

Метадані

ДОКУМЕНТ

Заголовок

2026_Шестопалова Ю.В._АїД_АМ-22-1

Автор

Шестопалова Юлія Віталіївна

Науковий керівник / Експерт

викладач кафедри АїД Березовський Ю.Л.

ІД документу

334215979

ОРГАНІЗАЦІЯ

Назва організації

Ivano-Frankivsk National Technical University of Oil and Gas

підрозділ

Каф. АїД

ЗВІТ

Дата звіту

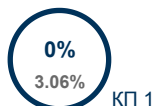
6/7/2026

Дата редагування

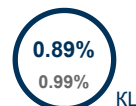
6/7/2026

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.

**11260**

Кількість слів

**95373**

Кількість символів

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		0
Інтервали		0
Мікропробіли		0
Білі знаки		1
Парафрази (SmartMarks)		20

Джерела

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Колір тексту

#	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
1	https://repp.nung.edu.ua/bitstreams/e263ch45-c04d-44a0-a6dd-c5e4e2ce6d46/download	41 (0.36 %)

2	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/e263cb45-c04d-44a0-a6dd-c5e4e2ce6d46/download	36 (0.32 %)
3	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/e263cb45-c04d-44a0-a6dd-c5e4e2ce6d46/download	36 (0.32 %)
4	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/e263cb45-c04d-44a0-a6dd-c5e4e2ce6d46/download	34 (0.3 %)
5	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/e263cb45-c04d-44a0-a6dd-c5e4e2ce6d46/download	21 (0.19 %)
6	2024_Науково-дослідна робота кафедри АБіС 11/30/2024 O.M.Beketov National University of Urban Economy in Kharkiv (O.M.Beketov National University of Urban Economy in Kharkiv)	20 (0.18 %)
7	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/e263cb45-c04d-44a0-a6dd-c5e4e2ce6d46/download	16 (0.14 %)
8	2025_Колодій_С.Ю._ІАБ_АіД-21-2 6/15/2025 Ivano-Frankivsk National Technical University of Oil and Gas (Каф. АіД)	14 (0.12 %)
9	2025_Кострабій_А.В._ІАБ_АіД_АМ-21-1 6/16/2025 Ivano-Frankivsk National Technical University of Oil and Gas (Каф. АіД)	13 (0.12 %)
10	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/9ea12e2c-289e-4d04-b02e-1c3ae19ecd00/download	12 (0.11 %)

Домашня база даних (0.29 %)



#	ЗАГОЛОВОК	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
1	2025_Колодій_С.Ю._ІАБ_АіД-21-2 6/15/2025 Ivano-Frankivsk National Technical University of Oil and Gas (Каф. АіД)	14 (1) (0.12 %)
2	2025_Кострабій_А.В._ІАБ_АіД_АМ-21-1 6/16/2025 Ivano-Frankivsk National Technical University of Oil and Gas (Каф. АіД)	13 (1) (0.12 %)
3	2025_Максимів_І.В._АіД_АМм-24-1 12/12/2025 Ivano-Frankivsk National Technical University of Oil and Gas (Каф. АіД)	6 (1) (0.05 %)

Програма обміну базами даних (0.51 %)



#	ЗАГОЛОВОК	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
4	2024_Науково-дослідна робота кафедри АБіС 11/30/2024 O.M.Beketov National University of Urban Economy in Kharkiv (O.M.Beketov National University of Urban Economy in Kharkiv)	20 (1) (0.18 %)
5	Історичні етапи формування дизайну реабілітаційних центрів для військових 9/7/2024 Kyiv National University of Technologies and Design (ФД)	12 (1) (0.11 %)
6	Матіаш.docx 10/29/2019	10 (1) (0.09 %)

7	Алексєєнко_К_В_ДАС_606м_Пояснювальна_записка.pdf 6/5/2023 Odessa State Academy of Civil Engineering and Architecture (Odessa State Academy of Civil Engineering and Architecture)	5 (1) (0.04 %)
8	Приймак_Д. 5/14/2025 National Academy of Fine Arts and Architecture (Факультет Архітектури)	5 (1) (0.04 %)
9	Школа майбутнього «Нова хвиля» в м. Кривий Ріг 5/18/2026 Institute of Innovative Education of Kyiv National University of Construction and Architectur (Institute of Innovative Education of Kyiv National University of Construction and Architectur)	5 (1) (0.04 %)

Інтернет (2.26 %)



#	ДЖЕРЕЛО URL	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
10	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/e263cb45-c04d-44a0-a6dd-c5e4e2ce6d46/download	218 (9) (1.94 %)
11	https://e-construction.gov.ua/document_detail/doc_id=3446025186669758398/optype=6	12 (1) (0.11 %)
12	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/9ea12e2c-289e-4d04-b02e-1c3ae19ecd00/download	12 (1) (0.11 %)
13	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/46181dd9-65ba-4251-80a4-3b783c1633cd/download	8 (1) (0.07 %)
14	https://e-construction.gov.ua/files-token/ce88f9f96af6b7ddb7165d8d4a17bec2	5 (1) (0.04 %)

☒ Список прийнятих фрагментів

#	ЗМІСТ	КІЛЬКІСТЬ ОДНАКОВИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/e263cb45-c04d-44a0-a6dd-c5e4e2ce6d46/download	218 (1.94%)
1	Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу Інститут архітектури та містобудування (назва освітньої програми) 191 ...	10 (0.09%)
2	назва роботи) Архітектура та містобудування (назва освітньої програми) 191 ...	36 (0.32%)
3	підпис, прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання керівника)...	34 (0.3%)
4	Кафедра архітектури та містобудування Освітній рівень бакалавр Спеціальність 1...	36 (0.32%)
5	року №14, червня, 2025. Строк подання студентом роботи 3. Вихідні дані до робо...	12 (0.11%)
6	5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) а...	12 (0.11%)
7	6. Консультанти розділів роботи Розділ Прізвище, ініціали та посада консультан...	16 (0.14%)
8	7. Дата видачі завдання _____ Ка...	41 (0.36%)
9	Розробка основних креслень (плани, фасади, розріз) 15.03 09.06.2025 Розробка в...	21 (0.19%)
	2025_Колодій_С.Ю._ІАБ_АiД-21-2	14 (0.12%)
1	та будівництва «ІФНТУНГ-ДОННАБА» Кафедра архітектури і дизайну колодій софія ю...	14 (0.12%)
	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/46181dd9-65ba-4251-80a4-3b783c1633cd/download	8 (0.07%)

1	Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу	8 (0.07%)
	https://repo.nung.edu.ua/bitstreams/9ea12e2c-289...	12 (0.11%)
1	4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розр...	12 (0.11%)
	2025_Кострабій_А.В._ІАБ_АіД_АМ-21-1	13 (0.12%)
1	Студент _____ ...	13 (0.12%)
	2025_Максимів_І.В._АіД_АМм-24-1	6 (0.05%)
1	1.3 міжнародний та вітчизняний досвід проектування реабілітаційних	6 (0.05%)
	2024_Науково-дослідна робота кафедри АБіС	20 (0.18%)
1	можуть отримати не лише повний комплекс заходів з відновлення ментального здор...	20 (0.18%)
	Історичні етапи формування дизайну реабілітаційн...	12 (0.11%)
1	Винниках реабілітації та психологічній підтримці	12 (0.11%)
	https://e-construction.gov.ua/document_detail/do...	12 (0.11%)
1	ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення» зі	12 (0.11%)
	Приймак_Д.	5 (0.04%)
1	середовища для маломобільних груп населення	5 (0.04%)
	https://e-construction.gov.ua/files-token/ce88f9...	5 (0.04%)
1	ДБН В.2.2-40:2018	5 (0.04%)
	Школа майбутнього «Нова хвиля» в м. Кривий Ріг	5 (0.04%)
1	ДБН В.1.1-7:2016	5 (0.04%)
	Матіаш.docx	10 (0.09%)
1	селище міського типу Тисменицького району Івано-Франківської області, розташов...	10 (0.09%)
	Алексєєнко_К_В_ДАС_606м_Пояснювальна_записка.pdf	5 (0.04%)
1	2018 «Інклюзивність будівель і споруд»	5 (0.04%)

10 Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу
Інститут архітектури та будівництва «ІФНТУНГ-ДОННАБА» Кафедра архітектури і дизайну

Шестопадова Юлія Віталіївна
(прізвище, ім'я, по батькові) УДК

(індекс)

БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

«Реконструкція господарських приміщень КНП Лисецька лікарня під реабілітаційний центр»

10 (назва роботи)

Архітектура та містобудування

(назва освітньої програми)

191 Архітектура та містобудування

(шифр і назва спеціальності)

Робота містить результати власних досліджень, використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело:

Здобувач освітнього ступеня Ю.В. Шестопадова
(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник викладач кафедри АІД Березовський Ю.Л.

10 (підпис, прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання керівника) Допущено до захисту Завідувач
кафедри архітектури і дизайну проф. Олексій ЯЩЕНКО (посада) (підпис) (дата) (ініціали та прізвище) Івано-Франківськ - 2026
13 Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу

(повне найменування закладу вищої освіти)

Інститут архітектури та будівництва «ІФНТУНГ-ДОННАБА»

10 кафедра архітектури і дизайну

Освітній рівень бакалавр Спеціальність 191- Архітектура та містобудування (шифр і назва) ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

« » 2026 року ЗАВДАННЯ НА БАКАЛАВРСЬКУ РОБОТУ

СТУДЕНТОВІ

Шестопадова Юлія Віталіївна

(прізвище, ім'я, по батькові) 1. Тема роботи «Реконструкція господарських приміщень КНП Лисецька лікарня під реабілітаційний центр»

керівник роботи викладач кафедри АІД Березовський Ю.Л.

затверджені наказом закладу вищої освіти від «30» березня 2026 року № 153/7

2. Строк подання студентом роботи 3. Вихідні дані до роботи обмірне креслення,

12 4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Вступ. Розділ 1. Теоретичні засади проєктування багатофункціональних реабілітаційних центрів (поняття, типологія, світовий та вітчизняний досвід, нормативні вимоги). Розділ 2. Архітектурно-просторова організація реабілітаційних об'єктів в структурі Івано-Франківської області та смт Лисець (аналіз розташування, вибір ділянки, інфраструктура, комплексна характеристика об'єкта реконструкції, генеральне планування). Розділ 3. Проектна пропозиція реконструкції реабілітаційного центру (архітектурно-планувальна структура, об'ємно-просторове та фасадне рішення, конструктивні та інженерні рішення, інклюзивність та безпека). Загальні висновки. Список використаних джерел.

10 5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) Ситуаційна схема в системі Івано-Франківської області; Ситуаційна схема в структурі селища Лисець; Схема функціонального зонування; Схема транспортних та пішохідних зв'язків; Схема цінності в області; Схема «Види реабілітації»; Бабу-діаграма функціональних зон; Фотофіксація та обмірні креслення існуючого стану; Генеральний план; Архітектурно-будівельні креслення (плани поверхів, фасади, розрізи); Візуалізації (3D).

10 6. Консультанти розділів роботи

Розділ Прізвище, ініціали та посада

консультанта Підпис, дата

завдання видав завдання прийняв

викладач кафедри АІД Березовський Ю.Л.

викладач кафедри АІД Березовський Ю.Л.

10 7. Дата видачі завдання Календарний план № з/п Назва етапів бакалаврської роботи Термін виконання етапів роботи Примітка Отримання та обговорення завдання

Фотофіксація ділянки; дослідження теми; опрацювання теоретичних джерел; пошук світового досвіду

Робота над аналітичними схемами	
Розробка ідейної концепції проектного рішення	
Розробка генерального плану	
Розробка об'ємно-планувального вирішення	
10. Розробка основних креслень (плани, фасади, розріз)	
Розробка візуалізацій	
Графічне оформлення дипломного проекту	
Робота над пояснювальною запискою	
Узагальнення та завершення дипломного проекту	

2. Студент		
	(підпис)	(прізвище та ініціали)
Керівник роботи		
	(підпис)	(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП 8

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОЄКТУВАННЯ БАГАТОПРОФІЛЬНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ 10

1.1 Поняття та функції реабілітаційного центру 10

1.2 Типологія реабілітаційних об'єктів 13

3. 1.3 Світовий та вітчизняний досвід проєктування реабілітаційних центрів 15

1.4 Нормативні вимоги та фактори впливу на проєктування об'єктів реабілітації 21

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1 24

РОЗДІЛ 2. АРХІТЕКТУРНО-ПРОСТОРОВА ОРГАНІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ОБ'ЄКТІВ В СТРУКТУРІ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА СМТ ЛИСЕЦЬ 25

2.1 Архітектурно-просторовий аналіз розташування реабілітаційних функцій в Івано-Франківській області 25

2.2 Особливості вибору ділянки на проєктування. Характеристика містобудівної, транспортної, соціальної та функціональної інфраструктури 27

2.3 Комплексна характеристика об'єкта реконструкції та вихідні дані 29

2.4 Генеральне планування реабілітаційного центру: зв'язки, зони, функції 32

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2 34

РОЗДІЛ 3. ПРОЄКТНА ПРОПОЗИЦІЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ 35

3.1 Архітектурно-планувальна структура проєктованого об'єкту 35

3.2 Об'ємно-просторове та фасадне рішення проєктованого центру 37

3.3 Конструктивні, інженерні та енергоефективні рішення об'єкту 39

3.4 Реалізація вимог інклюзивності та безпеки користувачів проєктованого об'єкту 42

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3 44

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ 45

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 48

ВСТУП

В умовах повномасштабної збройної агресії питання комплексного відновлення фізичного та психологічного здоров'я населення набуло для України безпрецедентного стратегічного значення. Кількість людей, які потребують тривалої реабілітаційної підтримки, стрімко зростає щодня - серед них військовослужбовці з бойовими пораненнями, цивільні, постраждалі від наслідків бойових дій, та діти, які потребують відновлення після фізичних і психологічних травм. За даними Міністерства охорони здоров'я України, лише у 2024 році безоплатну реабілітаційну допомогу отримали майже 366 тисяч пацієнтів, з яких понад 86 тисяч - діти, а пропускна спроможність системи зросла утричі порівняно з 2022 роком [25]. Попри такий прогрес, реальна потреба в якісних реабілітаційних просторах суттєво перевищує наявні можливості, а більшість існуючих закладів потребують глибокої модернізації, адаптації до вимог безбар'єрності та впровадження сучасних стандартів інклюзивного середовища. У цьому контексті особливої актуальності набуває ревіталізація та функціональна реконструкція вже існуючих медичних площ на базі діючих лікарень. Такий підхід дозволяє раціонально використати наявний будівельний фонд, швидко інтегрувати нові реабілітаційні функції у вже сформовану медичну інфраструктуру та забезпечити пацієнтам безперервний цикл допомоги - від гострого лікування до повноцінного відновлення - в межах єдиного комплексу. Реконструкція господарських приміщень КНП «Лисецька лікарня» у смт Лисець є саме таким кроком: перетворення морально застарілих утилітарних будівель на повноцінний багатoproфільний реабілітаційний центр дозволяє не лише розширити можливості закладу, а й наблизити якісну реабілітаційну допомогу до мешканців Тисменицького району, де подібний спеціалізований ресурс досі відсутній.

Метою бакалаврської роботи є розробка архітектурно-планувального рішення реконструкції господарських приміщень КНП «Лисецька лікарня» під сучасний багатoproфільний реабілітаційний центр, розрахований на універсальне використання різними віковими та соціальними групами. Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання: дослідити світовий та вітчизняний досвід проєктування багатoproфільних реабілітаційних центрів; проаналізувати містобудівні та ландшафтні особливості ділянки КНП «Лисецька лікарня» та її оточення в структурі смт Лисець; розробити функціональне зонування з урахуванням специфічних потреб військових, цивільних пацієнтів та дітей; запропонувати об'ємно-просторові, фасадні та конструктивні рішення, що відповідають сучасним вимогам інклюзивності, ергономіки та цивільного захисту. Об'єктом дослідження є архітектурно-просторове середовище багатoproфільного реабілітаційного центру.

Предметом дослідження є архітектурно-планувальні та конструктивні рішення реконструкції існуючих господарських приміщень лікарні під універсальні реабілітаційні функції.

Практичне значення роботи полягає у створенні адаптивної архітектурної моделі, що дозволяє перетворити застарілий господарський блок діючої лікарні на повноцінний, безбар'єрний та психологічно комфортний простір для відновлення здоров'я різних категорій пацієнтів - та може слугувати прикладом для подібних реконструкцій у малих містах і селищах України.

Методи дослідження. У процесі роботи над бакалаврською роботою використано комплекс взаємодоповнюючих методів. Аналітичний метод

застосовувався для опрацювання наукової літератури, нормативних документів та передового досвіду проектування реабілітаційних центрів. Порівняльний метод використовувався при зіставленні вітчизняних і світових аналогів з метою виявлення найбільш ефективних архітектурно-планувальних рішень. Натурне обстеження об'єкта реконструкції дозволило зафіксувати існуючий стан будівлі, виконати фотофіксацію та обмірне креслення. Містобудівний аналіз забезпечив розуміння контексту розміщення об'єкта в структурі смт Лисець та Івано-Франківської області. Графічно-аналітичний метод реалізовано через розробку авторських схем - функціонального зонування, транспортних зв'язків, SWOT-аналізу та карти потреб користувачів. Проектний метод став основою для розробки архітектурно-планувального рішення реконструкції з урахуванням усіх виявлених чинників впливу.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОЄКТУВАННЯ БАГАТОПРОФІЛЬНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

1.1 Поняття та функції реабілітаційного центру

Сучасне українське суспільство переживає безпрецедентне зростання попиту на якісну реабілітаційну допомогу. За результатами аудиту потреб громадян у послугах з охорони психічного здоров'я, проведеного в рамках Всеукраїнської програми ментального здоров'я, від 40 до 50% населення України потребуватиме психологічної підтримки різного ступеня інтенсивності, з них 1,8 млн осіб - серед військових та ветеранів, а загальна потреба в охороні психічного здоров'я зросла на 70% [12]. Наслідки повномасштабних бойових дій формують нову велику групу людей з особливими потребами - серед них військовослужбовці з бойовими пораненнями та психологічними розладами, цивільні пацієнти після складних хірургічних втручань, а також діти, для яких середовище відновлення має бути особливо безпечним і нетравматичним [25]. У відповідь на ці виклики архітектура медичних закладів зазнає принципових змін: вузькопрофільна клінічна модель поступово поступається місцем багатофункціональному інклюзивному простору, де медичне втручання є лише одним з елементів комплексної стратегії відновлення [2]. У сучасній науковій парадигмі реабілітаційний центр розглядається не просто як медична установа, а як складна багатоконпонентна система, в якій архітектурне середовище виконує активну терапевтичну роль. Саме так формується концепція «терапевтичного середовища» (healing environment) - підхід, відповідно до якого простір перестає бути пасивною оболонкою для розміщення обладнання і стає повноцінним інструментом зцілення [12]. Дослідження підтверджують, що правильно спроектоване реабілітаційне середовище здатне надати пацієнту зовнішню психологічно-соціальну амортизацію ще до початку медикаментозного або психологічного лікування, забезпечивши базові умови безпеки, комунікації та фізіологічного комфорту [12]. Грамотне використання природного освітлення, біофільний дизайн, акустичний комфорт і продумана ергономіка здатні суттєво знизити рівень тривожності, нівелювати гнітючу «лікарняну» атмосферу і стимулювати пацієнтів до активної взаємодії з навколишнім середовищем.

Особливої уваги в цьому контексті потребують пацієнти з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) - психічним станом, що виникає після травматичних подій і супроводжується почуттями страху, безпорадності та гіперзбудження. Ветерани бойових дій є найбільш вразливою групою: опитування виявили, що 85% з них мають проблеми зі сном, 45% скаржаться на надмірний рівень шуму в закладі, а 75% відчують потребу у соціальному спілкуванні, водночас зазначаючи гостру нестачу приватних просторів для усамітнення [12]. Найпоширенішими тригерами ПТСР в архітектурному середовищі є великі скупчення людей, непередбачуваність простору та відсутність візуального контролю над входами і виходами. Більшість опитаних ветеранів висловлювали бажання проходити реабілітацію у природному або домашньому середовищі, віддаленому від інтенсивного міського руху [12].

Ефективне функціонування багатoproфільного реабілітаційного центру ґрунтується на синергії чотирьох фундаментальних напрямів: медичного, психологічного, когнітивного та соціального.

Медична реабілітація формує просторове та технологічне ядро закладу й охоплює фізичну терапію, відновлення після політравм та ампутацій, роботу з протезами й ортезами [2]. Архітектурна реалізація цього напрямку вимагає проектування просторих залів кінезіотерапії з посиленими конструкціями для підвісних систем, приміщень гідрореабілітації та спеціалізованих маніпуляційних кабінетів. При цьому логістика медичного блоку має забезпечувати абсолютну безбар'єрність для пересування пацієнтів із кріслами-колісними та допоміжними засобами опори.

Психологічна функція є критично важливою складовою, особливо в роботі з наслідками бойових дій. Вона охоплює індивідуальну психотерапію, групові сесії підтримки та спеціалізовану роботу з пацієнтами з ПТСР [12]. Архітектура таких приміщень потребує бездоганної звукоізоляції - адже 45% ветеранів називають шум одним з головних чинників, що заважають одужанню, - а також теплих природних текстур в оздобленні та можливості індивідуального контролю освітлення. Палати не повинні перевищувати чотирьох осіб, а за можливості мати відокремлені санвузли - це дозволяє зберегти необхідний рівень соціальної дистанції та знизити акустичне навантаження [12].

Когнітивна реабілітація спрямована на відновлення функцій мозку після черепно-мозкових травм і контузій - пам'яті, уваги, мовлення, здатності до концентрації [12]. Просторово вона реалізується через тихі сенсорно збалансовані зони без зайвих візуальних подразників: навчальні класи, сенсорні кімнати, терапевтичні сади. Важливим є також передбачення лекційних залів і приміщень для трудотерапії - 70% опитаних ветеранів висловлювали бажання здобути нову професію під час реабілітації, а 60% схвалювали ідею трудотерапії як складової лікувального процесу [12]. Соціальна реабілітація є фінальним містком між клінічним середовищем і повноцінним поверненням до суспільного життя. Її мета - навчання втраченим соціальним навичкам, адаптація до нових умов побуту та підтримка у поверненні до активної діяльності [11]. У просторовому вимірі це реалізується через ерготерапевтичні зони - тренувальні кухні та майстерні для відпрацювання дрібної моторики, арт-студії та відкриті рекреаційні простори для неформального спілкування. Принципово важливим є розмежування відділень військових та цивільних пацієнтів: ветерани надають перевагу спільноті з особами, що поділяють їхній досвід, оскільки це формує середовище взаємної довіри та пришвидшує соціальну реінтеграцію [12].

За умов гострого дефіциту таких комплексних закладів в Україні стратегічно виправданим підходом стає реконструкція вже існуючих медичних площ. Вона дозволяє зберегти наявний будівельний фонд і швидко інтегрувати інноваційні реабілітаційні функції у діючу інфраструктуру, забезпечуючи пацієнтам безперервний цикл підтримки без розриву між гострим лікуванням та відновленням.

Рис. 1.1. Схема «Види реабілітації»

1.2 Типологія реабілітаційних об'єктів

Архітектурна типологія реабілітаційних закладів є складною та багатогранною системою, що формується під впливом містобудівних, демографічних, медико-технологічних і соціально-економічних чинників. Центр соціально-психологічної реабілітації як архітектурний об'єкт розглядається у сучасній науці як багатофункціональний заклад, у якому пацієнти **можуть отримати не лише повний комплекс заходів з відновлення ментального та фізичного здоров'я, а й пройти підготовку до повернення у сім'ю та інтеграції в суспільство** [17]. Для того щоб ефективно виконувати ці функції, такий заклад має бути зручним за розташуванням, відповідати рівню сучасного комфорту і, найголовніше, задовольняти потреби різних груп користувачів у необхідних видах реабілітації.

Класифікація реабілітаційних центрів відбувається за десятьма основними критеріями, які тісно взаємопов'язані між собою: цільова категорія користувачів, розташування та діапазон обслуговування, тип територіальних ресурсів для будівництва, тип архітектурного формування, функціональна структура, композиційна та планувальна структура, місткість, тривалість обслуговування і форма власності [17]. Базовим серед усіх критеріїв є цільова категорія користувачів, оскільки саме вона визначає потреби пацієнтів у конкретних функціях і відповідних архітектурних просторах.

За діапазоном обслуговування та розташуванням реабілітаційні центри поділяються на три основні групи. Локальні заклади функціонують переважно як денні стаціонари або заклади короткострокової реабілітації і розміщуються в структурі житлового району - близько до місця проживання пацієнтів. Загальноміські центри є багатофункціональними об'єктами і розташовуються в структурі або на периферії великих міст. Регіональні центри орієнтовані на осіб, які потребують тривалої реабілітації, і оптимально розміщуються за межами міста, де природне середовище стає додатковим терапевтичним ресурсом [17].

Функціональна структура реабілітаційного центру складається з трьох груп блоків. До базових, обов'язкових у будь-якому закладі, належать житловий блок, медично-оздоровчий, спортивно-оздоровчий, харчовий і господарський. Профільні блоки визначають специфічну спрямованість центру і можуть включати зони нетрадиційних видів терапії - арт-терапію, ерготерапію, каністерапію, іпотерапію, акватерапію - а також освітньо-професійний блок для перекваліфікації ветеранів. Додаткові блоки охоплюють соціально-економічні послуги, дозвілєві, рекреаційні та комунікативні зони [17].

За місткістю реабілітаційні центри поділяються на малі - до 100 осіб, що відповідають локальному рівню, - середні (100-150 осіб), великі (150-250 осіб) та дуже великі (250-300 осіб). При цьому збільшення місткості понад 300 осіб вважається нераціональним, оскільки психологічна реабілітація передбачає індивідуальний підхід до кожного пацієнта [17]. За тривалістю перебування заклади варіюються від денного стаціонару до центрів тривалого перебування строком від двох до шести місяців - переважно для ветеранів та звільнених із полону, які потребують найбільш інтенсивного комплексного відновлення.

Важливим типологічним критерієм є також вибір типу архітектурного формування, який безпосередньо визначається наявними територіальними ресурсами. Окрім будівництва на вільних ділянках, сучасна практика активно використовує реорганізацію існуючих медико-оздоровчих об'єктів - підхід, що є особливо актуальним в умовах дефіциту вільних міських територій і нагальної потреби у швидкому розгортанні реабілітаційних потужностей [17]. За композиційною структурою виділяють компактні центри з усіма функціями в єдиній будівлі, блочні - де окремі функціональні групи розміщені в самостійних об'єктах, та дисперсні - з розосередженими будівлями на складному рельєфі або при наявності терапій, які потребують відкритого простору. Головною типологічною особливістю реабілітаційних центрів як архітектурного типу є мала поверховість, що забезпечує зручність пересування та органічну інтеграцію в природне середовище [17].

Реконструкція господарських приміщень КНП «Лисецька лікарня» повністю вписується в описану типологічну модель. За діапазоном обслуговування проєктований об'єкт є загальноміським закладом із елементами регіонального охоплення. За типом архітектурного формування - це адаптація існуючого медичного об'єкту, що дозволяє зберегти наявну конструктивну основу і водночас повністю переосмислити її внутрішній функціональний зміст. За композиційною структурою - компактний об'єм із блочним розподілом функцій всередині єдиної будівлі з частковою надбудовою другого поверху.

Рис. 1.2. Типологічна класифікація реабілітаційних центрів за основними критеріями архітектурного формування (складено за [17])

1.3 Світовий та вітчизняний досвід проєктування реабілітаційних центрів

Формування науково обґрунтованої архітектурної концепції багатопрофільного реабілітаційного центру неможливе без аналізу реалізованих світових та вітчизняних проєктів. Особливу практичну цінність для даного дослідження становлять об'єкти, що базуються на принципах реконструкції та адаптивного повторного використання будівель, а також заклади, органічно інтегровані в існуюче медичне середовище.

Порівняльний аналіз таких об'єктів виявляє ефективні планувальні, об'ємно-просторові та ергономічні рішення, здатні сформувати повноцінне терапевтичне середовище і стати орієнтиром у проєктуванні реабілітаційного центру на базі КНП «Лисецька лікарня».

Tabor Orthopedics / archimania (Мемфіс, США, 2009)

Проєкт реконструкції клініки Tabor Orthopedics є класичним прикладом адаптивного повторного використання (adaptive reuse) - перетворення офісної будівлі 1991 року у повноцінний ортопедичний центр із зоною фізичної реабілітації [28]. Головним завданням для проєктувальників із бюро archimania стало створення нового образу для майже сорокарічної ортопедичної практики з бюджетом менше 100 доларів за квадратний фут. Вирішення цього завдання потребувало тотального переосмислення планувальної логіки при збереженні несучого конструктивного каркасу будівлі.

Планувальна структура об'єкта побудована на чіткому розмежуванні трьох потоків: окремі входи для пацієнтів, персоналу та лікарів забезпечують незалежну логістику і виключають перетин різних груп користувачів у внутрішньому просторі. Функціональне зонування демонструє збалансований розподіл площ: медично-терапевтична та адміністративно-господарська зони займають по 35% загальної площі кожна, зона фізичної реабілітації - 20%, громадська зона - 8%. Широкі комунікаційні коридори вирівняні по осях вікон, що забезпечує максимальну природну інсоляцію глибоко в інтер'єрі. У західній частині кабінетів застосовано глибокі скляні портали, що виконують подвійну функцію: захист від перегріву та забезпечення приватності пацієнтів. Фасад вирішений у теплій цегляній кладці з горизонтальними акцентами деревини, що разом з озелененою прилеглою ділянкою формує камерну, нелікарняну атмосферу.

Таким чином бюджетна реконструкція існуючої будівлі може повністю змінити її функціональний і образний зміст без масштабних конструктивних втручань - за рахунок продуманої логістики, матеріалів і природного освітлення.

Рис. 1.3. Tabor Orthopedics, archimania, США, 2009. Функціональне зонування.

Center for Health / Dorte Mandrup (Копенгаген, Данія, 2025)

Центр здоров'я у Копенгагені є прикладом нового будівництва, інтегрованого в щільну тканину історичного кварталу De Gamles By у районі Нерреброу [21]. Замовником виступило місто Копенгаген з метою задовольнити зростаючий попит на реабілітацію та лікування людей із захворюваннями пов'язаними зі способом життя - діабетом 2 типу та серцевими хворобами. Принциповою умовою проєкту було відійти від знеособленого клінічного характеру традиційних медичних установ і створити простір, який мотивує рух, підтримує соціальну взаємодію і відчувається теплим та домашнім.

Будівля має вигнуту в плані форму, що огортає внутрішній сад і відкривається до нього повністю скляним фасадом. З боку вулиці - захисна оболонка з темно-коричневих металевих листів з вертикальними дерев'яними ламелями, що забезпечують сонцезахист. Серцем будівлі є «Зал серця» - 15-метровий центральний атріум із скульптурним ритмом клеєних дерев'яних арок, навколо якого організовані всі функціональні зони:

зали для вправ, навчальні кухні, консультаційні кабінети та простори для спільного харчування. Підвісні галереї з'єднують поверхи всередині атриуму, формуючи динамічний вертикальний простір і забезпечуючи природне верхнє освітлення глибоко в інтер'єрі. Конструкція виконана з клеєного бруса (glulam) із сосни з перфорованими акустичними панелями - матеріал, обраний не лише з естетичних міркувань, а й для покращення якості повітря і зниження рівня стресу. На даху інтегровано 164 м² сонячних панелей. Проектна місткість центру - 2 500 пацієнтів на рік.

Функціональне зонування відображає соціально-реабілітаційну спрямованість закладу: зона фізичної реабілітації займає 38%, адміністративно-господарська - 35%, громадська та рекреаційна разом - 17%, медично-терапевтична - 10%. Важливо, що проєкт розроблявся у тісній співпраці з майбутніми користувачами, персоналом і міською адміністрацією, що дозволило точно відповісти на реальні потреби людей.

Отже, реабілітаційний простір може і повинен бути частиною міського середовища, а не відокремленою медичною установою - цей принцип є особливо актуальним при реконструкції закладу в структурі діючої лікарні.

Рис. 1.4. Center for Health, Dorte Mandrup, Данія, 2025. Функціональне зонування.

Maggie's Leeds Centre / Heatherwick Studio (Лідс, Англія, 2020, 462 м²)

Центр психологічної підтримки онкохворих Maggie's Leeds Centre, зведений безпосередньо на території великої університетської лікарні Сент-Джеймс, є, мабуть, найрадикальнішим прикладом переосмислення того, яким може бути реабілітаційний простір у лікарняному контексті [24]. Студія Heatherwick розмістила будівлю на невеликій ділянці зі складним шестиметровим перепадом рельєфу, перетворивши цей недолік на архітектурну перевагу.

Принципове планування рішення - повна відмова від коридорної системи, яка традиційно асоціюється з лікарнями і є потужним психологічним тригером тривоги. Три окремих дерев'яних павільйони з грибоподібними дахами організовані не вздовж коридору, а навколо спільного центрального ядра - відкритої кухні, яка символічно перетворює медичний заклад на домашній простір. Функціональне зонування підкреслено соціально орієнтоване і відповідає психологічній місії закладу: громадська зона займає 35%, рекреаційна - 26%, медично-терапевтична - 17%, зона фізичної реабілітації - 14%, адміністративно-господарська - 8%. Складна каскадна система перекриттів утворює серію експлуатованих терас-садів, буквально підіймаючи природний ландшафт на рівень даху і створюючи зелений острівце у серці щільної лікарняної забудови. Конструктивно будівля виконана з теплих дерев'яних структур, що кардинально відрізняє її від стерильного бетону та скла сусідніх лікарняних корпусів. Матеріальна теплота простору є не естетичним жестом, а свідомим терапевтичним рішенням: вона знижує рівень тривоги і сприяє відчуттю захищеності.

Отже, у закладах з психологічним або паліативним профілем соціальні та рекреаційні зони мають домінувати в структурі будівлі, а сама архітектура повинна цілеспрямовано уникати будь-яких асоціацій з клінічним середовищем.

Рис. 1.5. Maggie's Leeds Centre, Heatherwick Studio, Англія, 2020, 462 м². Функціональне зонування.

Káldia Sant Pau Centre / Miralles Tagliabue EMBT (Барселона, Іспанія, 2019, 400 м²)

Іспанський центр Káldia Sant Pau є унікальним прикладом вписування нового реабілітаційного об'єкту в надзвичайно насичений історичний контекст - лікарняне містечко Sant Pau, зведене у стилі каталонського модерну за проєктом видатного архітектора Луїса Доменек-і-Монтанера і внесене до Списку Всесвітньої спадщини ЮНЕСКО [22]. Бюро Miralles Tagliabue EMBT постало перед завданням, яке не має простого вирішення: побудувати сучасний заклад у середовищі, де кожен існуючий об'єкт є архітектурним шедевром.

Відповіддю стала органічна, позбавлена гострих кутів форма плану з перетікаючими просторами першого поверху, яка не конкурує з орнаментальним багатством оточення, а вступає з ним у спокійний, поважний діалог. Фасади вирішені з використанням теплої цегляної кладки та складних гексагональних керамічних елементів, що працюють як жалюзі: вони фільтрують жорстке середземноморське сонця і створюють в інтер'єрі мінливу гру світла і тіні, формуючи заспокійливу, майже медитативну атмосферу. Функціональне зонування відображає максимально відкриту просторову концепцію: громадська зона та транзитний простір займають 45% площі, рекреаційна зона - 35%, медично-терапевтична та адміністративно-господарська - по 10% кожна. Межа між захищеним інтер'єром та зовнішнім терапевтичним садом свідомо розмита - перші поверхи повністю скляні і відкриваються назовні, продовжуючи внутрішній простір у природному середовищі.

Отже, при проєктуванні в насиченому архітектурному контексті нова будівля може знайти власний голос через матеріальну близькість до оточення, не вдаючись до прямої стилізації.

Рис. 1.6. Káldia Sant Pau Centre, Miralles Tagliabue EMBT, Іспанія, 2019, 400 м². Функціональне зонування.

Вітчизняний досвід

В Україні тенденція до реконструкції застарілих медичних будівель під сучасні реабілітаційні заклади набуває загальнонаціонального масштабу, зумовленого гострою потребою у якісній допомозі постраждалим від бойових дій.

Показовим прикладом є Superhumans Center у ⁵Винниках на Львівщині - **всеукраїнський центр воєнної травми, що спеціалізується на протезуванні, реконструктивній хірургії, фізичній реабілітації та психологічній підтримці** для військових і цивільних, у тому числі дітей [27]. Заклад площею 7 700 м² створений шляхом реконструкції приміщень Львівського обласного госпіталю ветеранів - роботи тривали лише вісім місяців, а відкриття відбулося у квітні 2023 року. Проєктуванням займалась архітектурна студія Savvitsky Design спільно з PeLe Engineering. Центр включає лабораторію протезування з виробничою зоною, реабілітаційний басейн, відділення фізичної реабілітації та психологічної підтримки, відділення реконструктивної хірургії. Принципово важливою є безбар'єрність на рівні вхідних груп, коридорів, ліфтів і санітарних вузлів - всі послуги надаються безкоштовно.

Другим вагомим вітчизняним аналогом є Національний реабілітаційний центр UNBROKEN у Львові [20]. Реконструкцією радянської семиповерхової будівлі займалась львівська архітектурно-інжинірингова компанія abmk: приміщенням надано нові функції, оновлено фасад з використанням енергоефективних сонцезахисних сіток, додано панорамний ліфт і облаштовано експлуатовану терасу на даху. Центр з'єднаний надземним критим переходом з головним корпусом лікарні, що забезпечує безперервний замкнений медичний цикл - від хірургічного втручання до повноцінної реабілітації. Реабілітаційні зали обладнані стельовими підйомниками для безпечного переміщення пацієнтів. Перспективою розвитку комплексу є новий корпус, який буде спроектований у співпраці з лауреатом Прітцкерівської премії Шігеру Баном.

Аналіз усіх шести об'єктів підтверджує спільну стратегічну закономірність: найефективнішим підходом є збереження існуючої конструктивної основи з повним переосмисленням її внутрішнього просторового змісту. При цьому кожен об'єкт демонструє власну відповідь на питання балансу між клінічними та соціальними функціями: від переважання фізичної реабілітації у данській клініці до домінування громадського

простору в іспанському та англійському центрах. Саме такий широкий спектр рішень дозволяє сформувати обґрунтований підхід до зонування реабілітаційного центру на базі господарських приміщень Лисецької лікарні, де потреби трьох різних цільових груп вимагають рівномірного балансу між усіма функціями.

1.4 Нормативні вимоги та фактори впливу на проектування об'єктів реабілітації

Проектування і реконструкція реабілітаційних закладів в Україні регулюється комплексом державних будівельних норм, кожна з яких охоплює окремий аспект архітектурного середовища. Розуміння цих вимог та факторів, що формують реабілітаційний простір, є необхідною умовою для розробки грамотного проектного рішення.

Базовим нормативним документом є ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення», що набрав чинності 1 березня 2023 року і замінив застарілі норми 2001 року [2]. Цей документ регламентує проектування усіх типів медичних закладів - як нове будівництво, так і реконструкцію та капітальний ремонт. Норми встановлюють мінімальні площі функціональних приміщень, вимоги до природного та штучного освітлення, кратність повітрообміну і, що особливо важливо для реабілітаційного центру, організацію технологічних потоків з чітким розмежуванням «чистих» і «брудних» маршрутів. При реконструкції існуючих господарських приміщень адаптація застарілої планувальної сітки до цих вимог є одним із ключових архітектурних завдань, що потребує ретельної роботи з несучими конструкціями та інженерними мережами. Варто зазначити, що ДБН В.2.2-10:2022 не поширюється на приміщення, які не пов'язані безпосередньо з наданням медичної допомоги - зокрема господарські блоки, гаражі та склади, - що підкреслює необхідність їх функціональної трансформації відповідно до нових стандартів. Не менш визначальним є ¹¹ ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення» зі змінами [3]. Документ встановлює обов'язкові технічні параметри безбар'єрного ⁸ середовища для маломобільних груп населення: мінімальна ширина дверних прорізів на шляхах руху - 90 см, максимальний ухил постійних пандусів - 8% (1:12), мінімальна ширина пандуса - 90 см для одностороннього і 180 см для зустрічного руху, мінімальні габарити кабіни ліфта для маломобільних груп - 110×140 см при ширині дверей 90 см. Для реабілітаційного центру, де значна частина пацієнтів пересувається на кріслах-колісних або з допоміжними засобами опори, ці вимоги є не формальними параметрами, а фундаментальними умовами гідного та безпечного перебування.

Окремим обов'язковим нормативним чинником є ДБН В.2.2-5:2023 «Захисні споруди цивільного захисту» [4]. Документ встановлює вимоги до проектування та реконструкції захисних споруд, у тому числі споруд подвійного призначення - приміщень, що в мирний час використовуються за основною функцією, а в разі повітряної тривоги слугують укриттям. Згідно з нормами, такі приміщення мають відповідати вимогам щодо герметичності, вентиляції з фільтрацією, автономного інженерного забезпечення та доступності для маломобільних груп. Для реабілітаційного центру, де перебувають пацієнти з обмеженою мобільністю, інтеграція укриття подвійного призначення є не лише нормативним зобов'язанням, а й питанням безпеки і психологічного комфорту - реабілітаційний процес має тривати безперервно навіть під час повітряних тривог. Поза нормативними рамками, просторова організація реабілітаційного центру суттєво визначається психологічними та ергономічними факторами. Архітектурне середовище тут виступає повноцінним терапевтичним інструментом. Для пацієнтів з бойовим досвідом і ПТСР архітектурна логіка простору має першочергове значення: за результатами досліджень, 85% ветеранів мають проблеми зі сном, а 45% називають надмірний шум у закладі одним із головних чинників, що перешкоджають одужанню [12]. Ергономічні вимоги диктують необхідність звукопоглинальних рішень у коридорах і палатах, можливості індивідуального контролю освітлення, використання природних матеріалів в оздобленні, а також забезпечення максимального візуального зв'язку з природним середовищем через великі площини скління. Синтез цих факторів - нормативних, ергономічних та психологічних - реалізується через людиноцентричний підхід до проектування. Оскільки проєктований центр розрахований на три різні цільові групи, його просторова структура має бути адаптивною і задовольняти різні потреби. Для військових та ветеранів пріоритетними є ерготерапевтичні зони для підготовки до автономного побуту, приміщення для роботи з протезистами та акустично ізольовані кабінети психотерапії. Для цивільних пацієнтів - зали кінезіотерапії, фізіотерапевтичні кабінети та простори для соціальної реінтеграції. Дитяча реабілітація потребує повністю відокремленого блоку з масштабом, адаптованим до антропометрії дитини, де медичні процедури максимально інтегровані в ігровий процес.

Рис. 1.7. Схема «Карта потреб користувача»

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Проведений теоретичний аналіз дозволяє сформулювати ключові положення, що стануть основою для архітектурного рішення реконструкції господарських приміщень КНП «Лисецька лікарня».

Реабілітаційний центр є багатокомпонентною системою, ефективність якої визначається синергією чотирьох напрямів - медичного, психологічного, когнітивного та соціального. Дослідження підтвердило, що архітектурне середовище виступає не пасивним контейнером для функцій, а активним терапевтичним інструментом, здатним суттєво скорочувати терміни відновлення і підвищувати його якість. Особливо критичним це є для пацієнтів з ПТСР та черепно-мозковими травмами, для яких просторова передбачуваність, акустичний комфорт і візуальний зв'язок з природою є не естетичними побажаннями, а терапевтичними необхідностями [12].

Типологічний аналіз засвідчив, що реабілітаційні центри класифікуються за десятьма взаємопов'язаними критеріями, серед яких визначальними для даного проєкту є тип архітектурного формування і функціональна структура. Реконструкція існуючих медичних об'єктів є стратегічно обґрунтованим підходом, особливо актуальним в умовах дефіциту вільних ділянок і нагальної потреби у швидкому розширенні реабілітаційних потужностей. За місткістю проєктований об'єкт відноситься до категорії середніх центрів, що відповідає оптимальному діапазону для забезпечення індивідуального підходу до кожного пацієнта [17].

Аналіз шести аналогів - чотирьох світових і двох вітчизняних - виявив спільну стратегічну закономірність: найефективніші заклади поєднують збереження конструктивної основи з тотальним переосмисленням функціонального змісту, надаючи пріоритет відкритим соціальним просторам, природному освітленню та матеріальній теплоті інтер'єру. При цьому кожен об'єкт демонструє власне вирішення балансу між клінічними і соціальними функціями - від переважання фізичної реабілітації у данському центрі до домінування громадського простору в іспанському і англійському прикладах. Вітчизняний досвід Superhumans Center і UNBROKEN підтверджує реалістичність і ефективність швидкої реконструкції існуючих медичних будівель в умовах воєнного часу.

Нормативна база - ДБН В.2.2-10:2022, ¹⁴ ДБН В.2.2-40:2018, ДБН В.2.2-5:2023 та ⁹ ДБН В.1.1-7:2016 - формує обов'язкові технічні межі проектного рішення, в межах яких архітектура має реалізувати комплексний людиноцентричний підхід до потреб трьох цільових груп: військових та ветеранів, цивільних пацієнтів і дітей.

ЛИСЕЦЬ

2.1 Архітектурно-просторовий аналіз розташування реабілітаційних функцій в Івано-Франківській області

Нормативно-правове підґрунтя розвитку реабілітаційної інфраструктури в Україні сформоване низкою ключових документів. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 2020 року визначив реабілітацію як невід'ємну складову системи охорони здоров'я та закріпив право кожного громадянина на доступну і якісну реабілітаційну допомогу незалежно від місця проживання [8]. На виконання цього закону Кабінет Міністрів України затвердив Стратегію розвитку системи реабілітаційної допомоги на 2022-2027 роки, яка передбачає формування трирівневої мережі реабілітаційних закладів - від первинного рівня у громадах до спеціалізованих центрів регіонального значення [9]. Ключовим принципом стратегії є максимальне наближення реабілітаційних послуг до пацієнта, що передбачає активне залучення наявної медичної інфраструктури - зокрема реконструкцію існуючих лікарняних площ під реабілітаційні функції. Саме цей принцип лежить в основі проектного рішення, що розробляється у межах даної роботи.

Івано-Франківська область є одним із регіонів України, де потреба у розширенні реабілітаційної інфраструктури набуває особливої гостроти. З одного боку, область межує з Карпатами і має значний рекреаційно-оздоровчий потенціал. З іншого - переважна більшість наявних реабілітаційних ресурсів зосереджена в обласному центрі, тоді як значна частина районів залишається практично не охопленою комплексними послугами відновлення.

За даними реабілітаційної платформи України rehaukraine.com, станом на 2025 рік в Івано-Франківській області зареєстровано 13 медичних закладів, що надають реабілітаційні послуги [26]. Географічний аналіз їх розташування виявляє суттєву диспропорцію: три заклади зосереджені в Івано-Франківську, тоді як більшість районних центрів мають лише по одному закладу, а частина адміністративних одиниць взагалі позбавлена спеціалізованих реабілітаційних ресурсів. Показово, що з 13 закладів лише п'ять надають комплексну реабілітацію, що охоплює фізичний, психологічний та ерготерапевтичний напрями одночасно. Решта вісім функціонують виключно або переважно як заклади фізичної реабілітації, що не відповідає сучасним стандартам комплексного відновлення, особливо в контексті потреб ветеранів із бойовими травмами та ПТСР [25]. Особливу стурбованість викликає ситуація в Тисменицькому районі, де єдиним реабілітаційним закладом є КНП «Лисецька лікарня». Лисець - це селище міського типу з населенням близько 2 800 осіб, розташоване за 10 км від Івано-Франківська на стратегічному транспортному коридорі Львів - Мукачеве. На всю територію Тисменицького району, де мешкає понад 83 тис. осіб, наявний заклад надає виключно фізичну реабілітацію, не маючи ні психологічної підтримки, ні ерготерапії, ні мовленнєвої терапії [26]. Це означає, що ветерани та цивільні пацієнти, які потребують комплексного відновлення, змушені звертатися до Івано-Франківська або інших районних центрів, долаючи додаткові відстані, що особливо критично для людей з обмеженою мобільністю.

Загальна картина реабілітаційної забезпеченості регіону свідчить про те, що попри наявність певної мережі закладів, більшість із них не відповідає сучасним вимогам багатопрофільної реабілітації. Навіть у самому Івано-Франківську зберігається гострий дефіцит: у 2024 році у міській клінічній лікарні No 1 реабілітацію пройшли лише 600 військовослужбовців при тому, що на лікуванні перебувало майже 1 500 бійців [30]. Зважаючи на це, обласна влада запланувала будівництво нового реабілітаційного центру вартістю понад 800 млн гривень безпосередньо на базі обласної клінічної лікарні, де до початку 2026 року заклад мав розпочати будівництво [31].

Водночас ситуація в малих містах і селищах залишається критичною. Стратегія МОЗ України передбачає розвиток реабілітаційної мережі не у форматі єдиного великого центру, а шляхом рівномірного розподілу закладів різного рівня по всій території регіону - з пріоритетом максимального наближення послуг до місця проживання пацієнтів [25]. Саме в цьому контексті реконструкція господарських приміщень КНП «Лисецька лікарня» є не локальним архітектурним завданням, а стратегічним кроком у формуванні збалансованої реабілітаційної мережі Івано-Франківської області.

Рис. 2.1. Схема аналізу розташування реабілітаційних функцій в структурі Івано-Франківської області

2.2 Особливості вибору ділянки на проєктування. Характеристика містобудівної, транспортної, соціальної та функціональної інфраструктури Лисець ⁶ **селище міського типу Тисменицького району Івано-Франківської області, розташоване на** відстані близько 10 км на захід від обласного центру. Населений пункт налічує близько 2 800 мешканців і розміщений безпосередньо на стратегічному транспортному коридорі державного значення Львів - Мукачеве, що забезпечує йому виняткову транспортну доступність у масштабах як Тисменицького району, так і всієї області [23].

Містобудівна характеристика. Планувальна структура Лисця має лінійно-вузловий характер, сформований уздовж головної транспортної осі. Забудова селища представлена переважно малоповерховим садибним типом з великими присадибними ділянками, що є типовим для передгірської сільської місцевості Прикарпаття. Природний каркас формують річка Бистриця Солотвинська, що протікає через північну частину селища, та Лисецький парк, розташований у центральній зоні. Ці природні елементи створюють сприятливий екологічний фон для розміщення реабілітаційного закладу.

Ділянка КНП «Лисецька лікарня» розташована по вул. Радчанській, 10 і функціонально належить до громадської зони селища. Вона займає значний земельний масив у центральній-східній частині Лисця і є найбільшим громадським об'єктом у структурі населеного пункту. Оточення ділянки переважно житлове, що формує спокійне, нетравматичне середовище, оптимальне для реабілітаційних функцій.

Транспортна доступність. Транспортно-пішохідна доступність ділянки є однією з її ключових переваг. Головна дорога міжміського значення - автомобільний шлях Львів - Мукачеве - проходить через центр Лисця і забезпечує прямий зв'язок як з Івано-Франківськом (близько 10 км), так і з іншими населеними пунктами Тисменицького та суміжних районів. Безпосередньо поруч з ділянкою лікарні розміщена автобусна зупинка, що забезпечує регулярне громадське сполучення з обласним центром та районними вузлами. Внутрішня мережа доріг місцевого значення, господарські та службові проїзди формують розгалужену систему підходів до ділянки, включаючи пішохідні маршрути з прилеглих житлових кварталів.

Соціальна та функціональна інфраструктура. У функціональній структурі Лисця лікарняна ділянка виконує роль головного громадського вузла, навколо якого концентруються соціальні функції. Поблизу розташовані об'єкти освіти та культури, що формують активну пішохідну зону.

Наявність Лисецького парку та зеленого клину вздовж річки забезпечує природний рекреаційний ресурс, доступний для пацієнтів майбутнього центру у пішохідній досяжності. З боку сходу ділянка межує з відкритими просторами - садами та полями, що забезпечують візуальний зв'язок із природним ландшафтом і сприятливі умови для організації відкритих терапевтичних зон.

Сукупність цих чинників - центральне положення в структурі селища, пряма транспортна доступність з обласного центру та суміжних районів, спокійне житлове оточення, близькість до природних зон та наявність діючої медичної інфраструктури - підтверджує обґрунтованість вибору саме цієї ділянки для розміщення багатопрофільного реабілітаційного центру.

Рис. 2.2. Ситуаційна схема в структурі селища Лисець

Рис. 2.3. Схема транспортних та пішохідних зв'язків

Рис. 2.4. Схема функціонального зонування

2.3 Комплексна характеристика об'єкта реконструкції та вихідні дані

Об'єктом реконструкції є господарський блок КНП «Лисецька лікарня», розташований на вул. Радчанській, 10 у смт Лисець. Будівля є окремо розташованою спорудою на загальній лікарняній ділянці і не має фізичного з'єднання з головним медичним корпусом, що відкриває широкі можливості для її повної функціональної переорієнтації без порушення роботи діючого закладу.

Об'ємно-просторова характеристика. Будівля є переважно одноповерховою цегляною спорудою із частковим другим поверхом над центральним блоком - у зоні вхідної групи. Загальна площа першого поверху становить 1 211 м², що відповідає типологічній категорії середнього реабілітаційного центру за класифікацією [17]. Конструктивна основа будівлі - цегляні несучі стіни з традиційною для радянського будівництва прямокутною планувальною сіткою. Покрівля двосхила, з металевим покриттям.

Планувальна структура існуючого стану. Обмірне креслення першого поверху виявляє чітке функціональне розмежування трьох принципово різних зон, кожна з яких має власну просторову логіку і конструктивні особливості.

Пральний блок займає ліву та центральну частину будівлі і є її основною виробничою функцією. До його складу входять три пральні приміщення різного розміру із загальною площею близько 180 м², зал дезінфекційної обробки площею близько 45 м² та вхідна група з окремим входом для персоналу. Блок має власну систему водопостачання і каналізації, а також технологічне обладнання яке підлягає повному демонтажу. Поруч із пральним блоком розташовані підсобні приміщення та майстерня загальною площею близько 60 м², призначені для зберігання інвентарю та виконання дрібного ремонту.

Гаражний блок розташований у правій частині будівлі і є найбільш просторовим об'ємом споруди. Він включає шість боксів для автотранспорту, в тому числі два анексовані гаражі меншого розміру, загальною площею близько 450 м². Характерною конструктивною особливістю гаражного блоку є висота стін 4,5-5 м і великі вільні прольоти без внутрішніх опор - саме ці якості визначають його як найбільш перспективну зону для розміщення залу активної фізичної реабілітації. При гаражному блоці є кімната відпочинку водіїв та коридор загальною площею близько 35 м². Адміністративна зона виділена в окрему групу приміщень і включає три кабінети та коридор загальною площею близько 80 м². У верхній частині плану розташований великий нерозчленований зал площею близько 360 м², функціональне призначення якого в існуючому стані потребує уточнення - за планувальними ознаками він міг слугувати складом або виробничим цехом. Саме цей зал, поряд із гаражним блоком, є найбільш цінним просторовим ресурсом для формування великих відкритих терапевтичних приміщень.

Характеристика ділянки та прилеглої території. Господарський блок розміщений у глибині лікарняної ділянки, відокремленої від вулиці огороженням. До будівлі підведений під'їзний шлях, що забезпечує доступ з основної лікарняної дороги. Важливою перевагою є можливість об'їзду будівлі з трьох сторін, що відповідає вимогам пожежної безпеки та логістики екстрених служб відповідно до ДБН [1, 4]. Існуюча дорожня мережа навколо будівлі не має чіткого покриття і потребує повного благоустрою в рамках реконструкції - це водночас є недоліком існуючого стану і перевагою з точки зору проектування, оскільки дає свободу у формуванні нової логістичної схеми. Поруч із будівлею є невеликий майданчик, який може бути використаний як господарська або персональна парковка.

Загальний благоустрій лікарняної ділянки знаходиться на достатньому рівні: територія має впорядковані клумби та озеленення, а в межах ділянки розташований «парк лікарні» - цінний природний ресурс, який може стати повноцінною рекреаційною зоною для пацієнтів реабілітаційного центру. Наявне озеленення є суттєвою перевагою об'єкта і відповідає вимогам біофільного дизайну терапевтичного середовища, описаним у підрозділі 1.1.

Оцінка потенціалу реконструкції. Попереднє функціональне зонування виявило сприятливе розміщення будівлі відносно інсоляції, що дозволяє раціонально розподілити функціональні зони відповідно до орієнтації за сторонами світу. Цегляна конструктивна основа є надійним будівельним фондом, що допускає значне перепланування при збереженні несучих стін. Наявність двох принципово різних об'ємів - основного одноповерхового корпусу та двоповерхової добудови - створює природну основу для формування блочної внутрішньої структури реабілітаційного центру з чітким розмежуванням функцій.

Рис. 2.5. Обмірне креслення першого поверху

Рис. 2.6. Фотофіксація з видовими точками

Узагальнення характеристик об'єкта у форматі SWOT-аналізу дозволяє сформулювати чітку проєктну стратегію реконструкції.

Рис. 2.7. SWOT-аналіз

Серед сильних сторін об'єкта визначальними є надійна цегляна конструктивна основа, що допускає значне перепланування, та загальна площа близько 1 311 м², достатня для повноцінного багатопрофільного центру. Наявність двох різних об'ємів - одноповерхового основного корпусу та двоповерхової добудови - створює природну передумову для блочної функціональної зонування. Розташування будівлі в глибині впорядкованої лікарняної ділянки з наявним озелененням, клумбами та «парком лікарні» формує терапевтично сприятливий природний контекст, а можливість об'їзду з трьох сторін забезпечує відповідність вимогам пожежної безпеки.

Водночас існуючий стан будівлі має низку суттєвих слабких сторін. Гаражний блок характеризується повною відсутністю природного освітлення через глухі фасади з металевими воротами, що вимагатиме радикального переосмислення фасадного рішення. Застаріла планувальна сітка утилітарних приміщень, незадовільний стан фасадів, відсутність будь-яких елементів безбар'єрності та необхідність повної заміни інженерних мереж формують значний обсяг реконструктивних втручань. Відсутність фізичного зв'язку з головним медичним корпусом є як слабкою стороною, так і потенційною можливістю - вона може бути вирішена через проектування критого переходу, що забезпечить безперервний медичний цикл у межах лікарняного комплексу.

Ключовими можливостями є трансформація широких гаражних прольотів на відкриті терапевтичні зали, використання «парку лікарні» як повноцінної зони ландшафтної терапії та формування нової логістичної схеми доріг і благоустрою завдяки відсутності сталого покриття навколо будівлі. Серед загроз найбільш значущими є необхідність проектування укриття цивільного захисту відповідно до ДБН В.2.2-5:2023 та можливі конструктивні обмеження при зміні функціональних навантажень.

Таким чином, попри значний обсяг необхідних втручань, об'єкт має достатній архітектурний та конструктивний потенціал для повноцінної реконструкції під сучасний багатопрофільний реабілітаційний центр.

2.4 Генеральне планування реабілітаційного центру: зв'язки, зони, функції

Господарський блок КНП «Лисецька лікарня» розташований у південній частині загальної лікарняної ділянки - на значній відстані від головного медичного корпусу, що займає північно-західну зону території. Таке розміщення забезпечує функціональну автономність реабілітаційного центру в межах єдиного лікарняного комплексу: потоки пацієнтів центру не перетинаються з потоками гострого лікарняного відділення, що відповідає санітарним вимогам та принципам психологічного комфорту [2].

Транспортно-логістична організація. Загальна лікарняна ділянка має два в'їзди з вулиці Радчанської, розташовані у північній частині огороженої території. Лівий в'їзд є головним і забезпечує доступ безпосередньо до головного медичного корпусу та адміністративної зони лікарні. Правий в'їзд є другорядним і через внутрішню лікарняну дорогу веде напряму до господарського блоку, що після реконструкції стане основним в'їздом для пацієнтів і відвідувачів реабілітаційного центру. Таке чітке розмежування транспортних потоків дозволяє уникнути конфліктних перетинів між лікарняними та реабілітаційними функціями на рівні генерального плану. Внутрішня дорога, що з'єднує другий в'їзд з ділянкою реабілітаційного центру, потребує повного благоустрою з укладанням нового покриття та організацією чіткого розмежування між транспортними і пішохідними маршрутами.

Планувальна структура ділянки реабілітаційного центру. Будівля господарського блоку має П-подібну конфігурацію в плані з відкритим внутрішнім двором, орієнтованим на південь. Ця планувальна особливість є значною проєктною перевагою: утворений будівлею напівзамкнений простір природно формує захищений внутрішній двір, ізолюваний від внутрішніх лікарняних маршрутів і відкритий до сонячного світла. Саме цей простір є ідеальним місцем для розміщення терапевтичного саду - одного з ключових елементів зовнішньої рекреаційної зони центру.

Організація терапевтичного саду у внутрішньому дворі є науково обґрунтованим рішенням, що відповідає сучасним підходам до реабілітаційного середовища. Дослідження підтверджують, що контакт з природою у захищеному просторі знижує рівень тривожності, стимулює сенсорну активність і сприяє психологічній відновлюваності пацієнтів [12]. Сенсорний сад при реабілітаційному центрі є спеціально спроектованим простором, у якому рослини, поверхні, звуки та запахи організовані таким чином щоб стимулювати різні органи чуття і підтримувати терапевтичний процес [23]. У контексті даного проєкту внутрішній напівкритий двір П-подібної будівлі, орієнтований на південь, є ідеальним місцем для такого простору: захищеність від вітру, достатня інсоляція і безпосередній зв'язок з приміщеннями центру через скління забезпечують умови як для активного перебування пацієнтів на свіжому повітрі, так і для пасивного споглядання природи зсередини будівлі. Функціональне зонування ділянки. Відповідно до принципів організації реабілітаційного середовища, територія навколо будівлі поділяється на кілька функціональних зон. Вхідна зона з боку внутрішньої лікарняної дороги включає під'їзд для пацієнтів, місця короткострокового паркування для відвідувачів та доступний пандусний вхід. Господарська зона з окремим в'їздом виноситься на периферію ділянки, щоб виключити перетин господарських і пацієнтських потоків. Центральну роль в організації зовнішнього простору відіграє внутрішній терапевтичний двір у П-подібному заглибленні будівлі - захищений, сонячний простір для занять на відкритому повітрі, сенсорного саду та рекреації. Зелена буферна зона зі збереженням деревним масивом у східній частині ділянки виконує роль природного екрана і доповнює терапевтичне середовище візуальним зв'язком з природним ландшафтом.

Зв'язок з інфраструктурою лікарні. Попри функціональну автономність, реабілітаційний центр залишається частиною єдиного медичного комплексу КНП «Лисецька лікарня». Перспективним рішенням для забезпечення безперервності медичного циклу є організація пішохідного маршруту вздовж внутрішньої лікарняної дороги, що з'єднує реабілітаційний центр з головним корпусом. У подальшому цей маршрут може бути доповнений критим переходом, що дозволить пацієнтам переміщатися між відділеннями незалежно від погодних умов - за аналогією з вітчизняним досвідом центру UNBROKEN у Львові [20].

Рис. 2.8. Генеральний план / підоснова ділянки з зонуванням

Рис. 2.9. Бабл-діаграма функціональних зон реабілітаційного центру

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Проведений архітектурно-просторовий аналіз дозволяє сформулювати вихідні умови для розробки проєктного рішення реконструкції і підтверджує обґрунтованість вибору об'єкта та ділянки.

Івано-Франківська область має суттєву диспропорцію у розподілі реабілітаційних ресурсів: з 13 зареєстрованих закладів лише п'ять надають комплексну багатопрофільну реабілітацію, тоді як більшість функціонують виключно у форматі фізичної терапії. Тисменицький район з населенням понад 83 тис. осіб має єдиний заклад з обмеженим спектром послуг, що змушує мешканців долати значні відстані для отримання комплексної допомоги. Реконструкція господарського блоку КНП «Лисецька лікарня» є стратегічно обґрунтованим кроком для заповнення цієї прогалини і відповідає принципам Стратегії розвитку реабілітаційної допомоги в Україні на 2022-2027 роки [9].

Ділянка проєктування має низку вагомих містобудівних і функціональних переваг: розташування на транспортному коридорі державного значення Львів - Мукачеве з автобусною зупинкою поруч, наявність окремого в'їзду для реабілітаційного центру без перетину з лікарняними потоками, П-подібна конфігурація будівлі з природно сформованим внутрішнім двором, орієнтованим на південь, розвинуте озеленення лікарняної ділянки з парком і клумбами та достатня загальна площа для повноцінного багатопрофільного центру. Сприятлива інсоляція ділянки дозволяє раціонально розподілити функціональні зони відповідно до сторін світу.

Виявлені слабкі сторони - відсутність безбар'єрності, застаріла планувальна сітка, глухі фасади гаражного блоку та необхідність повного оновлення інженерних мереж - є типовими для реконструкції радянського будівельного фонду і цілком вирішуються в межах проєктного завдання. При цьому саме ці недоліки формують простір для архітектурної трансформації: широкі гаражні прольоти стають просторами активної реабілітації, а відсутність чіткого покриття навколо будівлі дає повну свободу у формуванні нової логістичної та благоустрійної схеми.

РОЗДІЛ 3. ПРОЄКТНА ПРОПОЗИЦІЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

3.1 Архітектурно-планувальна структура проєктованого об'єкта

Архітектурно-планувальна концепція реконструкції господарського блоку КНП «Лисецька лікарня» ґрунтується на принципі максимального збереження існуючої конструктивної основи з повним переосмисленням її функціонального змісту. Зовнішні несучі стіни, головні внутрішні несучі стіни та існуючі колони зберігаються повністю і формують незмінний конструктивний каркас будівлі. Внутрішні перегородки практично повністю демонтуються і перепроєктуються відповідно до нової функціональної логіки - такий підхід дозволяє радикально змінити просторову структуру

без втручання у несучу систему та з мінімальними витратами на конструктивне підсилення.

Будівля П-подібної конфігурації в плані організована за блочним принципом, де кожен з трьох об'ємів отримує чітку функціональну спеціалізацію, зумовлену його конструктивними характеристиками. Лівий блок, де раніше розміщувався гаражний комплекс, вирізняється значною висотою стін - 4,5-5 м - і великими вільними прольотами без внутрішніх опор. Саме ці якості роблять його ідеальним середовищем для залу активної фізичної реабілітації з кінезіотерапевтичним та тренажерним обладнанням, підвісними системами і просторими зонами для групових занять.

Безпосередньо при залі, в межах того ж блоку, розміщуються роздягальні для пацієнтів, що забезпечує логічний і короткий маршрут від переодягання до активної терапії.

Правий блок отримує медично-терапевтичну функцію: кабінети лікарів-фахівців, приміщення фізіотерапії та масажу. Принципово важливим є розміщення всього медичного блоку на першому поверсі - це забезпечує безпосередній рівний доступ для пацієнтів з важкими ураженнями опорно-рухового апарату, яким підйом на верхній рівень може бути значно утрудненим або болісним. Центральний блок виконує роль комунікаційного ядра всієї будівлі: тут зосереджена вхідна група з вестибюлем, рецепцією та гардеробом, а також дитяча кімната з безпосереднім виходом з коридору першого поверху.

Другий поверх, що існує частково і розширюється надбудовою над правим блоком, об'єднує функції, які потребують тиші, приватності та відокремленості від активного реабілітаційного процесу нижнього рівня. Тут розміщуються психологічні кабінети для індивідуальної та групової роботи, простір арт-терапії та ерготерапії, а також адміністративний блок. Таке вертикальне розмежування між активними і тихими функціями є осмисленим архітектурним рішенням, що без додаткових акустичних заходів формує принципово різний емоційний і сенсорний режим на кожному рівні.

Другий поверх будівлі організований за принципом максимальної тиші і приватності, що принципово відрізняє його від активного першого рівня. Психологічні кабінети для індивідуальної роботи розміщені у найбільш ізольованій частині поверху і мають продуману акустичну відокремленість від суміжних приміщень - це є критичною умовою для ефективної роботи з пацієнтами з ПТСР, для яких відчуття захищеності і конфіденційності є терапевтично значущим [12]. Зона групової терапії та арт-терапії отримує природне освітлення через вікна і просторово відокремлена від адміністративного блоку, що дозволяє паралельно проводити заняття і вирішувати адміністративні питання без взаємних перешкод.

Вертикальний зв'язок між поверхами організований через ліфт і дві сходові клітки, розміщені у центральному і правому блоках, що забезпечує рівномірне навантаження на вертикальні комунікації і скорочує шлях пацієнтів від входу до потрібного приміщення.

Організація внутрішнього простору підпорядкована принципам інклюзивного середовища на кожному етапі маршруту пацієнта. Ширина основних коридорів забезпечує вільний двосторонній рух, у тому числі одночасний роз'їзд двох допоміжних засобів пересування. Вертикальна комунікація між поверхами реалізована через сходові клітки та ліфт з кабіною, розрахованою на потреби маломобільних груп населення. Сходові клітки одночасно виконують функцію евакуаційних шляхів і обладнані природним освітленням та тамбурами на кожному рівні відповідно до вимог пожежної безпеки [1]. Меблі та обладнання у всіх приміщеннях центру розміщуються з урахуванням потреб користувачів крісел-колісних: передбачені знижені рівні обслуговування, вільні зони маневрування, поручні вздовж основних маршрутів та адаптовані санітарні вузли в кожній функціональній зоні відповідно до ДБН В.2.2-40:2018 [3].

Функціональна схема руху пацієнтів побудована за принципом послідовного переходу від публічного до приватного простору і є інтуїтивно зрозумілою без додаткової навігації. Господарські та технічні зони виносяться на периферію ділянки з окремим входом для персоналу, що виключає перетин різних потоків. Укриття цивільного захисту відповідно до ДБН В.2.2-5:2023 проектується у підвальному рівні будівлі, забезпечуючи безперервність реабілітаційного процесу навіть під час повітряних тривог [4].

Організація вхідних груп будівлі підпорядкована принципу чіткого розмежування різних функціональних потоків. Головний вхід з боку внутрішньої лікарняної дороги веде безпосередньо до вестибюлю і є основним для всіх категорій пацієнтів та відвідувачів. Його розташування забезпечує найкоротший маршрут від паркувального майданчика до рецепції і водночас дозволяє організувати природний контроль доступу. Технічний вхід для персоналу і постачання виносяться на периферію будівлі з протилежного боку від головного - це виключає перетин пацієнтських і господарських потоків усередині будівлі, що є обов'язковою умовою відповідно до санітарно-гігієнічних вимог до медичних закладів [2]. Внутрішній напівкритий двір отримує три виходи - з лівого, центрального і правого крил будівлі - що забезпечує рівномірний доступ до рекреаційного простору з усіх функціональних зон і виключає формування «глухих» маршрутів. Така система входів і виходів формує інтуїтивно зрозумілу та безпечну схему руху для пацієнтів з різним ступенем мобільності.

Рис. 3.1. План першого поверху, проєктний стан

Рис. 3.2. План другого поверху, проєктний стан

Рис. 3.3. Схема демонтажу

3.2 Об'ємно-просторове та фасадне рішення проєктованого центру

Об'ємно-просторове рішення реконструкції спрямоване на трансформацію утилітарного господарського блоку в об'єкт, який за своїм характером і образом відповідає функції терапевтичного середовища - відкритого, теплого і психологічно безпечного. Вихідна П-подібна конфігурація будівлі зберігається і стає основою композиційного рішення: внутрішній двір, утворений трьома крилами, перетворюється на ключовий просторовий елемент усього об'єкта.

Загальна об'ємна композиція. Об'ємна композиція будівлі отримує чіткий ієрархічний характер: лівий блок залишається одноповерховим, максимально використовуючи значну висоту існуючих стін гаражного комплексу для формування просторого залу фізичної реабілітації. Центральний і правий блоки є двоповерховими - центральний завдяки існуючому другому рівню, правий доповнюється надбудовою. Така об'ємна градація формує динамічний силует будівлі і водночас функціонально обґрунтована: двоповерхові крила акцентують зону входу і вертикальної комунікації, а нижчий лівий об'єм підкреслює масштаб і горизонтальність реабілітаційного залу.

Взаємодія одноповерхового лівого блоку і двоповерхових центрального та правого крил формує виразну об'ємну градацію будівлі, яка зчитується як єдина, але внутрішньо різноманітна композиція. Перехід між різними висотними рівнями відбувається плавно і підкреслений зміною матеріалів фасаду: нижній одноповерховий об'єм вирішений у спокійній штукатурній площині, тоді як надбудова правого блоку акцентована вертикальними ламелями термодерева. Така композиційна логіка не лише відображає внутрішню функціональну структуру будівлі - активний низький об'єм для фізичної реабілітації і камерний верхній рівень для тихих терапевтичних функцій - а й формує людський масштаб будівлі, уникаючи монументальності і відчуття закритої лікарняної установи. Горизонтальна протяжність будівлі врівноважується вертикальним акцентом надбудови і ритмом дерев'яних ламелей, що разом створюють динамічний і водночас гармонійний фасадний образ.

Внутрішній напівкритий двір. Центральним архітектурним елементом проєкту є напівкритий внутрішній двір у заглибленні П-подібного плану, орієнтований на південь. Двір перетворюється на терапевтичний простір для відпочинку, сенсорних зон та рекреації на відкритому повітрі. Над периметральними зонами двору влаштовується легке накриття з дерев'яних балок із заповненням полікарбонатом, що забезпечує захист від опадів у зонах відпочинку і водночас пропускає м'яке розсіяне світло. Центральна частина двору залишається відкритою до неба, формуючи природну інсоляцію і візуальний зв'язок з небосхилом. Дерев'яні конструктивні елементи накриття продовжують матеріальну тему фасаду і надають двору теплої, природного характеру. Такий підхід перетворює простір між крилами будівлі з утилітарного двору на повноцінне терапевтичне середовище, захищене від вітру і частково від дощу, але відкрите до природного світла і живої рослинності.

Принципово важливим архітектурним прийомом є організація максимального візуального і просторового зв'язку між інтер'єром будівлі і внутрішнім двором. Приміщення першого поверху, що виходять у двір - насамперед зона відпочинку після фізичної реабілітації і коридорні простори - отримують суцільне скління від підлоги до стелі, яке перетворює двір на постійно присутній природний фон для пацієнтів усередині будівлі. Такий прийом відповідає дослідженням про позитивний вплив пасивного споглядання природи на процес відновлення - навіть без виходу назовні пацієнт перебуває у постійному візуальному контакті з живою зеленню, небом і природним освітленням, що знижує рівень стресу і підвищує загальний психологічний комфорт перебування у закладі [12, 18].

Фасадне рішення. Концепція фасадів будується на поєднанні оновленої штукатурної основи з природними матеріалами, що разом формують образ теплої і нелікарняного середовища. Існуючі цегляні стіни отримують нове штукатурне покриття світлого теплої тону - це уніфікує всі три крила будівлі у єдиний цілісний об'єм і візуально «обнуляє» утилітарний характер споруди. Надбудова правого блоку вирізняється з цього нейтрального тла вертикальними ламелями термодерева теплої природного тону, що є основним акцентом у фасадній композиції.

Термодерево обрано з практичних міркувань - цей матеріал не потребує систематичного обслуговування, стійкий до атмосферних впливів і зберігає природну текстуру та колір протягом тривалого часу.

Скління фасадів принципово переосмислюється порівняно з існуючим станом. Глухі фасади гаражного блоку, де раніше розміщувались металеві ворота, поступаються місцем великим площинам застакнення у алюмінієвих профілях, що кардинально змінює характер фасаду. Максимальне природне освітлення залу фізичної реабілітації є одночасно функціональною вимогою і терапевтичним засобом - природне світло знижує рівень тривожності і підвищує мотивацію до занять [12]. Вхідна група акцентується панорамним склінням, що забезпечує візуальний зв'язок між вестибюлем та зовнішнім простором і полегшує орієнтацію пацієнтів у будівлі. На окремих ділянках фасаду передбачається вертикальне озеленення, яке доповнює природний характер матеріалів і формує додатковий біофільний шар у взаємодії пацієнта з будівлею.

В цілому фасадне рішення унікає будь-яких ознак типової лікарняної архітектури - стерильної білизни, монотонності та закритості. Натомість поєднання теплої штукатурки, природного дерева, великих вікон і зелені формує образ відкритого, доброзичливого і психологічно безпечного закладу, що є принциповою умовою ефективного терапевтичного середовища відповідно до концепції healing environment [3, 4].

Рис. 3.4. Фасади будівлі, проєктний стан

Рис. 3.5. Розріз

Рис. 3.6. Візуалізації

3.3 Конструктивні, інженерні та енергоефективні рішення об'єкту

Конструктивна система та підсилення існуючих конструкцій. Конструктивна основа будівлі - цегляні несучі стіни з дерев'яними або залізобетонними перекриттями, характерні для радянського будівництва середини ХХ століття. Перед початком будь-яких реконструктивних втручань передбачається детальне інженерне обстеження несучих конструкцій для визначення їх фактичного стану, виявлення тріщин, розшарувань та зон зниженої несучої здатності. За результатами обстеження проводиться підсилення конструкцій у місцях підвищеного навантаження - зокрема в зонах нових прорізів, під надбудовою другого поверху та в зонах встановлення важкого реабілітаційного обладнання з підвісними системами.

Основним методом підсилення цегляної кладки є влаштування залізобетонних об'ємів на ділянках зі зниженою несучою здатністю: навколо простінків встановлюється арматурна сітка, яка обетонується шаром бетону класу В12,5-В15 завтовшки 60-100 мм, що дозволяє відновити тризначний стиск кладки і значно підвищити її несучу здатність [6]. Тріщини в цегляній кладці, що виникли внаслідок нерівномірного осідання або фізичного зносу, ліквідуються методом ін'єктування - під тиском у просвердлені отвори закачується цементна суміш, яка, затвердіваючи, відновлює монолітність конструкції. У місцях влаштування нових прорізів для розширення вікон або дверей передбачається встановлення металевих перемичок з прокатних профілів. Перекриття над першим поверхом підлягають обстеженню і заміні там де їх стан є незадовільним - нові перекриття виконуються зі збірних залізобетонних плит або монолітного залізобетону.

Надбудова другого поверху над правим блоком виконується із застосуванням легких конструктивних систем - металевого або дерев'яного каркасу з огорожувальними панелями - що мінімізує додаткове навантаження на існуючі фундаменти і несучі стіни. Покриття будівлі оновлюється з укладанням сучасного тепло- та гідроізоляційного «пирога» для підвищення енергоефективності.

Інженерні системи. Повна реконструкція об'єкта передбачає демонтаж і повну заміну всіх існуючих інженерних мереж, моральний та фізичний знос яких унеможливує їх подальшу експлуатацію. Нові системи проєктуються відповідно до вимог ДБН В.2.5-67 та чинних санітарних норм для закладів охорони здоров'я.

Система опалення виконується на основі централізованого теплопостачання від існуючої лікарняної котельні або від індивідуального теплового пункту. У приміщеннях встановлюються радіатори або конвектори з індивідуальним термостатичним регулюванням. Для залу фізичної реабілітації, де пацієнти перебувають у русі, передбачається система теплої підлоги як основне або додаткове джерело тепла, що забезпечує рівномірний тепловий комфорт без протягів.

Система вентиляції є критично важливою для реабілітаційних закладів і проєктується як механічна припливно-витяжна з рекуперацією тепла. Кратність повітрообміну у функціональних приміщеннях становить не менше 6 змін на годину відповідно до нормативних вимог [5]. У кабінетах лікарів, психологічних та процедурних приміщеннях забезпечується розділення припливних і витяжних потоків для унеможливлення перенесення мікробіологічних забруднень між зонами. Система рекуперації дозволяє повертати до 70-80% теплової енергії витяжного повітря для підігріву припливного, що суттєво знижує витрати на опалення в холодну пору року.

Система водопостачання та каналізації повністю замінюється. Передбачається підключення до існуючих лікарняних мереж з встановленням індивідуальних лічильників обліку. В усіх санітарних вузлах, кабінетах процедур і масажних кімнатах передбачаються умивальники з безконтактними або ліктьовими змішувачами відповідно до санітарних вимог медичних закладів.

Система електропостачання передбачає введення на напрузі 0,4 кВ з влаштуванням власного розподільного щита. Окремими групами виділяється живлення реабілітаційного обладнання, освітлення, аварійного освітлення евакуаційних шляхів та системи пожежної сигналізації. У залі фізичної реабілітації та психологічних кабінетах передбачається можливість індивідуального регулювання рівня освітленості відповідно до терапевтичних потреб.

Енергоефективні рішення. Підвищення енергоефективності будівлі є невід'ємною частиною реконструкції. Зовнішні стіни утеплюються системою зовнішнього теплоізоляційного оздоблення під штукатурку з мінераловатними плитами товщиною не менше 100 мм, що відповідає вимогам до термічного опору огорожувальних конструкцій для кліматичного регіону Івано-Франківської області. Нові вікна встановлюються у двокамерному склопакеті з низькоемісійним покриттям, яке мінімізує тепловтрати в холодну пору і знижує теплоприпливи в літній час. Покриття будівлі облаштовується з використанням ефективної теплоізоляції товщиною не менше 200 мм.

Природне освітлення максимально використовується через нові великі вікна у залі фізичної реабілітації та полікарбонатне покриття внутрішнього двору, що знижує потребу в штучному освітленні протягом денного часу. Система рекуперації тепла у вентиляційних установках суттєво зменшує питомі витрати енергоносіїв. Комплекс цих заходів забезпечує відповідність будівлі класу енергоефективності не нижче «С» після реконструкції.

3.4 Реалізація вимог інклюзивності та безпеки користувачів проєктованого об'єкту

Забезпечення абсолютної безбар'єрності та безпеки є не формальною нормативною вимогою, а фундаментальною проєктною позицією для реабілітаційного центру, більшість відвідувачів якого мають тимчасові або постійні обмеження мобільності. Проєктне рішення повністю відповідає вимогам ДБН В.2.2-40: **2018 «Інклюзивність будівель і споруд»** і розглядає безбар'єрність як невід'ємну частину архітектурної концепції, а не як технічний додаток до неї [3].

Доступність зовнішнього простору та вхідної зони. Маршрут від паркувального майданчика до входу в будівлю організований без жодних перепадів висот з твердим рівним покриттям, придатним для руху крісел-колісних та милиць у будь-яку пору року. Вхідна група обладнана пандусом з ухилом, що не перевищує 1:12, з поручнями з обох боків і захисними бортиками. Перед вхідними дверима передбачена горизонтальна площадка достатніх розмірів для самостійного відчинення дверей з крісла-колісного. Вхідні двері виконуються автоматичними розсувними або маятниковими з мінімальною шириною прорізу 900 мм, що виключає необхідність докладати зусиль для відчинення і є принципово важливим для пацієнтів з ураженнями верхніх кінцівок.

Організація горизонтальних та вертикальних комунікацій. Ширина основних коридорів забезпечує вільний двосторонній рух, у тому числі одночасний роз'їзд двох засобів пересування. Перепади висот у рівні підлоги між приміщеннями одного поверху не перевищують допустимих нормою 25 мм. Поверхня підлоги у коридорах і вхідній зоні виконується з нековзного матеріалу і забезпечує тактильне орієнтування для людей з вадами зору за допомогою контрастних напрямних смуг. Поручні встановлюються вздовж усіх основних коридорів з обох боків на нормативній висоті і мають закруглені торці, що унеможливує травмування. Вертикальна комунікація між поверхами забезпечується ліфтом з кабіною розмірів, достатніх для вільного заїзду і розвороту крісла-колісного, та автоматичними дверима з достатньою шириною прорізу [3]. Сходові клітки обладнані поручнями з обох боків маршів і є евакуаційними шляхами з природним освітленням та тамбурами на кожному рівні.

Санітарні вузли та функціональні приміщення. Універсальні санітарні вузли для маломобільних груп населення передбачені у кожній функціональній зоні будівлі - при вхідній групі, при залі фізичної реабілітації та на другому поверсі. Кожен такий вузол забезпечує вільний простір для маневрування крісла-колісного, обладнаний відкидними поручнями, регульованим умивальником та безконтактною сантехнічною арматурою. В усіх кабінетах лікарів і терапевтичних приміщеннях передбачаються рівні зони обслуговування з двома рівнями висоти робочих поверхонь - для користувачів крісел-колісних і для пацієнтів, що стоять. Зони очікування у вестибюлі та коридорах обладнані сидіннями різної висоти з підколітниками, що полегшують самостійне підведення, а поруч з ними передбачаються вільні ділянки для паркування крісел-колісних. Навігація та орієнтування у просторі. Система навігації в будівлі організована за принципом багаторівневого сприйняття: інформаційні таблички і покажчики розміщуються на нормативній висоті і дублюються тактильними та рельєфними елементами для людей з вадами зору. Кольорове кодування функціональних зон підтримує орієнтування пацієнтів з когнітивними порушеннями і черепно-мозковими травмами, для яких передбачуваність і читабельність простору є терапевтичною необхідністю. Відсутність глухих кутів і лінійна логіка основних маршрутів мінімізують тривожність і забезпечують інтуїтивне пересування без допомоги персоналу.

Цивільний захист та безпека. Відповідно до вимог ДБН В.2.2-5:2023, у підвальному рівні будівлі проєктується захисна споруда цивільного захисту подвійного призначення [4]. В мирний час цей простір функціонує як технічне або допоміжне приміщення, а в разі повітряної тривоги - як укриття для пацієнтів і персоналу центру. Конструктивне рішення укриття передбачає герметизацію, автономну вентиляцію з фільтрацією, резервне електропостачання та безбар'єрний доступ - евакуаційний маршрут до укриття організований без сходів, через окремий пандусний спуск. Це є принципово важливим для реабілітаційного центру, де значна частина пацієнтів пересувається на кріслах-колісних або з допоміжними засобами опори і не може самостійно скористатися сходами під час екстреної евакуації. Система пожежної сигналізації та оповіщення охоплює всі приміщення будівлі, шляхи евакуації позначені аварійним освітленням, що вмикається автоматично при знеструмленні [1].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Розроблена проєктна пропозиція реконструкції господарського блоку КНП «Лисецька лікарня» демонструє, що глибока функціональна трансформація існуючої утилітарної будівлі є не лише технічно можливою, а й архітектурно повноцінною відповіддю на сучасні вимоги до терапевтичного середовища.

Архітектурно-планувальна структура об'єкта побудована на принципі максимального збереження конструктивної основи з тотальним переосмисленням внутрішнього функціонального змісту. Блочний розподіл функцій за принципом «активне - тихе - службове» забезпечує чітку логістику для всіх категорій користувачів без взаємних перетинів, а вертикальне розмежування між першим і другим поверхами створює принципово різний сенсорний і емоційний режим для фізичної активності і психологічної роботи. Система входів і комунікацій відповідає вимогам абсолютної безбар'єрності і забезпечує інтуїтивно зрозумілий маршрут для пацієнтів з різним ступенем мобільності відповідно до ДБН В.2.2-40:2018 [3].

Об'ємно-просторове і фасадне рішення формує образ відкритого, теплого і психологічно безпечного закладу, принципово відмінного від типової лікарняної архітектури. Поеднання світлої штукатурки, вертикальних ламелей термодерева, великих площин скління і напівкритого внутрішнього двору реалізує концепцію healing environment на рівні матеріалів, світла і просторових зв'язків. Внутрішній напівкритий двір з легким дерев'яним накриттям і полікарбонатним заповненням стає терапевтичним рекреаційним ядром усього об'єкта, доступним для пацієнтів з усіх функціональних зон будівлі.

Конструктивні, інженерні та енергоефективні рішення забезпечують відповідність об'єкта сучасним технічним вимогам: підсилення існуючих конструкцій, повна заміна інженерних мереж, механічна вентиляція з рекуперацією і зовнішнє утеплення мінераловатними плитами формують надійну і енергоефективну основу для довготривалої експлуатації. Проектування укриття цивільного захисту подвійного призначення у підвальному рівні відповідає вимогам ДБН В.2.2-5:2023 і забезпечує безперервність реабілітаційного процесу в умовах воєнного часу [4].

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Бакалаврська робота присвячена розробці архітектурно-планувального рішення реконструкції господарських приміщень КНП «Лисецька лікарня» у смт Лисець Тисменицького району Івано-Франківської області під багатoproфільний реабілітаційний центр денного перебування. Проведене дослідження дозволяє сформулювати такі висновки.

В результаті теоретичного аналізу встановлено, що реабілітаційний центр є складною багатокомпонентною системою, ефективність якої визначається синергією чотирьох напрямів - медичного, психологічного, когнітивного та соціального. Архітектурне середовище при цьому виступає не пасивним контейнером для функцій, а активним терапевтичним інструментом, здатним суттєво впливати на швидкість і якість відновлення пацієнтів. Дослідження підтвердило, що від 40 до 50% населення України потребуватиме психологічної підтримки різного ступеня інтенсивності внаслідок наслідків повномасштабних бойових дій, а 85% ветеранів мають проблеми зі сном і є надзвичайно чутливими до якості архітектурного середовища. Це обґрунтовує нагальну потребу у розширенні мережі реабілітаційних закладів, наближених до місця проживання пацієнтів.

Типологічний аналіз засвідчив, що реконструкція існуючих медичних об'єктів є стратегічно обґрунтованим і ресурсоощадним типом архітектурного формування, особливо актуальним в умовах обмежених фінансових ресурсів і нагальної потреби у швидкому розширенні реабілітаційних потужностей. Аналіз шести вітчизняних і світових аналогів виявив спільну закономірність: найефективніші заклади поєднують збереження конструктивної основи з тотальним переосмисленням функціонального змісту, надаючи пріоритет відкритим соціальним просторам, природному освітленню і матеріальній теплоті інтер'єру.

Архітектурно-просторовий аналіз підтвердив гостру диспропорцію у розподілі реабілітаційних ресурсів Івано-Франківської області: з 13 зареєстрованих закладів лише п'ять надають комплексну реабілітацію, тоді як Тисменицький район з населенням понад 83 тис. осіб має єдиний заклад з обмеженим спектром послуг. Ділянка КНП «Лисецька лікарня» має низку вагомих переваг для розміщення реабілітаційного центру: розташування на транспортному коридорі державного значення Львів - Мукачеве, наявність окремого в'їзду, П-подібна конфігурація будівлі з природно сформованим внутрішнім двором, розвинуте озеленення та достатня загальна площа.

Розроблена проектна пропозиція реалізує принцип максимального збереження існуючої конструктивної основи з повним переосмисленням її функціонального змісту. Функціональний розподіл за принципом «активне - тихе - службове» забезпечує чіткі і логічні маршрути для трьох цільових груп - військових та ветеранів, цивільних пацієнтів і дітей - без взаємних перетинів і конфліктних точок. Напівкритий внутрішній двір з легким дерев'яним накриттям і полікарбонатним заповненням стає терапевтичним рекреаційним ядром усього об'єкта. Фасадне рішення на основі світлої штукатурки, вертикальних ламелей термодерева і великих площин скління формує образ відкритого і психологічно безпечного закладу, принципово відмінного від типової лікарняної архітектури.

Послідовне впровадження принципів безбар'єрності відповідно до ДБН В.2.2-40:2018, проектування укриття цивільного захисту подвійного призначення згідно з ДБН В.2.2-5:2023 та комплекс енергоефективних рішень забезпечують відповідність об'єкта сучасним нормативним вимогам і реаліям воєнного часу.

Реалізація проектної пропозиції дозволить не лише вирішити локальне завдання функціональної трансформації застарілого господарського блоку, а й стати прикладом стратегічно виваженого підходу до розвитку реабілітаційної інфраструктури малих міст і селищ України - через адаптацію наявного медичного фонду, а не через нове будівництво.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. ДБН В.1.1-7:2016. Пожежна безпека об'єктів будівництва. Загальні вимоги. - [Чинний від 2017-06-01]. - Київ : Мінрегіон України, 2016. - 35 с.
2. ДБН В.2.2-10:2022. Заклади охорони здоров'я. Основні положення. - [Чинний від 2023-03-01]. - Київ : Мінінфраструктури України, 2022. - 129 с.
3. ДБН В.2.2-40:2018. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення (зі змінами). - [Чинний від 2019-04-01]. - Київ : Мінрегіон України, 2018. - 61 с.
4. ДБН В.2.2-5:2023. Захисні споруди цивільного захисту. - [Чинний від 2023-11-01]. - Київ : Мінінфраструктури України, 2023. - 84 с.
5. ДБН В.2.5-67:2013. Опалення, вентиляція та кондиціонування. - [Чинний від 2014-01-01]. - Київ : Мінрегіон України, 2013. - 149 с.
6. ДСТУ Б В.3.1-2:2016. Ремонт і підсилення несучих і огорожувальних будівельних конструкцій та основ будівель і споруд. - Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2017.
7. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 № 875-XII (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12> (дата звернення: 15.03.2026).
8. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20> (дата звернення: 15.03.2026).
9. Про затвердження Стратегії розвитку системи реабілітаційної допомоги в Україні на 2022-2027 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 10.11.2021 № 1235. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1235-2021-p> (дата звернення: 15.03.2026).
10. Красножон Т. Ю. Основні фактори, що впливають на архітектурно-планувальну організацію медично-реабілітаційних центрів політравми. Архітектурний вісник КНУБА. 2022. Вип. 24-25. С. 114-123. DOI: <https://doi.org/10.32347/2519-8661.2022.24-25.114-123>
11. Мальцев В. С. Методологічні засади формування терапевтичного середовища військових реабілітаційних центрів на основі науково-обґрунтованого підходу. Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2025. Вип. 74. С. 423-434. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2025.74.423-434>
12. Мальцев В. С. Особливості сучасних тенденцій формування архітектурно-просторового середовища реабілітаційних установ для військовослужбовців. Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2023. Вип. 67. С. 321-337. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2023.67.321-337>
13. Пекер А. Й., Голубов В. О. Аналіз зарубіжного досвіду проектування реабілітаційних центрів для військовослужбовців. Архітектурний вісник КНУБА. 2021. Вип. 22-23. URL: <http://av.knuba.edu.ua/article/view/245351> (дата звернення: 20.03.2026).
14. Радченко В. Фактори формування планувальної організації медичних закладів. Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2023. Вип. 65. С. 226-235. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2023.65.226-235>

15. Реабілітація військовослужбовців в умовах санаторно-курортних та реабілітаційних закладів : монографія / за заг. ред. К. Д. Бабова. - Одеса : Поліграф, 2023. - 312 с.
16. Смадич І. П. Основні положення соціопсихологічного феномену в дослідженнях житлової архітектури: огляд наукових теорій. Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2024. Вип. 69. С. 166-183. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2024.69.166-183>
17. Шкляр С. П., Вороновський І. В. Класифікація сучасних центрів соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців. Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2025. Вип. 71. С. 630-645. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2025.71.630-645>
18. Tekin B., Corcoran R., Gutiérrez R. U. The impact of biophilic design in Maggie's Centres: a meta-synthesis analysis. Frontiers in Architectural Research. 2023. Vol. 12. P. 188-207. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.foar.2022.06.013>
19. Ulrich R. S. et al. A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. HERD: Health Environments Research & Design Journal. 2008. Vol. 1 (3). P. 61-125. DOI: <https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
20. Як комплекс Unbroken у Львові продовжує змінювати місто. Хмарочос. URL: <https://hmarochos.kiev.ua/2025/02/21/kompleks-unbroken-u-lvovi-yak-stvorennia-reabilitacijnogo-klasteru-vplyvaye-na-rozvytok-navkolyshnogo-rajonu/> (дата звернення: 10.04.2026).
21. Center for Health / Dorte Mandrup. ArchDaily. URL: <https://www.archdaily.com/1038913/center-for-health-dorte-mandrup> (дата звернення: 25.03.2026).
22. Kálda Sant Pau Centre / Miralles Tagliabue EMBT. ArchDaily. URL: <https://www.archdaily.com/917540/kalida-sant-pau-centre-miralles-tagliabue-embt> (дата звернення: 25.03.2026).
23. Лисець - селище міського типу Тисменицького району. mista.ua. URL: https://mista.ua/Україна/Івано-Франківська_область/Тисменицький_район/Лисець (дата звернення: 05.04.2026).
24. Maggie's Leeds Centre / Heatherwick Studio. ArchDaily. URL: <https://www.archdaily.com/941797/maggies-leeds-centre-heatherwick-studio> (дата звернення: 25.03.2026).
25. МОЗ впроваджує флагманський проєкт «Розвиток системи реабілітаційної допомоги» в межах стратегії безбар'єрності. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/moz-vprovadzhuje-flagmanskij-projekt-rozvitok-sistemi-reabilitacijnoi-dopomogi-v-mezhah-strategiji-bezbar-yernosti> (дата звернення: 01.04.2026).
26. Реабілітаційні центри - Івано-Франківська область. Реабілітаційна платформа України. URL: <https://rehabukraine.com/region/ivanofrankivska/> (дата звернення: 05.04.2026).
27. Superhumans Center. Офіційний сайт. URL: <https://superhumans.com/en/> (дата звернення: 10.04.2026).
28. Tabor Orthopedics / archimania. ArchDaily. URL: <https://www.archdaily.com/63927/tabor-orthopedics-archimania> (дата звернення: 25.03.2026).
29. The New Day Center for The Elderly / Side FX Arquitectura. ArchDaily. URL: <https://www.archdaily.com/994524/the-new-day-center-for-the-elderly-side-fx-arquitectura> (дата звернення: 25.03.2026).
30. У Франківській міській клінічній лікарні No1 відкрили реабілітаційне відділення для бійців. Суспільне Івано-Франківськ. URL: <https://suspilne.media/ivano-frankivsk/969361-u-frankivskij-miskij-klinicnij-likarni-no1-vidkrili-reabilitacijne-viddilenna-dla-vijskovih/> (дата звернення: 05.04.2026).
31. У Франківську створюють обласний реабілітаційний центр за понад 800 мільйонів гривень. Суспільне Івано-Франківськ. URL: <https://suspilne.media/ivano-frankivsk/948569-v-ivano-frankivsku-stvorat-oblasnij-reabilitacijnij-centr-za-ponad-800-miljoniv-griven/> (дата звернення: 05.04.2026).