
¹ Oksana Kashuba,
² Viacheslav Yakubovskiy,
³ Nataliia Ilyk

¹ Оксана Кашуба,
² В'ячеслав Якубовський,
³ Наталія Ілик

e-mail:
oksana.m.kashuba@lpnu.ua
orcid: 0000-0003-1181-5320
e-mail:
viacheslav.b.yakubovskiy@lpnu.ua
orcid: 0000-0002-8828-6669
e-mail:
nataliia.ilyk.marbs.2024@lpnu.ua
orcid: 0009-0004-3467-2953

УДК 725.51:614.253

ФУНКЦІОНАЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАКЛАДІВ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ АУТОНОМНОГО ТИПУ

SPATIAL-FUNCTIONAL ORGANIZATION OF AUTONOMOUS PALLIATIVE CARE FACILITIES

Keywords: palliative architecture, autonomous palliative care center, functional blocks, functional organization, user movement routes, spatial privacy.

Ключові слова: паліативна архітектура, автономний паліативний центр, функціональні блоки, функціональна організація, шляхи руху користувачів, приватність простору.

¹ PhD in Architecture, Senior Lecturer, Department of Architectural Design, Lviv Polytechnic National University, Lviv

² Senior Lecturer, Department of Architectural Design, Lviv Polytechnic National University, Lviv

³ Student, Department of Architectural Design, Lviv Polytechnic National University, Lviv

¹ PhD, старший викладач кафедри архітектурного проектування, Національний університет «Львівська політехніка», Львів

² старший викладач кафедри архітектурного проектування, Національний університет «Львівська політехніка», Львів

³ магістрантка кафедри архітектурного проектування, Національний університет «Львівська політехніка», Львів

<https://doi.org/10.23939/sa2025.03.039>

Abstract

When formulating the problem, the state of palliative care in Ukraine was analyzed. The actual number of palliative beds varies between 1.247 and 1.500, which is less than half of the minimum level recommended by the WHO (approximately 3.150–4.200). The total annual need for palliative care in the country exceeds 600.000 people (Ministry of Health of Ukraine, 2024). This is a quantitative indicator, while the qualitative indicator is fragmentation, the lack of comprehensive functional and spatial solutions, and the prevalence of secondary use of existing medical buildings that are not adapted to the specific needs of patients. In most cases, palliative care is provided in separate departments of multidisciplinary medical institutions or in temporarily adapted premises, the architectural configuration of which does not provide a clear spatial hierarchy. In such conditions, the formation of autonomous palliative care centers—comprehensive institutions capable of providing not only medical care but also comprehensive support—becomes particularly important.

Despite the existence of some positive practices, Ukraine still lacks a clear typology of institutions with appropriate functional content, unified principles of spatial organization for each type, and standardized solutions for each block and their connections. This necessitates architectural research aimed at forming a systematic model of the functional organization of an autonomous palliative care institution that will meet the needs of the target group, ethical principles, and the spatial principles of humane architecture.

The issue of the functional organization of palliative care facilities is addressed in a number of international interdisciplinary studies in the fields of architecture, medicine, gerontology, psychology, and health care.

Several thematic areas can be traced in scientific literature, each of which forms the theoretical and practical basis for further architectural developments. The issue of the architectural organization of palliative care

Анотація

Проаналізовано стан паліативної допомоги в Україні. Фактична кількість паліативних ліжок варіює в межах 1247–1500, що становить менше, ніж половину від мінімального рівня, рекомендованого ВООЗ (близько 3150–4200). Загальна річна потреба в паліативній допомозі в країні перевищує 600 тис. осіб (МОЗ України, 2024). Це кількісний показник, а якісний показник вирізняється фрагментарністю, відсутністю цілісних функціонально-просторових рішень і переважанням вторинного використання існуючих медичних будівель, які не адаптовані до специфічних потреб пацієнтів. У більшості випадків паліативна допомога надається у складі відокремлених відділень багатопрофільних медичних закладів або в тимчасово адаптованих приміщеннях, архітектурна конфігурація яких не забезпечує чіткої просторової ієрархії. У таких умовах особливої ваги набуває формування автономних паліативних центрів – комплексних інституцій, здатних забезпечити не лише медичний догляд, а й всебічну підтримку.

Попри наявність окремих позитивних практик, в Україні досі не сформовано чіткої типології закладів з відповідним функціональним наповненням, не уніфіковано принципів просторової організації кожного типу, відсутні стандартизовані рішення щодо кожного блоку та їхніх зв'язків. Це зумовлює потребу в архітектурному дослідженні, спрямованому на формування системної моделі функціональної організації автономного паліативного закладу, що відповідатиме потребам цільової групи, етичним принципам і просторовим засадам гуманної архітектури. Питання функціональної організації закладів паліативної допомоги розглянуто в низці міжнародних міждисциплінарних досліджень у галузях архітектури, медицини, геронтології, психології та охорони здоров'я.

Постановка проблеми

У сучасній системі охорони здоров'я особливої актуальності набуває розвиток паліативної допомоги. Вона спрямована на полегшення страждань та покращення якості життя пацієнтів, які живуть із важкими, невиліковними захворюваннями. Це комплексний підхід, що включає медичні, психологічні, соціальні та духовні аспекти підтримки пацієнтів та їхніх родин. Архітектурна практика паліативної допомоги в Україні характеризується фрагментарністю, відсутністю цілісних функціонально-просторових рішень і переважанням вторинного використання існуючих медичних будівель, які не адаптовані до специфічних потреб пацієнтів. У більшості випадків паліативна допомога надається у складі відокремлених відділень багатопрофільних медичних закладів або в тимчасово адаптованих приміщеннях, архітектурна конфігурація яких не забезпечує чіткої просторової ієрархії, зонування із різним рівнем приватності, буферних переходів та інтеграції біофілних компонентів (елементів, що посилюють зв'язок людини із природним середовищем). Це ускладнює формування підтримуючого середовища, здатного належним чином відповідати на потреби осіб із тяжкими, прогресуючими, хронічними або термінальними захворюваннями.

За офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 2024 рік стаціонарну паліативну допомогу надають 751 медичний заклад, а ще 1210 надавачів медичних послуг забезпечують мобільну форму такої допомоги (МОЗ України, 2023). Однак фактична кількість паліативних ліжок варіюється в межах 1247–1500, що становить менше, ніж половину від мінімального рівня, рекомендованого ВООЗ (близько 3150–4200). Загальна річна потреба в паліативній допомозі в країні перевищує 600 тис. осіб (МОЗ України, 2024). У таких умовах особливої ваги набуває формування автономних паліативних центрів – комплексних інституцій, здатних забезпечити не лише медичний догляд, а й всебічну підтримку.

Цільова група пацієнтів паліативних центрів – надзвичайно вразлива. Фізичне середовище для цієї категорії осіб виконує не лише обслуговуючу функцію, але й слугує етичним і психологічним чинником, формуючи суб'єктивне сприйняття гідності, безпеки та якості життя на його завершальному етапі. Це вимагає функціональної організації, що передбачає структуровану ієрархію блоків, зручну логістику, мінімізацію фізичних і психоемоційних бар'єрів та сценарне проєктування внутрішніх маршрутів пацієнтів, персоналу та відвідувачів.

Попри наявність окремих позитивних практик, в Україні досі бракує апробованих архітектурних моделей паліативних закладів автономного типу з цілісною функціональною структурою. Не сформовано чіткої типології закладів з відповідним функціональним наповненням, не уніфіковано принципів просторової організації кожного типу, відсутні стандартизовані рішення щодо кожного блоку та їхніх зв'язків. Це зумовлює потребу в архітектурному дослідженні, спрямованому на формування системної моделі функціональної організації автономного паліативного закладу, що відповідатиме потребам цільової групи, етичним принципам і просторовим засадам гуманної архітектури.

У статті здійснено спробу систематизувати функціональну організацію паліативних закладів автономного типу шляхом класифікації блоків за архітектурними ознаками, аналізу їхнього функціонального наповнення та взаємозв'язків, а також моделювання логіки внутрішнього зонування з урахуванням потреб різних категорій користувачів. Дослідження базується на аналітичних матеріалах, міжнародних рекомендаціях ВООЗ, чинній нормативно-правовій базі України та на аналізі реальних об'єктів у світі.

Аналіз останніх досліджень та публікацій

У науковій літературі простежується декілька тематичних напрямів, кожен із яких формує теоретичну й практичну основу для подальших архітектурних розробок. Питання функціональної організації закладів паліативної допомоги розглянуто в низці міждисциплінарних досліджень у галузях архітектури, медицини, геронтології, психології та охорони здоров'я. У науковій літературі простежується декілька тематичних напрямів, кожен із яких формує теоретичну й практичну

основу для подальших архітектурних розробок. Питання архітектурної організації паліативних закладів досліджували Wang, Zhang і Zhou, які запропонували типологію архітектурних моделей хоспісів (Wang et al., 2024), а також Adams, яка порівняла домашні та лікарняні формати кінця життя (Adams, 2016). Темі впливу дизайну на емоційне сприйняття простору присвячено дослідження Кнох (Кнох, 2022) та McLaughlan з колегами, які розглянули погляд персоналу на функціональне планування (McLaughlan et al., 2022). Методичні підходи до планування паліативного середовища сформульовані у керівництвах Irish Hospice Foundation (2020), King's Fund (2014) та Facility Guidelines Institute (2022), де викладено принципи створення гідного, приватного й функціонально ефективного простору (Irish Hospice Foundation, 2020; The King's Fund, 2014; Facility Guidelines Institute, 2022). Аналіз реальних архітектурних рішень наведено у прикладах Assisi Hospice (Archello, 2017; Assisi Hospice, 2021; Assisi Hospice, 2025), Maggie's West London (Maggie's, n.d.), Care Dimensions Hospice Houses (Care Dimensions, 2024) та T. Boone Pickens Center (Faith Presbyterian Hospice, n.d.). Окрему увагу до екологічності та сталого дизайну в паліативній архітектурі приділила Taylor (2015).

Мета статті

Метою статті є спроба систематизації функціональної організації паліативних закладів автономного типу шляхом аналізу архітектурної структури функціональних блоків, вивчення їх просторових взаємозв'язків і розроблення принципів внутрішнього зонування з урахуванням потреб вразливих користувачьких груп, етичних стандартів і чинних нормативних вимог. Запропоновані результати мають потенціал для практичного застосування у проєктуванні сучасних паліативних установ та можуть слугувати основою для подальших міждисциплінарних досліджень у сфері гуманної архітектури.

Виклад основного матеріалу

Заклад паліативної допомоги є спеціалізованою медичною установою, що надає комплексну допомогу пацієнтам із невиліковними, прогресуючими або хронічно тяжкими захворюваннями, зосереджену на контролі симптомів, зменшенні страждань та покращенні якості життя. Відповідно до формулювань ВООЗ, паліативна допомога охоплює фізичні, психологічні, соціальні й духовні аспекти стану пацієнта незалежно від стадії захворювання (World Health Organization, 2020). Організаційно-планувальні моделі паліативних закладів можуть мати різний ступінь функціональної повноти. Поширеними в Україні є інтегровані рішення у вигляді відділень у складі багато-профільних лікарень або реконструйовані об'єкти з обмеженою автономією, які не мають можливості забезпечити повний набір необхідних функціональних блоків. Такий підхід унеможливорює створення адаптованого середовища для вразливої цільової групи. На противагу цьому, автономний заклад є незалежною інституцією, яка функціонує поза межами існуючих лікарняних систем, має власну територію, архітектурну структуру, повний набір профільних блоків і здатна забезпечити комплексну паліативну підтримку (Wang et al., 2024). Саме автономна модель дозволяє реалізувати цілісну просторову концепцію на основі логічно структурованої функціональної організації. У цьому контексті функціональна організація розглядається як ключова передумова створення ефективного архітектурного середовища. Вона визначає спосіб поєднання основних блоків приміщень із урахуванням їхньої ієрархії, сценаріїв використання, зв'язків та необхідного просторового поділу.

У дослідженні як базову модель обрано автономний паліативний заклад, який забезпечує найвищий ступінь незалежності від зовнішніх медичних структур і надає можливість цілісно формувати архітектурну організацію – як у межах будівлі, так і в межах ділянки. На основі аналізу широкого спектра прикладів сучасної архітектури паліативної допомоги, зокрема, планувань хоспісів і комплексних паліативних центрів у різних країнах, а також на основі теоретичних досліджень, що окреслюють типову функціональну структуру паліативних установ (Wang et al.,

2024; Adams, 2016; Кнох, 2022), було умовно виокремлено та систематизовано ключові функціональні блоки, які найчастіше трапляються в автономних закладах такого типу. Незважаючи на варіативність архітектурних рішень, типологічних моделей і регіонального контексту, загальна структура більшості об'єктів включає повторюваний набір просторових модулів. Саме ці елементи лягли в основу узагальненої функціональної структури, поданої в таблиці.

Структура функціональних блоків автономного паліативного центру

№	Функціональний блок	Призначення та склад приміщень (орієнтовний перелік)	Приклади реалізації кращих рішень
1	2	3	4
1	Житловий (стаціонар)	Проживання пацієнтів: палати, санвузли, гостьові зони, зони відпочинку, вихід на терасу	<u>St Michael's Hospice, Великобританія</u> – 20 просторих одномісних палат з окремими санвузлами, поблоковані зі спільними вітальнями, багато природного світла, вигляди на природне оточення (Taylor, 2015)
2	Медичний	Надання медичної допомоги різного рівня: пункт прийому, оглядова, процедурні, маніпуляційні, кабінети лікарів, аптечний пункт, технічні і господарські зони, комори зберігання медикаментів, службові приміщення медперсоналу, ізолятор (у разі необхідності), пункт підготовки тіла (якщо відсутній окремий ритуальний блок), реабілітаційний блок	<u>Assisi Hospice, Сінгапур</u> – медичний блок включає відділення для дорослих та відділене педіатричне відділення, розташоване на верхньому поверсі з доступом до дитячого майданчика; на нижньому рівні є амбулаторна клініка паліативної допомоги з окремим входом; архітектура без типового клінічного середовища (Archello, 2017; Assisi Hospice, 2021)
3	Соціально - психологічний	Підтримка психоемоційного стану: кабінет психолога, кімнати індивідуальної роботи, зали арт-терапії, кімнати групової психотерапії	<u>Maggie's Centres, Велика Британія</u> – простори для психологічної підтримки з домашньою атмосферою, відкриті зони для спілкування, кімнати терапії та доступ до садів. (Maggie's, n.d.) <u>Assisi Hospice, Сінгапур</u> – приміщення психологічної підтримки, арт – і музикотерапевтичні зони, простори для дітей та підлітків (Archello, 2017; Assisi Hospice, 2021)
4	Родинний супровід	Зустріч з рідними і спільне перебування: гостьові приміщення, сімейні кімнати, дитячі ігрові зони (для дитячих центрів), кімнати для бесід з персоналом/ консультування родини	<u>Care Dimensions Hospice House, США</u> – палати включають місця для перебування членів родини, спільні гостьові приміщення, дитячі ігрові зони, кухні для сімей (Care Dimensions, 2024)
5	Духовний	Задоволення духовних потреб: молитовна кімната/каплиця, медитативна кімната, кімната тиші	<u>Assisi Hospice, Сінгапур</u> – каплиця знаходиться на 6-му поверсі, приміщення для індивідуальних духовних бесід (Archello, 2017; Assisi Hospice, 2021)

1	2	3	4
6	Прощальний	Організація приватного прощання з покійником: зала прощання, приміщення для тимчасового зберігання тіла, допоміжні приміщення, окремий вихід	<u>Kaplan Family Hospice House, США</u> – спеціалізовані приміщення для проведення прощальних церемоній, кімната для тимчасового зберігання тіла, ізольований вихід
7	Адміністративний	Управління закладом: кабінети адміністрації, кімнати персоналу, зали для обговорень та засідань, архіви	<u>T. Boone Pickens Hospice, США</u> – адміністративні приміщення з окремими входами, кімнати персоналу, конференц-зали (Faith Presbyterian Hospice, n.d.)
8	Громадський	Неформальна комунікація, соціальна взаємодія, активність: загальна відпочинкова кімната, бібліотека, освітні зали	<u>Maggie's Centres, Велика Британія</u> – відкриті простори для спілкування та проведення заходів, відпочинкові тихі зони, відкрита кухня (Maggie's, n.d.)
9	Харчовий	Приготування, розподіл та споживання їжі: харчоблок, кухня, їдальня/кафе, роздаткові пункти	<u>Assisi Hospice, Сінгапур</u> - їдальня з видом на сад (Archello, 2017; Assisi Hospice, 2021)
10	Сервісно-технічний	Забезпечення роботи закладу: пральня/сушильна, складські приміщення, технічні кімнати, господарські комори, приміщення для персоналу	<u>Trinity Hospice, Велика Британія</u> – ефективно організовані технічні приміщення з мінімальним впливом на пацієнтів
11	Вхідний	Вестибюль, рецепція, інформаційна зона, гардеро, санвузли загального користування	<u>Assisi Hospice, Сінгапур</u> – просторий вестибюль і рецепція з природним освітленням та зручною навігацією. (Archello, 2017; Assisi Hospice, 2021)
12	Зовнішні біофільні простори	Відпочинок, релаксація і зв'язок з природою: сади з водними елементами, тераси, дворики, теплиці, майданчики	<u>T. Boone Pickens Hospice, США</u> – ландшафтні сади та прогулянкові стежки для пацієнтів та їхніх родин, велика рекреаційна водойма (Faith Presbyterian Hospice, n.d.) <u>Maggie's Centres, Велика Британія</u> – інтеграція з природою (сади, дворики) (Maggie's, n.d.)

Примітка: приклади реалізації функціональних блоків подано на основі авторського аналізу відкритих архітектурних джерел, зокрема, планувальних рішень, описів об'єктів та візуальних матеріалів, доступних на офіційних сайтах закладів, архітектурних платформах та в публікаціях у відкритому доступі.

Функціональні блоки паліативного закладу не є фіксованими елементами сталої архітектурної структури, а становлять адаптивну систему, здатну змінюватися відповідно до специфіки функціонування закладу. Їхня присутність, масштабність і просторове взаєморозташування безпосередньо залежать від типології установи, тривалості перебування пацієнтів, інтенсивності медичного супроводу, вікової категорії хворих. У різних форматах паліативної допомоги змінюється функціональна вага блоків: деякі з них відіграють провідну роль, інші – відходять на периферію або поєднуються в межах одного простору. Така варіативність передбачає не лише зміну наповнення, а й можливість доповнення структури специфічними блоками, необхідними для виконання особливих завдань, зокрема, педіатричних, геріатричних чи мобільних форматів паліативної опіки. Подібну потребу в гнучкості планувальної структури закладу підтверджує і опитування персоналу в сучасних паліативних установах: архітектурне середовище має

відповідати змінним моделям догляду, забезпечувати баланс між приватністю, медичною підтримкою та участю родини (McLaughlan et al., 2022).

Діаграма просторового розподілу зон паліативного закладу за ступенем приватності демонструє переважання приватної зони, що становить 45 % від загальної площі. Саме приватний простір має бути основою архітектурної організації, оскільки забезпечує гідність, автономію й емоційний комфорт на фінальному етапі життя (The King's Fund, 2014). Напівприватна зона займає 30 % і включає ключові блоки клінічного, психоемоційного та духовного супроводу – простори, що забезпечують професійну підтримку при збереженні просторової делікатності. Публічна зона обмежена до 15 %, що вказує на контрольованість соціальних контактів та вторинність відкритої взаємодії у таких закладах. Технічна зона становить лише 10 % і виконує суто сервісну функцію. Загалом діаграма підтверджує пріоритет просторової захищеності, приватності та цілеспрямованої підтримки пацієнта як основи архітектурного підходу до організації паліативного середовища.



Рис. 1. Діаграма розподілу простору паліативного закладу за ступенем приватності

Примітка: укладено авторами на основі аналітичного узагальнення, схема має ілюстративно-аналітичний характер і не претендує на статистичну репрезентативність.

Також важливим аспектом формування архітектурної структури є обсяг функціонального наповнення паліативного закладу. Залежно від цього параметра, автономні заклади паліативної допомоги умовно поділяють на три основні типи: комплексний паліативний центр (забезпечує повний спектр паліативної опіки), хоспіс (стаціонарний заклад, який надає допомогу пацієнтам у термінальних стадіях захворювання) та амбулаторний (денний) центр (без стаціонарного відділення або тільки з денним відділенням). Кожен із них має характерну функціональну модель, що зумовлює як просторову ієрархію, так і логіку внутрішніх зв'язків.

Наступним важливим критерієм диференціації є спеціалізація за цільовою групою пацієнтів. Залежно від вікової або нозологічної спрямованості, функціональна організація зазнає суттєвих змін. У педіатричних закладах функціональна організація орієнтована на тісну присутність родини: значно зростає частка родинного блоку, включаються ігрові, навчальні, сенсорні приміщення, а житлові зони формуються з урахуванням постійного перебування батьків (American Academy of Pediatrics, 2013). У геріатричних центрах пріоритет надається медичному та сервісному блокам, спрощеній логістиці та просторам тривалої підтримки, тоді як громадські й освітні зони, як правило, мінімізуються (Voumard et al., 2018). У спеціалізованих закладах, орієнтованих на окремі нозологічні групи (онкопацієнти, пацієнти з нейродегенеративними захворюваннями тощо), зростає роль медичного блоку, ізоляційних приміщень, психологічної і духовної підтримки, а також про-

щального сегменту (Mathews, Hannon та Zimmermann, 2021). Для огляду найкращої архітектурно-функціональної моделі було обрано автономний комплексний паліативний центр універсального типу як такий, що найбільш повно втілює сучасні принципи паліативної допомоги.

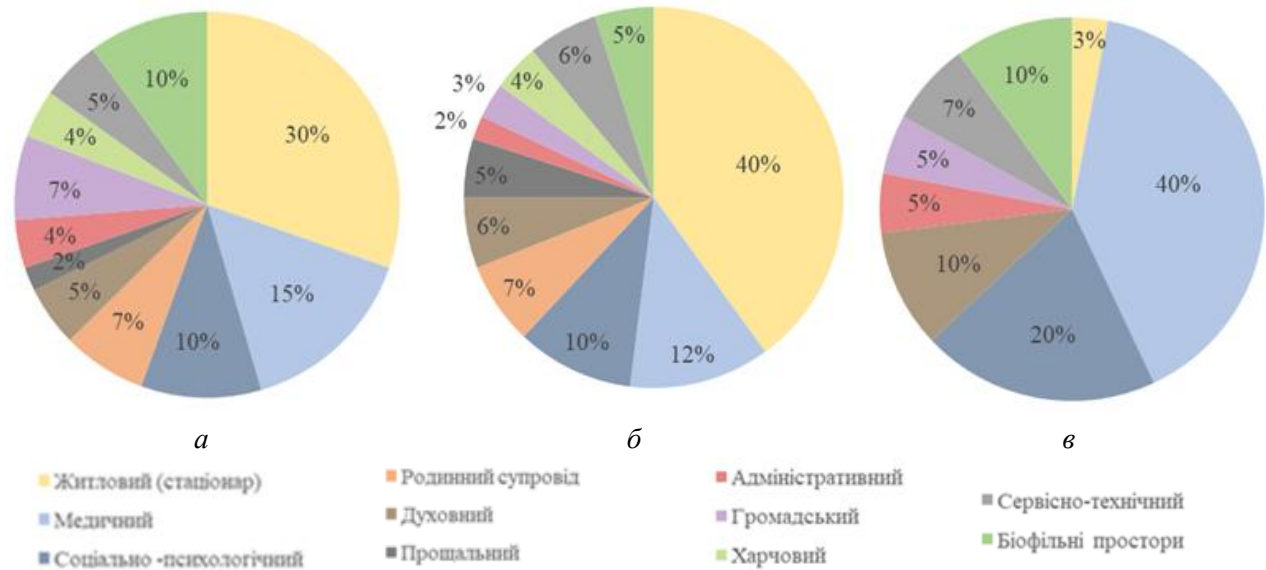


Рис. 2. Співвідношення основних функціональних блоків автономних закладів паліативної допомоги: а – комплексний паліативний заклад; б – хоспіс; в – амбулаторний денний паліативний заклад

Примітка: подані діаграми є авторським моделюванням і не відображають статистичних норм, але ілюструють відмінності просторової структури залежно від типу закладу.

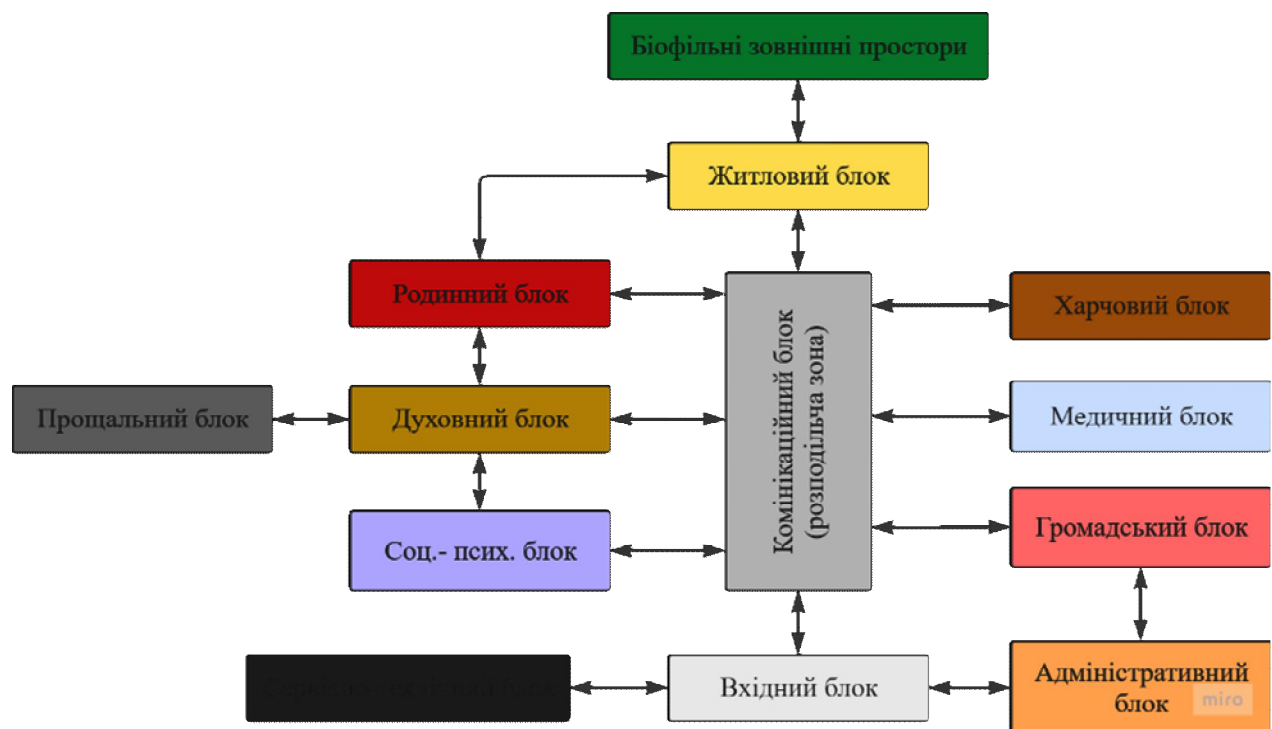


Рис. 3. Функціональні взаємозв'язки блоків у закладі паліативної допомоги

У структурі закладу критично важливим аспектом є організація комунікативних просторів для різних категорій користувачів. Просторове розмежування потоків – один із базових принципів формування гуманної, безпечної та функціонально збалансованої архітектури паліативної допомоги. У межах закладу доцільно виокремити три основні типи маршрутів: пацієнтів, персоналу та родичів (відвідувачів). Їх логічна і фізична диференціація дозволяє мінімізувати конфліктні перетини, забезпечити приватність, оптимізувати логістику обслуговування та дотримуватися етичних стандартів просторової взаємодії (Irish Hospice Foundation, 2020). Шляхи руху пацієнта формуються як основна траєкторія, що не повинна перетинатися з технічними та сервісними потоками. У типових умовах вони починаються з вхідної групи приміщень, де пацієнт проходить реєстрацію або вхідний огляд, після чого потрапляє до комунікаційного блоку, що слугує розподільчим простором. Звідси (залежно від сценарію переміщення) забезпечується доступ до житлового блоку (у разі госпіталізації), до медичного (при амбулаторному лікуванні), соціально-психологічного (психотерапія, арт-терапія), духовного (медитативні практики), громадського (соціальна активність, освітні заходи) або зовнішніх біофільних просторів (сад, двір, тераса). Усі маршрути мають бути інтуїтивно зрозумілими, безбар'єрними й орієнтованими на зниження емоційного та фізичного навантаження на осіб з тяжкими станами (Facility Guidelines Institute, 2022). Оскільки персонал складається з декількох груп (медичний, технічний, адміністративний та сервісний, то кожна з них потребує окремого службового доступу, який не має дублювати маршрут пацієнтів (практично реалізовано у Assisi Hospice Case Study, Archello, 2017). Вхід для персоналу реалізується через окрему службову зону, з якої передбачено вхід до адміністративного або сервісно-технічного блоку. Медичний персонал забезпечує доступ до медичного, житлового та соціально-психологічного блоків – через внутрішні коридори або буферні зони. Технічні працівники обслуговують господарські приміщення, пральні, комори, харчоблок і мають замкнуту логістику без виходу у приватні або публічні зони (Archello, 2017). Отже, персонал переміщується ізольовано, відповідно до службової ієрархії, з чітко регламентованими маршрутами. Шлях руху родичів і відвідувачів має напівпублічний характер і повинен бути контрольований персоналом, без порушення приватності інших користувачів. Основний вхід – через вхідну групу приміщень, після чого відвідувач може бути спрямований до житлового (при короткотривалих візитах із дозволу адміністрації), до родинного блоку (для тривалого спільного перебування чи проживання), до духовного (ритуали, молитва), до громадського (участь у заходах, спілкування) або до прощального блоку (в умовах завершення життя). Доступ до кожної з цих зон має бути організований так, щоб уникнути перетину з маршрутами обслуговування або медичної логістики.

У структурі автономного паліативного центру функціональні блоки можуть бути просторово розміщені на кількох рівнях будівлі, зазвичай у межах двоповерхової будівлі. Як правило, перший поверх призначений для розміщення блоків із найбільшим навантаженням та потребою в безбар'єрному доступі – житлового блоку (частково), медичного (особливо амбулаторного сегменту), вхідної групи приміщень, громадського, харчового, духовного блоків. Саме ці простори формують ядро щоденного функціонування закладу та забезпечують первинні шляхи руху. Другий поверх доцільно використовувати для розміщення допоміжних або напівприватних функцій, зокрема, додаткових житлових приміщень, соціально-психологічного блоку, родинного блоку, адміністративних офісів, навчальних приміщень. Усі зони, що розташовані на верхньому рівні, мають бути забезпечені вертикальним зв'язком через ліфти, безбар'єрні сходи, пандуси/підйомники з урахуванням потреб маломобільних користувачів.

З огляду на функціональну ієрархію та взаємозв'язки між блоками, постає питання вибору оптимальної архітектурно-планувальної структури закладу, здатної інтегрувати всі функціональні елементи в цілісну, логічну та гуманну систему. Організація паліативного закладу, як правило, не

обмежується застосуванням лише одного типу планувальної структури. Залежно від функціонального наповнення, топографії ділянки, очікуваного сценарію експлуатації та потреб користувачів, структура установи може поєднувати в собі кілька типологічних моделей. У практиці проєктування найбільш поширеними є коридорна/лінійна (приміщення розташовані вздовж одного або кількох коридорів), павільйонна (кожен блок/декілька блоків – це окремий об'єм, з'єднаний переходами), атріумна/коридорно-кільцева (блоки організовано навколо внутрішнього простору, атріуму), радіальна (з центрального ядра променями відходять окремі функціональні блоки), вільна/органічна структура (структура не підпорядковується жорстким геометричним схемам), комбінована (поєднує декілька схем).

Орієнтація функціональних блоків у структурі плану паліативного закладу безпосередньо впливає на якість середовища перебування, психоемоційний стан пацієнтів, ефективність функціонування персоналу та реалізацію гуманістичних принципів паліативної допомоги. Житловий блок доцільно орієнтувати на південь або південний-схід, що забезпечує максимум природного світла, стабільний мікроклімат та емоційний комфорт пацієнтів. Медичний блок потребує стабільних умов без прямих сонячних променів, тому його доцільно розміщувати з орієнтацією на північ або північний-схід. Блоки соціально-психологічної підтримки, як і громадські простори, найкраще функціонують у східному або південному напрямку, де м'яке денне світло сприяє відчуттю безпеки, відкритості й активності. Особливої уваги потребує прощальний блок, де важлива не лише функціональна ізоляція, але й символічна орієнтація. Розміщення таких приміщень у західному або північно-західному напрямку дозволяє через архітектуру передати сенси завершення, спокою, прощання. Духовний блок (каплиця, медитативна кімната) також доцільно орієнтувати на захід, південний захід – як просторову метафору завершення життєвого шляху. Адміністративні та сервісно-технічні зони розміщуються у північних секторах, де немає потреби в активній інсоляції. Біофільні простори – внутрішні дворики, тераси, озеленені зони – інтегруються переважно на південь і південний-схід, формуючи навколо себе сприятливе середовище для реабілітації, приватності та емоційної підтримки. Отже, орієнтація блоків у паліативній архітектурі – це не лише інструмент кліматичного реагування, а засіб створення простору, що підтримує життя, забезпечує гідне перебування в останні дні та передає архетипічні смисли через світло, тишу й тінь.



Рис. 4. Орієнтація функціональних блоків закладу паліативної допомоги за сторонами світу

Окрім функціонального зонування та орієнтації блоків, важливими принципами планування паліативного закладу є забезпечення безбар'єрності та повної доступності для маломобільних груп населення; переважання одномісних палат з індивідуальними санвузлами як умова збереження приватності та гідності пацієнта; наявність візуального контакту з природним середовищем із кожної палати; використання природного освітлення та ефективне сонцезахисне опрацювання фасадів з метою забезпечення мікрокліматичного комфорту; гнучкість просторових рішень, яка дозволяє адаптувати приміщення до змінних потреб користувачів; чітке розмежування публічних, напівпублічних і приватних зон з урахуванням сценаріїв використання; включення зон тиші та відновлення для всіх учасників процесу; формування інтуїтивно зрозумілої навігації через архітектурні засоби, світло, природні орієнтири та матеріали. Ці принципи створюють цілісну просторову систему, яка забезпечує не лише функціональність, а й психоемоційний, етичний та сенсовий комфорт для усіх користувачів паліативного середовища.

Висновки

У результаті дослідження функціональної організації паліативного закладу встановлено, що архітектурне середовище, сформоване відповідно до принципів приватності, психологічної підтримки та логістичної доцільності, є критично важливим компонентом якісної паліативної допомоги. Опрацювання автономної типу паліативного закладу як базової моделі дозволило визначити структурно-функціональні блоки, які забезпечують повноцінне просторове покриття медичних, психологічних, соціальних, духовних, побутових і прощальних потреб паліативного пацієнта. Дослідження дозволило авторам виявити ключові положення, що впливають на ефективність функціональної організації паліативного закладу:

- потреба в забезпеченні чіткої ієрархії функціональних блоків, їх взаємозв'язків і логістичних маршрутів без перетинів потоків пацієнтів, персоналу та відвідувачів;
- орієнтація планувальної структури на гуманістичні принципи: приватність, гідність, емоційний комфорт і підтримка вразливих користувачів у термінальному стані.

На основі здійсненого дослідження пропонуємо дотримуватись таких принципів у плануванні паліативних центрів:

- виокремлення житлового блоку як просторового ядра із забезпеченням тиші, природного освітлення, візуального контакту з ландшафтом і приватності;
- наявність окремих або ізольованих шляхів руху для родинного, медичного, духовного й адміністративного блоків із відповідними просторовими буферами;
- архітектурна реалізація зон публічної взаємодії (громадський, харчовий, прощальний блоки) на межі з зовнішнім середовищем та забезпечення зручного доступу до них для відвідувачів;
- включення біофільних просторів, відкритих подвір'їв і зон відновлення як складової просторової терапії.

Запропонована функціональна модель паліативного закладу враховує сучасні підходи до архітектури середовища турботи й може бути використана як орієнтир для проєктування відповідних об'єктів в Україні з урахуванням місцевих соціокультурних умов, нормативних вимог та принципів етичного ставлення до людини в останній фазі життя. Реалізація таких рішень сприятиме не лише підвищенню якості паліативної допомоги, а й наближенню вітчизняної архітектури до гуманістичних європейських стандартів.

Бібліографія

- Міністерство охорони здоров'я України. (2023, 14 жовтня). Паліативні пацієнти: кожна людина має право піти гідно. <https://moz.gov.ua/uk/paliativni-pacienti-kozhna-ljudina-mae-pravo-piti-gidno> [Дата звернення: 6 червня 2025].
- Міністерство охорони здоров'я України. (2024, 21 лютого). Паліативна допомога стане якіснішою та доступнішою для пацієнта незалежно від місця її отримання. <https://moz.gov.ua/uk/paliativna-dopomoga-stane-jakisnishoju-ta-dostupnishoju-dlja-pacienta-nezalezno-vid-miscja-ii-otrimannja> [Дата звернення: 6 червня 2025].
- Adams A. (2016). Home and/or Hospital: The Architectures of End-of-Life Care. *Change Over Time*, 6(2), 248–263. <https://doi.org/10.1353/cot.2016.0015>
- American Academy of Pediatrics. (2013). Pediatric palliative care and hospice care commitments, guidelines, and recommendations. *Pediatrics*, 132(5), 966–972. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2731>
- Archello. (2017). Assisi Hospice. <https://archello.com/project/assisi-hospice> [Дата звернення: 7 червня 2025].
- Assisi Hospice. (2021). The New Assisi Hospice. Scribd. <https://www.scribd.com/document/502349827/The-New-Assisi-Hospice> [Дата звернення: 7 червня 2025].
- Assisi Hospice. (2025). Corporate Brochure. <https://www.assisihospice.org.sg/wp-content/uploads/EN-Brochure-Corporate-2025.pdf> [Дата звернення: 7 червня 2025].
- Care Dimensions. (2024). Hospice Houses Brochure. <https://www.caredimensions.org/userfiles/files/Brochures%20and%20booklets/HospiceHouses%20Panel-062024.pdf> [Дата звернення: 7 червня 2025].
- Faith Presbyterian Hospice. (n.d.). T. Boone Pickens Center for Hospice and Palliative Care. <https://www.faithpreshospice.org/hospice-palliative-care/t-boone-pickens-center/> [Дата звернення: 7 червня 2025].
- Facility Guidelines Institute. (2022). Designing End-of-Life Care Settings to Enhance Quality of Life. <https://fgiguide.org/wp-content/uploads/2022/10/Designing-End-of-Life-Care-Settings-to-Enhance-Quality-of-Life.pdf> [Дата звернення: 7 червня 2025].
- Irish Hospice Foundation. (2020). Design & Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care. <https://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2020/12/Design-Dignity-Guidelines-Irish-Hospice-Foundation-2020.pdf> [Дата звернення: 7 червня 2025].
- King's Fund, The. (2014). EHE principles of hospice design. London: The King's Fund. https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/2a80705b3d/ehe_principles_hospice_design_2014.pdf [Дата звернення: 6 червня 2025].
- Knox M. (2022). Design-Related Impacts on End-of-Life Experience: A Brief Report of Findings from an Exploratory Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(7), 753–760. <https://doi.org/10.1177/10499091221129203>
- Maggie's. (n.d.). Maggie's West London Centre: Design Guide. https://www.maggies.org/media/filer_public/93/16/9316d6e0-fc97-40d3-beec-7fd2840ae2b1/maggieswestlondon_designguide.pdf [Дата звернення: 7 червня 2025].
- Mathews J., Hannon B., & Zimmermann C. (2021). Models of Integration of Specialized Palliative Care with Oncology. *Current Treatment Options in Oncology*, 22(5), 44. <https://doi.org/10.1007/s11864-021-00836-1>
- McLaughlan R., Richards K., Lipson-Smith R., Collins A., & Philip J. (2022). Designing Palliative Care Facilities to Better Support Patient and Family Care: A Staff Perspective. *Health Environments Research & Design Journal (HERD)*, 15(2), 149–162. <https://doi.org/10.1177/19375867211059078>
- Taylor J. (2015). A Fresh Approach to Palliative Care – Sustainable Design. Housing Learning & Improvement Network. https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Practice_examples/Housing_LIN_case_studies/HLIN_CaseStudy_109_SustainableHospice.pdf [Дата звернення: 7 червня 2025].

Voumard R., Rubli Truchard E., Benaroyo L., Borasio G. D., Büla C., & Jox R. J. (2018). Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatrics*, 18(220). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0914-0>

Wang W., Zhang H., & Zhou J. (2024). Rest-in-Peace: Research on the Architectural Types and Design Ideas to Guide Design of Hospice Care Building. *SAGE Open*. <https://doi.org/10.1177/21582440241247292>

World Health Organization. (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Дата звернення: 6 червня 2025]

References

Adams, A. (2016). Home and/or Hospital: The Architectures of End-of-Life Care. *Change Over Time*, 6(2), 248–263. <https://doi.org/10.1353/cot.2016.0015>

American Academy of Pediatrics. (2013). Pediatric palliative care and hospice care commitments, guidelines, and recommendations. *Pediatrics*, 132(5), 966–972. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2731>

Archello. (2017). Assisi Hospice. Available at: <https://archello.com/project/assisi-hospice> [Accessed 7 Jun. 2025].

Assisi Hospice. (2021). The New Assisi Hospice. Scribd. Available at: <https://www.scribd.com/document/502349827/The-New-Assisi-Hospice> [Accessed 7 Jun. 2025].

Assisi Hospice. (2025). Corporate Brochure. Available at: <https://www.assisihospice.org.sg/wp-content/uploads/EN-Brochure-Corporate-2025.pdf> [Accessed 7 Jun. 2025].

Care Dimensions. (2024). Hospice Houses Brochure. Available at: <https://www.caredimensions.org/userfiles/files/Brochures%20and%20booklets/HospiceHouses%20Panel-062024.pdf> [Accessed 7 Jun. 2025].

Faith Presbyterian Hospice. (n.d.). T. Boone Pickens Center for Hospice and Palliative Care. Available at: <https://www.faithpreshospice.org/hospice-palliative-care/t-boone-pickens-center/> [Accessed 7 Jun. 2025].

Facility Guidelines Institute. (2022). Designing End-of-Life Care Settings to Enhance Quality of Life. Available at: <https://fgiguide.org/wp-content/uploads/2022/10/Designing-End-of-Life-Care-Settings-to-Enhance-Quality-of-Life.pdf> [Accessed 7 Jun. 2025].

Irish Hospice Foundation. (2020). Design & Dignity Guidelines for Physical Environments of Hospitals Supporting End-of-Life Care. Available at: <https://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2020/12/Design-Dignity-Guidelines-Irish-Hospice-Foundation-2020.pdf> [Accessed 7 Jun. 2025].

King's Fund, The. (2014). EHE principles of hospice design. London: The King's Fund. Available at: https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/2a80705b3d/ehe_principles_hospice_design_2014.pdf [Accessed 6 Jun. 2025].

Knox, M. (2022). Design-Related Impacts on End-of-Life Experience: A Brief Report of Findings from an Exploratory Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(7), 753–760. <https://doi.org/10.1177/10499091221129203>

Maggie's. (n.d.). Maggie's West London Centre: Design Guide. Available at: https://www.maggies.org/media/filer_public/93/16/9316d6e0-fc97-40d3-beec-7fd2840ae2b1/maggieswestlondon_designguide.pdf [Accessed 7 Jun. 2025].

Mathews, J., Hannon, B. and Zimmermann, C. (2021). Models of Integration of Specialized Palliative Care with Oncology. *Current Treatment Options in Oncology*, 22(5), 44. <https://doi.org/10.1007/s11864-021-00836-1>

McLaughlan, R., Richards, K., Lipson-Smith, R., Collins, A. and Philip, J. (2022). Designing Palliative Care Facilities to Better Support Patient and Family Care: A Staff Perspective. *Health Environments Research & Design Journal (HERD)*, 15(2), 149–162. <https://doi.org/10.1177/19375867211059078>

Ministry of Health of Ukraine. (2023, 14 October). Palliative patients: every person has the right to a dignified end. Available at: <https://moz.gov.ua/uk/paliativni-pacienti-kozhna-ljudina-mae-pravo-piti-gidno> [Accessed 6 Jun. 2025].

Ministry of Health of Ukraine. (2024, 21 February). Palliative care will become more accessible and of higher quality regardless of place of delivery. Available at: <https://moz.gov.ua/uk/paliativna-dopomoga-stane-jakisnishuju-ta-dostupnishuju-dlja-pacienta-nezalezhno-vid-miscja-ii-otrimannja> [Accessed 6 Jun. 2025].

Taylor, J. (2015). A Fresh Approach to Palliative Care – Sustainable Design. Housing Learning & Improvement Network. Available at: https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Practice_examples/Housing_LIN_case_studies/HLIN_CaseStudy_109_SustainableHospice.pdf [Accessed 7 Jun. 2025].

Voumard, R., Rubli Truchard, E., Benaroyo, L., Borasio, G. D., Büla, C. and Jox, R. J. (2018). Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. BMC Geriatrics, 18(220). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0914-0>

Wang, W., Zhang, H. and Zhou, J. (2024). Rest-in-Peace: Research on the Architectural Types and Design Ideas to Guide Design of Hospice Care Building. SAGE Open. <https://doi.org/10.1177/21582440241247292>

World Health Organization. (2020). Palliative care. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Accessed 6 Jun. 2025].