'їзду

Вхідний навіс необхідний для забезпечення сухого доступу до будівлі. Міркування щодо дизайну включають: Забезпечення покритої території досить великим, щоб дозволити транспортні засоби, такі як таксі, автобуси, автомобілі та аварійні машини для маневрування під ним, і побудований для полегшення вільного паралельного використання транспортний потік для декількох транспортних засобів Використання прозорого покрівельного матеріалу для максимізації природного освітлення всередині будівлі. Зовнішня зона входу, яка найкраще розташована на рівні першого поверху, є першою точкою контакту для члени громади і повинні показувати чіткі вказівки, повідомляючи людям куди продовжуйте. Міркування щодо дизайну включають: Access Доступ до транспортного засобу необхідний постійно Facilities Вхідні приміщення повинні бути придатними для людей з обмеженими можливостями, таких як обмежена рухливість та бідні зір Вхід може містити простір для шлюзу і може мати датчик або автоматично відкриватися двері для полегшення доступу. (ДБН В.2.3-15-2007 Споруди транспорту. Автостоянки і гаражі для легкових автомобілів.)

2.8 Зони обслуговування

Потрібно ввести послугу, щоб поставки до об'єкта не повинні проходити через основний вхід до будівлі. Він також може забезпечити доступ до служби швидкої допомоги та вихід у надзвичайних ситуаціях та обставинах. Міркування щодо дизайну включають:

 Площа, достатньо велика, щоб транспортні засоби, включаючи машини швидкої допомоги, могли повертатись та маневрувати

 Великий простір із вільним місцем для стін для тимчасового зберігання таких предметів, як білизна чи продукти візки, меблі або обладнання для ремонту

 Доступ до забрудненої білизни повинен бути доступний лише через сервісну службу або у великому обсязі установи можуть бути доступні окремі зони для різних комунальних служб та поставок Адекватний контроль за інфекцією Вау завантажувальний відсік, який забезпечує доступ для доставки та вантажного обладнання та мобільності персоналу допоміжні засоби до транспортних засобів, розташованих подалі від точки входу клієнта.

Висновки до другого розділу

1. Проаналізовано ергономічні норми та рішення в реабілітаційних центрах, їх використання під час проектування інтер`єрів.

2. Досліджено основні вимоги та принципи формування простору для даного закладу.

3. Виявлено особливості проектування реабілітаційних комплексів.

4.Дизайнерські рішення переглянено:

- маленькі та інтимні простори, які легко зрозуміти
- можливості для менших зборів людей та простору
- включити в дизайн тактильні сенсорні елементи
- створити стабілізацію та гармонію
- підтримувати приватні приміщення для мешканців, які не ізолюють
- біологічні взаємозв'язки
- безпека (інші потреби)
- рефлексія та персоналізація пацієнтів

РОЗДІЛ ІІІ. СТВОРЕННЯ ДИЗАЙНУ ІНТЕР`ЄРУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

3.1 Вихідні дані

Розташований між пагорбами та узбережжям моря, REhouse вирізняється своїм мікрокліматом та захоплюючими пейзажами у самому серці Чорноморська. Центр реабілітації - це, безумовно, один з найкрасивіших реабілітаційних закладів.

Територія благоустрою спроектована таким чином, щоб пацієнти були забезпечені всім необхідним починаючи від господарських потреб ,закінчуючи культурним та соціальним розвитком.(рис.3.1.1)

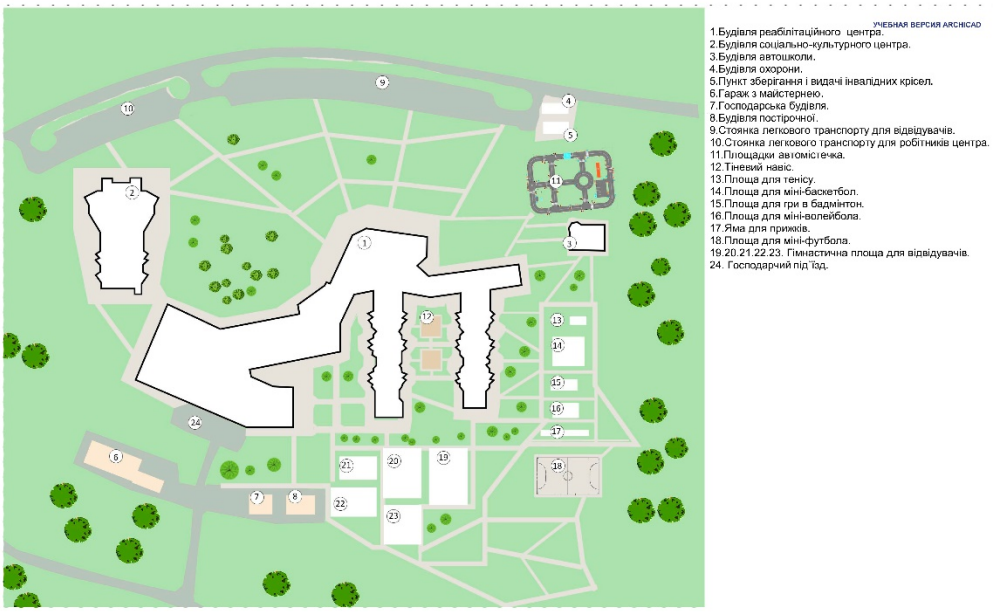

Рис 3.1.1 Благоустрій території

Благоустрій території влаштований відповідно до державних стандартів .Розташування будівель та садово-паркового оформлення , проектування стежок ,розроблено так, щоб спрямувати людину та відтворити гармонійне середовище для пересування.

На території розташовано автошколу, будинки для творчості, культурний центр, щоб надати широкий вибір для дозвілля відвідувачів.

Споруда реабілітаційного центру, має асиметричну форму, та складається з 4 корпусів . Композиційна схема – компактна.

Транзитний простір плавно перетікає в закритий
Поряд із головною будівлею розташовано:
1.Будівля соціально-культурного центра.
2.Будівля автошколи.
3.Будівля охорони.
4.Пункт зберігання і видачі інвалідних крісел.
5.Гараж з майстернею.
6.Господарська будівля.
7.Будівля постірочної.
8.Стоянка легкового транспорту для відвідувачів.
9.Стоянка легкового транспорту для робітників центра.
10.Площадки автомістечка.
11.Тіневий навіс.
12.Площа для тенісу.
13.Площа для міні-баскетбол.
14.Площа для гри в бадмінтон.
15.Площа для міні-волейболу.
16.Яма для прижків.
17.Площа для міні-футболу.
18.19.20.21.22. Гімнастична площа для відвідувачів.
24. Господарчий під`їзд

3.2Концепція дизайн проекту центру реабілітації

“Назад до життя” саме так звучить концепція мого проєкту.

Перш ніж почати працювати над дизайном приміщень, потрібно чітко уявити особливості медичного закладу та послуги, які він пропонує. Дуже важливим фактором є врахування демографічної складової пацієнтів.

Rehouse відповідає двом основним вимогам: залучає’ пацієнтів, пропонуючи їм умови життя які майже ідентичні домашнім, і підтримує всі робочі процеси, використовуючи найновіші технологічні розробки та середовище пацієнта повинне сприяти одужанню пацієнта.

Реабілітаційний центр являється частиною ландшафту, будівля вписана в навколишнє середовище. Це стає не тільки місцем, де перебувають люди, але і виконує функції оздоровчого центра .

Створюючи дизайн інтер`єру центра, можна відзначити, що в процесі лікування пацієнта, важливо не тільки медичні послуги, кваліфікація персоналу, а й атмосфера перебування в медичному закладі. Нескінченні білі коридори, білі шати і біле світло в кімнаті, тьмяний вид з вікон, мінімалізм та стерильність інтер'єрів роблять гнітюче враження

Елементи дизайну, які сприяють успішній реабілітації пацієнта та відвідувача, можна визначити, але конкретні відповіді на потреби пацієнтів будуть різними. У закладі спроектовано різноманітні області очікування, перепочинку та клініки, які забезпечуватимуть індивідуальність та уподобання кожного пацієнта. Деякі сім'ї вважають за краще спокійну хвилину наодинці, а інші сім'ї віддають перевагу середовищу спільноти та товариства ".(рис.3.2.1)

Вхідна група є найбільш впливовою частиною лікувальних приміщень. Якщо під час прибуття пацієнт має сильний стрес та супроводжуватиме його протягом усього періоду лікування, а також негативно впливатиме на процес одужання пацієнта. Використання засобів дизайну, що зменшують психічну напруженість у вхідній зоні, дуже допомагає пацієнту .

Використовують експлуатацію дахів, палати, що нагадують готельні номери та мають різнокольорові інтер'єри. Крім того, в цьому центрі існує ймовірність спільного з'єднання проживання дітей та їх батьків

Технологія є ключовим компонентом будь-якого простору охорони здоров'я, особливо при відтворенні домашнього середовища або відтворенні фізичних рухів, які пацієнти виявлять необхідними після виписки.

Розвиток електронних систем реєстрації привів до зменшення потреби у великій кількості залів очікування. У даному центрі, цей простір стає більш гнучким, та планування адаптовано до змінних функціональних можливостей потреби.

Наприклад, приміщення для фізичної терапії заповнюються обладнанням, навантаженим функціями, що забезпечують різні рівні для людей із обмеженими здібностями. Це допомагає пацієнтам, але також підвищує вимоги до простору.

Тому дизайнерське рішення ,яке я використала, полягає в тому, щоб створити простір якомога відкритими, з високими стелями та відповідними електричними обладнаннями проєкті , в залах(для фізичних вправ, творчих майстер класів) із сучасним обладнанням залишено відкриті стелі (для комунікаційних кабелів) без декорування, щоб забезпечити різні варіації та змогу встановити нове обладнання.(рис3.2.2)

Рис.3.2.1.Візуалізації зони очікування рецепція

Дизайн центру дуже естетичний, використано природні матеріали , багато денного світла і простір якісно імітує домашнє середовище. Пейзажний вигляд із вікна, твори мистецтва, картини та фотографії, що використовуються у дизайні приміщень - все це не тільки добре впливає на стан пацієнтів, допомагаючи їх швидко відновитися, але також стає хорошим маркетинговим кроком, який збільшує привабливість медичного закладу.

Рис.3.2.2. Візуалізація простору для творчості

Для вирішення проблеми із особливостями відвідувачів закладу також встановлено рухомі шафи ,щоб пристосувати їх до належної висоти для пацієнтів на візках та кріслах. Це дозволяє терапевту працювати з кожним пацієнтом на оптимальній терапевтичній висоті.

Яка типова тривалість перебування в розробленому реабілітаційному центрі? Відповідь на це питання залежить від кількох факторів, включаючи тип страхування, рівень травматизму та цілі реабілітації. Важливо зазначити, що пацієнти можуть отримувати реабілітаційні заходи в різних умовах. Ці параметри включають стаціонарну реабілітаційну установу

Розроблений реабілітаційний центр пропонує стаціонарний варіант для постійного перебування. Розроблено дизайн кімнат для перебування та проживання відвідувачів.

Гостра стаціонарна реабілітація має бути меншою тривалістю перебування. Це можуть бути дні, тижні чи місяці.

Розроблене реабілітаційне середовище має менш інституційну атмосферу, починаючи теплих спокійних тонів, щоб сприяти релаксації.

Розроблений дизайн кімнати створює атмосферу надійного домашнього притулку , який "належить" пацієнтові, пропонуючи перерву від стаціонарних процедур та суворої терапії. Пацієнти хочуть, щоб кімната була спроектована як гнучке середовище, в якому можна перебувати для усамітнення та спокою, а

також місцем, де буде проводитись терапія за потреби. Спроектований простір зручний для пацієнта". "Кожна дрібниця має значення".

Ці дрібні деталі натякають на більшу тривалість перебування, що спостерігається в реабілітаційному, з полицями та місцями для зберігання в кімнатах для пацієнтів(рис 3.2.3), щоб вмістити більшу кількість особистих речей, а також ширші, глибші полички у ванних кімнатах для зберігання особистих косметичних засобів. Дошки для малювання служать місцем спілкування, де сім’я та персонал пишуть надихаючі повідомлення, а стіни можуть передбачити місця для особистого мистецтва та дошки оголошень.

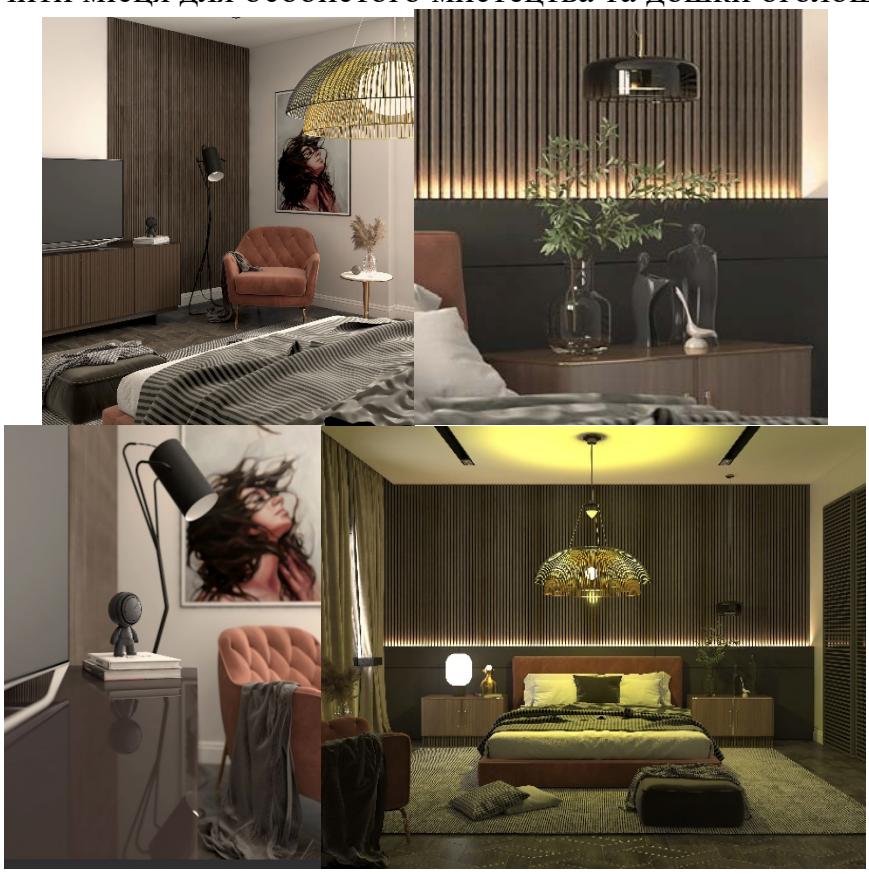

Рис.3.2.3.Візуалізація номеру для пацієнта

3.3 Планувальна організація центру реабілітації

Використана планувальна структура реабілітаційного центру не підтримує систему планування коридорів, оскільки вони являються менш зручними

REhouse включає всі необхідні елементи для процесу реабілітації і призначений для комплексного поновлення психічного та фізичного стану пацієнтів.(рис.3.3.1),(рис.3.3.2)

Центр складається із таких зон:

- ●приймальна зона;
- ● зона для працівників центру
- ● медична зона
- ● спортивно-оздоровча зона;
- ● а також кабінети, загальні для навчання та ігрові.
- ●номера для тимчасового проживання відвідувачів.

Реабілітаційні центр наповнений різними елементами інфраструктури.

Простір стає багатофункціональним. При проектуванні з`являється тенденція до перетворення суворих барних стійкої на більш зручні конструкції зі складним інтер'єром.

Внутрішній центр поєднує зони фізичної підготовки зі складними дослідженнями в галузі протезування, робототехніки, віртуальна реальності та біомеханіки. Поряд з критим басейном були використані технології хвиль, піднята бігова до ріжка, скелелази, нерівність місцевості та імітатори перешкод, технології першого покоління, включаючи віртуальне реальне занурення .

На сучасному етапі розвитку медицини та техніки змінюються умови існування таких закладів як у місті, так і поза ним, і, звичайно, змінюється організація планування. В реабілітаційному закладі повинні бути всі умови для комфортного проживання

Ось чому важливий не тільки дизайн приміщень, а й особлива архітектура приміщень, функціональне розміщення зон відпочинку, медичних зон та зон для проживання пацієнтів.

Планувальна організація центру реабілітації передбачає чітке розділення офісних приміщень та територій для пацієнтів, а також використання зелених насаджень навколо приміщень та всередині них, використання підвісних садів, використання еко фасадів, використання виду з вікон на гори, озера, дерева - візуальний взаємозв'язок внутрішнього і зовнішнього простору, що безумовно заспокоює та покращує настрій хворих.

Перше, що вплинуло на планувальне рішення проекту реабілітаційного центру - це можливість пацієнта зорієнтуватися в медичній установі. Для нього це дуже важливий фактор. Розуміння того, що пацієнт може успішно орієнтуватися в клініці, використовуючи лише вказівки та загальновизнані рекомендації, збільшує його впевненість у своїх силах, зменшує стрес. Крім того, макет і дизайн у таких центр повинен базуватися на приватної території. Окрема палата не просто дає пацієнту особистий простір, але це дозволяє йому часто бачитися з друзями та родиною. Іноді це грає а вирішальну роль у процесі відновлення

Як і більшість громадських будівель, центр є багатофункціональним, об’єднуючи зону для проживання, поліклініки та медичні дослідницькі та навчальні центри, що передбачає використання нових методів планування: відокремлення потоків відвідувачів, пацієнти, медичний персонал, викладачі та пацієнтів; створення автономних або взаємопов’язаних зон; медичні комплекси, що містять конференц-зали, аудиторії тощо

І як у багатофункціональному комплексі, простір спроектовано у "блоки", так ,щоб вони співпрацювали та виконували свою функцію ,не заважаючи один одному, а клініка-реабілітаційний центр повинен бути красивим і пробудити енергію і бажання жити, незважаючи ні на що. Функціональність та естетика в закладі повинен стати інтегруючою системою, доповнюючи одна одну.

Центр має різноманітну інфраструктуру. Загальний простір поділений на гостьові блоки для відвідувачів ,блок для пацієнтів, пункти харчування, бібліотеки, спортзали, кінотеатри, спа-центри.

Таким чином, пацієнти реабілітаційного центру не відчувають відірваності від зовнішнього, звичного світу.

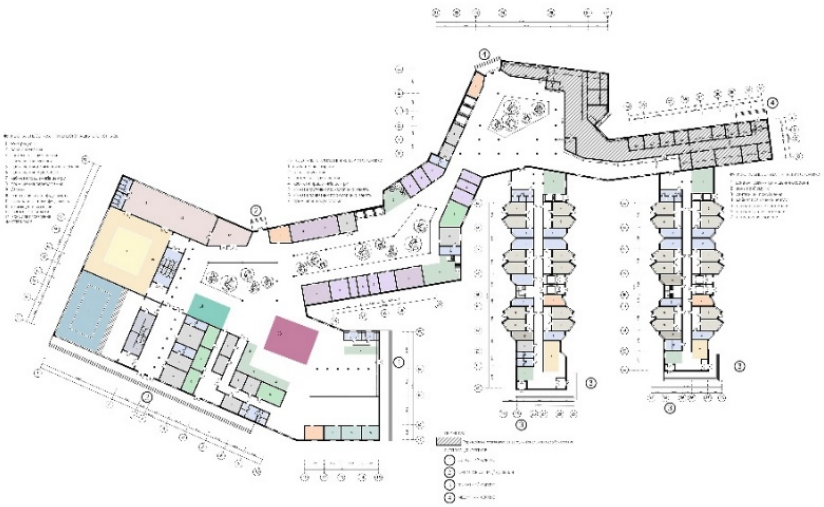

Рис.3.3.1. Функціональне зонування першого рівню

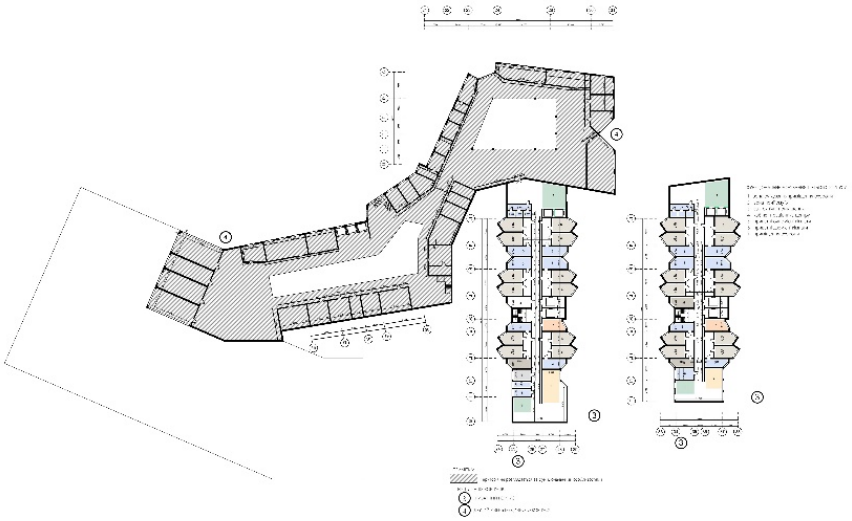

Рис.3.3.2.Функціональне зонування другого рівня

3.4 Вплив кольору ,світла та навколишніх чинників на процес реабілітації

На процес формування середовища реабілітаційного центру вплинули такі чинники : колір, шум, світло (природнє та штучне)

Дизайнери, працюючи разом з архітекторами, включають в інтер'єри численні деталі, які створюють затишок. Відзначається, що хворі люди сприймають простір, колір, світло, текстуру та повноту навколишнього середовища більш різко, ніж здорові люди. Для хворої людини важливо швидко орієнтуйтесь у просторі, будьте незалежними та почувайтесь вільно. Колір і світло можуть мати величезний і складний вплив на емоції людей і створювати реакцію людей на навколишнє середовище. Окрім того, що вони ефективні у збільшенні швидкості одужання пацієнтів та покращенні зрозумілої просторової якості загалом для пацієнтів, персоналу та відвідувачів

Колір та освітлення є потужними інструментами в спроектованому середовищі для розмітки, орієнтування та пошуку шляху. Дослідження показали, що підвищення візуальної комунікації навколишнього середовища спричинило збільшення продуктивності медичних центрів до більш ніж 15%.

По суті, ці вдосконалення приписуються певним елементам візуального середовища, включають: використання відповідного кольору в обробці інтер'єру, демонстрація окремих творів мистецтва, використання сонячного світла та створення привабливих візуальних видів зовнішніх лікувальних приміщень. У різних лікарняних приміщеннях слід використовувати відповідні кольори та сумісні з цим простором відтінки для створення тепла та розслаблення у пацієнта.

Регулювання оптимального кольору та яскравості важливо для здоров'я, а створення приємних приміщень для лікування може підвищити стандарти добробуту та сприяти відчуттю доброго самопочуття. Використання таких прохолодних кольорів, як синій та зелений, сприяє розслабленню, покращує режим сну та відпочинку тощо, і навпаки, теплі кольори, такі як червоний, оранжевий та жовтий, посилюють фізичну та соціальну активність, а нейтральні кольори, такі як сірий або бежевий, знижують увагу .

Колір може є інструментом, який використовується як функціональний та ефективний засіб при розробці лікувальних приміщень. Розслаблююче світло та кольори, щоб запропонувати розслабитися та зменшити стрес.

Окрім того, що колір є функціональним та ефективним інструментом у кімнаті пацієнта, і цей же колір може бути ефективним для контролю інтенсивності ефекту денного світла або зменшення чутливості до штучного світла, звичайно, це також ясно, що причина бути поміченим і розпізнавати колір завдяки існуванню світла та яскравості в різні простори. Використання світла проектується в двох видах штучного світла та природного світла

Використано якомога природніший та органічний матеріал. Менше пластику, більше дерева. Скло, мармур, кераміка, бетон, камінь, метал тощо. Інтер'єр залежить від використання природних матеріалів. (рис.3.4.1)

Рис.3.4.1.Візуалізація обідньої кімнати

Зниження рівня шуму - одне з важливих завдань ,що трапилось при створенні інтер`єру та підбору відповідних матеріалів та інженерних конструкцій.

Сучасна цивілізація з її постійним шумом сама по собі вже є стресовою. Ось чому пацієнти потребують спеціального лікування, вони є вразливими до зовнішніх подразників, і тому надзвичайно важливо враховувати рівні шуму та його зменшення під час проведення реабілітації, пацієнти повинні правильно спати. Пацієнти не повинні чути постійного відкривання, закривання дверей, шуму інструменти і гул голосів. Крім того, важливо правильно підібрати колір схеми, яка домінує в дизайні, оскільки психологія їх сприйняття з урахуванням настрою та самопочуття пацієнта. Архітектурний образ реабілітаційного центру – складний щодо забезпечення належного рівня комфорту в установі.

Проект дає змогу медицині поглянути на лікування та оздоровлення і процес соціальної адаптації по-різному

3.6 Конструювання меблів та елементів інтер'єру

Розроблені елементи дизайну, сприяють успішному процесу реабілітації.

Конструювання елементів займає важливу роль в етапі проектування самого інтер`єру. Предметне наповнення може допомогти стимулювати відновлення пацієнтів, тому в реабілітаційному центрі спроектовано ті елементи, що будуть повторюватись в середовищі та створювати домашню атмосферу, зв`язок із природою, мати прихований сенс та виконувати певну функцію.

Розроблений об`єкт(рис.3.6.1) це стилізований торшер, який складається ,на перший погляд не поєднуючих елементів. Лаконічна форма, мотив якої взятий із стилізованої ілюстрації(рис.3.6.2)

Поєднання геометричних ліній в біонічну форму не навантажує інтер`єр та доповнює загальну концепцію закладу.

Об`єкт має не тільки естетичний вигляд, але й виконує функцію світильного приладу.

Перше враження від біонічного торшера: він не має правильної геометричної форми. Тож якщо взяти якусь класичну модель, із кришталевими підвісками та залізними елементами, чудового показує чітку геометрію та, звичайно, симетрію у її побудові. Це не притаманно в даному розробленому об`єкту. Його будова – плавні форми, несиметричні лінії

Такі форми зустрічаються в нашому повсякденному житті і відіграють значну роль у процесі реабілітації. Людина, що перебуває в стані стресу потребує спокійного та звичного простору. Дослідження природи людиною ще не повністю завершене, тому, ця тема буде актуальною завжди.

Жива форма розробленого предмета допоможе середовищу позитивно вплинути на стан пацієнта та ефективність його відновлення.

Рис.3.6.1.Візуалізація торшеру

Рис.3.6.2. Ілюстрація

3.7 Застосування ЦСР в облаштуванні інтер`єру

За основу в процесі проектування та створення середовища для реабілітаційного центру було обрану певну модель , що складається із певних завдань ЦСР. REhouse підтримує подолання певних проблем, що стосуються розвитку України та її соціальному становищі в світі.(рис.3.7.1.)

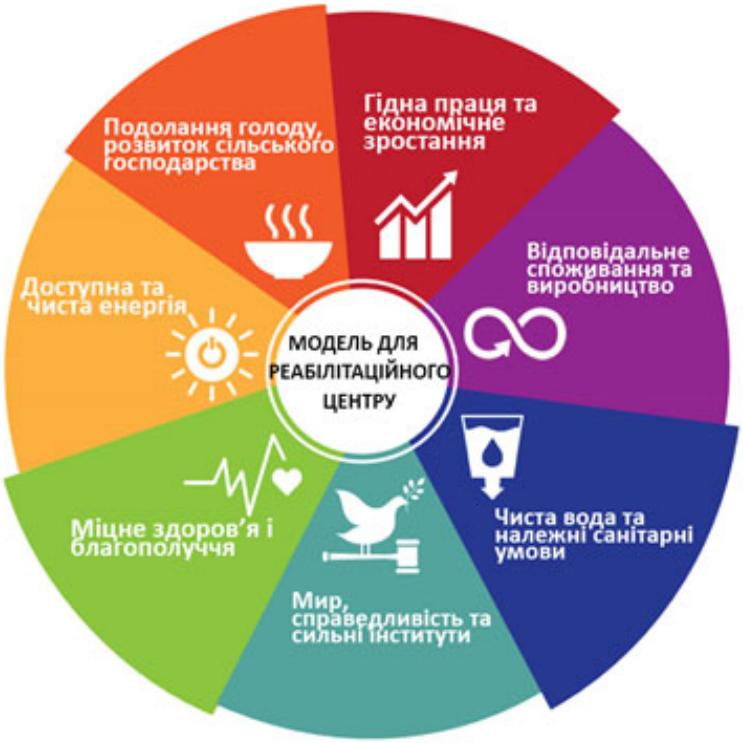

Рис.3.7.1 Модель для реабілітаційного центру

1.Подолання голоду .Розвиток сільського господарства

-Розробка й упровадження системи допомоги на продовольство для постраждалих.

-Створення простору для проведення інформаційних кампаній щодо рекламування здорового способу харчування.

-Створення тепличних конструкцій

-Використання навколишнього природного середовища для створення систем виробництва продуктів харчування.

2.Міцне здоров`я та благополуччя

-Створення спортивних майданчиків, залів , басейнів, стадіонів, ігрові майданчики

-Створення простору для проведення діагностики та реабілітації фізичного та психічного стану людини.

3.Чиста вода та належні санітарні умови

1.Встановлення систем фільтрації та очищення води

-Каналізаційні очисні споруди

-Створення централізованого питного водопостачання.

4.Доступна та чиста енергія

-Введення додаткових виробничих об`єктів, що виробляють енергію з відновлювальних джерел.

5.Відповідальне споживання та виробництво

- Встановлення сортувальних контейнерів для відходів(рис.3.7.2)
- Облаштування територій із фандаматами

6.Гідна праця та економічне зростання

-Створення простору для проведення інформатизації людей, щодо працевлаштування.

-Створення простору для набуття професійних навичок.(рис.3.7.3)

7. Мир справедливість та сильні інститути

-Встановлення символічних арт об`єктів

-Конфліктне та пост конфліктне врегулювання за допомогою зелених кімнат

Рис.3.7.2.Візуалізація бібліотеки

Рис.3.7.2 Сортувальні контейнери

Висновки до третього розділу

1. Rehouse – проект з різноманітною концепцією, створений для поноцінного відновлення пацієнтів, та надання усіх необхідних послуг ,які вони потребують під час перебування в закладі.

Назва “Rehouse”-recovery(зцілення)+house(дім). В концепцію центру закладено створення середовища , що заспокоїть і відтворить атмосферу домашнього простору. Інтер`єр наповнений елементами, що створюють відповідний простір для функціонування закладу.

2. Функціональне зонування розроблено за усіма вимогами для даного типу закладу. Планування є багатофункціональним, об’єднуючи зону для проживання, поліклініки та медичні дослідницькі та навчальні центри, що передбачає використання нових методів планування: відокремлення потоків відвідувачів, пацієнти, медичний персонал, викладачі та пацієнтів; створення автономних або взаємопов’язаних зон; медичні комплекси, що містять конференц-зали, аудиторії

3. Колір та освітлення є потужними інструментами в спроектованому середовищі для розмітки, орієнтування та пошуку шляху. Дослідження показало, що підвищення візуальної комунікації навколишнього середовища спричиняє збільшенню продуктивності реабілітаційного центру .

В розробленому середовищі важливу роль віддається : використання відповідного кольору в обробці інтер’єру, демонстрація окремих творів мистецтва, використання сонячного світла та створення привабливих візуальних видів зовнішніх реабілітаційних приміщень. У різних приміщеннях слід використовувати відповідні кольори та сумісні з цим простором відтінки для створення тепла та розслаблення у пацієнта.

4. За основу в процесі проектування та створення середовища для реабілітаційного центру було обрану певну модель , що складається із певних завдань ЦСР. Rehouse підтримує подолання певних проблем, що стосуються розвитку України та її соціальному становищі в світі

5. Спроектовано приміщення з усіма потребами пацієнтів та персоналу.

- Створено відкритий простір через необхідність до руху і різноманітності в інтервалах реабілітації.
- Створено гармонійний простір і візуальне стимулювання для пацієнтів, щоб створити сферу дії та прояву творчого потенціалу.
- Створено функціональний простір, щоб збільшити аспект безпеки і комфорту
- Використання кольору як керівництво до даних областей.
- Проектування простору, особливо очікувальні зони повинні забезпечити простір для пацієнтів для того, щоб скоротити напругу і збільшити розслаблення безпека дітей
- Створення садів і роблячи акцент на проектування зеленого простору в довкіллі,
- Створення центру контролю, устаткування, що керує освітленням, отепленням , контроль ТБ, музики і...

ВИСНОВКИ

Під час виконання дипломної роботи було досліджено методи проектування реабілітаційних центрів, розглянуто основні принципи та тенденції створення інтер`єру для даного закладу, вивчено вплив навколишнього середовища на процес відновлення, сформовано концепцію закладу.

Проект виконаний та мета роботи була досягнена.

1.Проаналізовано проблеми організації простору та реабілітаційних робіт центрів. Особлива увага приділяється комплексній реабілітації учасників контр терористичній операції, яка вимагає реструктуризації та вдосконалення існуючих реабілітаційних закладів та створення нових багатопрофільних реабілітаційних центрів. Повноцінний розвиток сучасної реабілітаційної системи недосить розвинена через недооцінку ролі реабілітаційних заходів.

2.Вияснено , які елементи дизайну інтер`єру впливають на стан процесу реабілітації пацієнтів. Комфортне середовище повинно задовольняти естетичні, психофізіологічні, ергономічні потреби та особливості людини . Він включає такі компоненти: просторовий комфорт, візуальний комфорт, функціональний комфорт, який забезпечить людині психологічний та фізіологічний комфорт. Комплексний підхід передбачає підготовку людей, що враховують усі аспекти проблеми - економічну, соціальну та екологічну.

3.Досліджено, вплив на планувальне рішення проекту реабілітаційного центру .Необхідність пацієнта зорієнтуватися в медичній установі. Розуміння того, що пацієнт повинен успішно орієнтуватися в клініці, використовуючи лише вказівки та загальновизнані рекомендації, збільшує його впевненість у своїх силах, зменшує стрес.

4. Рекомендовано регулювання оптимального кольору та яскравості важливо для здоров’я, а створення приємних приміщень для лікування може підвищити стандарти добробуту та сприяти відчуттю доброго самопочуття. Використання таких прохолодних кольорів, як синій та зелений, сприяє розслабленню, покращує режим сну та відпочинку тощо, і навпаки, теплі кольори, такі як червоний, оранжевий та жовтий, посилюють фізичну та соціальну активність, а нейтральні кольори, такі як сірий або бежевий, знижують увагу

5.Зниження рівня шуму - одне з важливих завдань ,що при створенні інтер`єру та підбору відповідних матеріалів та інженерних конструкцій. Сучасна цивілізація з її постійним шумом сама по собі вже є стресовою. Ось чому пацієнти потребують спеціального лікування, вони є вразливими до зовнішніх подразників, і тому надзвичайно важливо враховувати рівні шуму та його зменшення під час проведення реабілітації, пацієнти повинні правильно спати. Пацієнти не повинні чути постійного відкривання, закривання дверей, шуму інструменти і гул голосів.

6.На основі попереднього аналізу та дослідження основних матеріалів під час розробки дипломної роботи було створено дизайн-рішення інтер’єрів реабілітаційного центру, простір для проведення реабілітації, спілкування та відпочинку пацієнтів, простору

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамович В.В. Архитектурное проектирование общественных зданий и сооружений / В. В. Адамович, Б. Г. Бархин, В. А. Варежкин // Стройиздат. – М., 1984. – 110 с
2. *Гнатюк Л.Р.* Особливості створення середовища для навчання осіб з обмеженими можливостями в контексті психологічної реабілітації / Л.Р. Гнатюк, Прилуцький Є.В. // Сучасні проблеми архітектури та містобудування. Науково-технічний збірник. – Вип. 33. – К.: КНУБА, 2013. – С. 391–380.
3. *Гнатюк Л.Р.* Засоби дазайну у формуванні інтер'єру реабілітаційних центрів / Л.Р. Гнатюк, Ю.Шевель // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми сучасного дизайну». м. Київ, 20 квітня 2018, Київ: КНУТД, 2018. – Том 2.– С. 141–143. http://designconference.knutd.edu.ua/
4. *Гнатюк Л.Р.* Купольні конструкції як основа формоутворення дизайну інтер'єру / Л.Р. Гнатюк, А.Буріко // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми сучасного дизайну». м. Київ, 20 квітня 2018, Київ: КНУТД, 2018. – Том 2. – С. 137–140. http://designconference.knutd.edu.ua/
5. Kuzmych, V. (2020). Гармонійний підбір кольорів в архітектурному проєктуванні. *Сучасні проблеми Архітектури та Містобудування*, (57), 178–189. https://doi.org/10.32347/2077-3455.2020.57.178-189
6. *ArchDaily [Електронний ресурс]. Режим доступу: URL https://www.archdaily.com/*
7. ДБН Б.2.2-12:2018. Планування і забудова територій. – К.: Мінрегіон України, 2018. – 20 с.
8. ДБН В.2.2-9:2018 Громадські будинки та споруди. Основні положення. – К.: Мінрегіонбуд України, 2018. – 30 с.
9. Иоханнес И. Искусство цвета / И. Иоханнес; пер. с нем. Л. Монахова. — М.: Д. Аронов, 2001. — 99 с.
10. Кропотов В.Н. Отделочные материалы в интерьере , 1981. –158 с
11. Лінда С. М. Архітектурне проектування громадських будівель і споруд : навч. посіб. / С. М. Лінда. – Львів : вид-во Львівської політехніки, 2013. – 630 с.
12. Миронова Л.Н. Цветоведение / Л. Н. Миронова. – Минск: Высш. шк., 1984. – 400 с.
13. Нойферт Э. Строительное проектирование / Э. Нойферт. — М.: Стройиздат, 1991. — 370 с.
14. Олійник О. П. Основи дизайну інтер'єру: навч. посіб. / О. П. Олійник, Л. Р. Гнатюк, В. Г. Чернявський. — К.: НАУ, 2011. — 220 с.
15. Степанов Н.Н. Цвет в интерьере: учеб. пособ. / Н.Н. Степанов – К.: Высшая школа, 1985. – 170 с.
16. Рунге В.Ф. Эргономика в дизайне среды: учеб. пособ. / В.Ф. Рунге – М.: С, 2005. – 310 с.

ДОДАТКИ