

**ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«УНІВЕРСИТЕТ КОРОЛЯ ДАНИЛА»**

**Факультет суспільних і прикладних наук
Кафедра архітектури та будівництва**

На правах рукопису

Соловйова Тетяна Ігорівна

УДК: 725

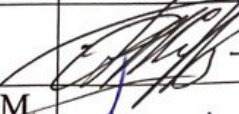






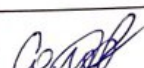
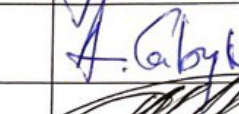
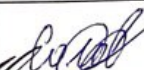




**ЦЕНТР ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Спеціальність: 191 «Архітектура та містобудування»
Кваліфікаційна робота на здобуття кваліфікації магістра





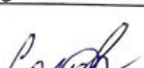
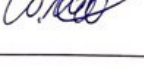


Науковий керівник:
Д.т.н., проф. Габрель М.М.

Івано-Франківськ – 2024

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Жирак Р.М. Ст. викл. кафедри		
Розділ I. Аналітичний огляд	Д.т.н., проф. Габрель М.М.		
Розділ II. Методика, опис, обґрунтування дослідження	Д.т.н., проф. Габрель М.М.		
Розділ III. Передпроектні дослідження	Д.т.н., проф. Габрель М.М.		
Розділ IV. Проектна частина	Савчук А.І. К. арх.		
Розділ V. Охорона праці та цивільний захист	Касіячук В.Д. К.т.н., проф. кафедри		
Висновки. Нормоконтроль	Жирак Р.М. Ст. викл. кафедри		

7. Дата видачі завдання: 27 червня 2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вступ	27.06.2023 р. – 28.08.2023 р.	
2.	Розділ I. Аналітичний огляд	29.08.2022 р. – 02.10.2023 р.	
3.	Розділ II. Методика, опис, обґрунтування дослідження	03.10.2023 р. – 30.10.2023 р.	
4.	Розділ III. Передпроектні дослідження Розділ IV. Проектна частина. Висновки	31.10.2023 р. – 12.12.2023 р.	
5.	Розділ V. Охорона праці. Висновки	13.12.2023 р. – 21.12.2023 р.	
6.	Оформлення роботи та підготовка до захисту	22.12.2023 р. – 21.01.2024 р.	

Студентка  Соловйова Т.І.

Керівник роботи  Габрель М.М.

АНОТАЦІЯ

Метою дослідження магістерської роботи є реабілітаційні центри – адаптація до праці на попередньому робочому місці або реадаптація, тобто праця з меншими нервово-психічними і фізичними навантаженнями на новому робочому місці, але на тому самому підприємстві. В інших випадках метою реабілітації буде перекваліфікація і праця на тому ж підприємстві, а у разі неможливості – перекваліфікація у реабілітаційному центрі і працевлаштування відповідно до нової професії і стану людини. У педіатрії мета реабілітації не зводиться тільки повернення дитини до стану перед захворюванням і у дитячий колектив, але й до розвитку її фізичних і психічних здатностей, відповідних віку.

В першому розділі розглянуто реабілітаційні програми світу, соціально-психологічна та медична реабілітація учасників ССО, чинники виникнення бойових психічних травм і розладів у воїнів, висновки до розділу I.

В другому розділі розглянуто загальну методика дослідження реабілітаційних центрів для військовослужбовців, методи вивчення ергономічних чинників формування реабілітаційних центрів для військовослужбовців, висновки до розділу II.

Третій розділ представляє загальну характеристику реабілітаційного центру, узагальнення вітчизняного та світового досвіду, особливості функціонального призначення, висновки до розділу III.

В четвертому розділі розглянуто генплан і благоустрій, архітектурні вирішення, характеристика і опис конструкцій, інженерні мережі та обладнання, висновки до розділу IV.

В п'ятому розділі розглянуто згідно Закону України «Про охорону праці».

КЛЮЧОВІ СЛОВА: РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЦЕНТРИ, МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ЕРГОНОМІЧНІ ЧИННИКИ, ГЕНПЛАН, АРХІТЕКТУРНІ РІШЕННЯ, ОХОРОНА ПРАЦІ, ЦИВІЛЬНИЙ ЗАХИСТ.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	7
ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ I. АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ЗА ТЕМОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ	10
1.1. Реабілітаційні програми світу.....	10
1.2. Соціально-психологічна та медична реабілітація учасників ССО ...	12
1.3. Чинники виникнення бойових психічних травм і розладів у воїнів..	23
Висновки до розділу I	27
РОЗДІЛ II. МЕТОДИКА, ОПИС, ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	28
2.1. Загальна методика дослідження реабілітаційних центрів для військовослужбовців.....	28
2.2. Методи вивчення ергономічних чинників формування реабілітаційних центрів для військовослужбовців	31
Висновки до розділу II.....	32
РОЗДІЛ III. ПЕРЕДПРОЕКТНІ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	34
3.1. Загальна характеристика реабілітаційного центру.....	34
3.2. Узагальнення вітчизняного та світового досвіду.....	37
3.3. Особливості функціонального призначення	39
Висновки до розділу III	40
РОЗДІЛ IV. ПРОЄКТНА ЧАСТИНА.....	41
4.1. Генплан і благоустрій	41

4.2. Архітектурні вирішення	48
4.3. Характеристика і опис конструкцій	53
4.4. Інженерні мережі та обладнання	58
Висновки до розділу IV	58
РОЗДІЛ V. ОХОРОНА ПРАЦІ ТА ЦИВІЛЬНИЙ ЗАХИСТ	60
5.1. Охорона праці.....	60
Висновки до розділу V.....	64
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	67
ДОДАТКИ.....	70

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ДБН – Державні Будівельні Норми

ДСТУ – Державні стандарти України

ЗУ – Закон України

НАПБ - Нормативний акт з пожежної безпеки

СНіП – санітарні норми і правила

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На війні в Україні багато військових отримують поранення різного ступеня важкості. Звичайно, їм надається перша медична допомога та лікування у військових госпіталях та спеціалізованих медичних закладах. Але дуже важливе значення має також і наступна реабілітація військовослужбовців для повного відновлення їх функцій та можливості повноцінно працювати й жити в суспільстві. Мається на увазі не лише фізична і психологічна реабілітація, але і повноцінне повернення з війни у мирне життя.

Після лікування в госпіталі військовослужбовці стикаються з проблемою відновлення своєї функціональності. Фізична реабілітація військовослужбовців після поранень потребує тривалого часу, який може тривати від 1-2 до 5-6 місяців і більше. Таке реабілітаційне лікування спрямоване на відновлення організму після завершення гострого періоду та часто дозволяє уникнути первинної інвалідності чи перешкодити подальшому погіршенню стану. Адже наслідки поранень та тривала прикутість до ліжка з обмеженням рухливості призводять до атрофії та ослаблення м'язів, формуються контрактури, які не дають можливості повноцінно рухатись. Це дуже важливе завдання, без якого неможливе повноцінне повернення військовослужбовця до мирного життя.

Мета та завдання дослідження. Основною метою магістерської роботи є реабілітаційні центри – адаптація до праці на попередньому робочому місці або реадаптація, тобто праця з меншими нервово-психічними і фізичними навантаженнями на новому робочому місці, але на тому самому підприємстві. В інших випадках метою реабілітації буде перекваліфікація і праця на тому ж підприємстві, а у разі неможливості – перекваліфікація у реабілітаційному центрі і працевлаштування відповідно до нової професії і стану людини. У педіатрії мета реабілітації не зводиться тільки повернення

дитини до стану перед захворюванням і у дитячий колектив, але й до розвитку її фізичних і психічних здатностей, відповідних віку.

Об'єкт дослідження:

- Реабілітаційні центри світу та України.
- Основні та загальні потреби реабілітаційних центрів для учасників воєнних дій.

Предмет дослідження:

Концепція сучасного реабілітаційного центру для учасників АТО поблизу річки Лімниця та Дністер (с. Шевченкове, Галицький район).

Науковою новизною одержаних результатів дослідження став аналіз концепції сучасного реабілітаційного центру поблизу с. Шевченкове, Галицького району.

Структура й обсяг роботи. Робота складається зі вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Обсяг роботи – (65) сторінок основного тексту, список використаних джерел (3) сторінок, додатки.

РОЗДІЛ І. АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ЗА ТЕМОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Реабілітаційні програми світу

Розробка та впровадження механізмів забезпечення реабілітації ветеранів та колишніх учасників бойових дії є ключовим напрямком діяльності органів державної влади багатьох країн, залучених до збройних конфліктів. Програми соціальної інтеграції, психологічної та фізичної реабілітації мають важливе значення для зменшення непрямих втрат і пом'якшення травматичного впливу війни на військовослужбовців.

Шрі-Ланка. Після закінчення тривалого збройного конфлікту між центральним урядом і "Тиграми визволення Таміл-Іламу" у 2009 році перед країною постало складне завдання реабілітації та інтеграції молодих людей, які брали участь в обох збройних конфліктах. Уряд Шрі-Ланки створив так звану Вищу комісію з реабілітації - національну організацію, яка допомагає молодим людям повернутися до нормального життя через творчі, психосоціальні, освітні, духовні, релігійні та інші практики [23].

УВКБ ООН розробило програму під назвою "4R" (реабілітація, реінтеграція, примирення). Пізніше ця реабілітаційна програма була трансформована в модель "6+1" з духовно-релігійним компонентом у відповідь на необхідність інтеграції ветеранів у мультикультурну та багатоетнічну націю Шрі-Ланки. Введення в політичний дискурс терміну "комбатант", а не "терорист" чи "повстанець", запобігло соціальній стигматизації цих осіб і дозволило молодим людям повернутися до нормального життя. 2011 року уряд Шрі-Ланки, який реалізовував програму реабілітації власним коштом, виділив 2,5 мільярда рупій (близько 17 мільйонів), призначених для цієї країни [23].

США. За даними американського Інституту стратегічних досліджень RAND, 20% ветеранів великих збройних конфліктів (війна у В'єтнамі, війна в Іраку) схильні до депресії та посттравматичного стресового

розладу. Одним із методів реабілітації є впровадження іпотерапії в роботу спеціалізованих військових госпіталів, підпорядкованих Міністерству у справах ветеранів США, в рамках програми "Коні для героїв" (Horses for Heroes) [23].

Ця реабілітаційна програма для ветеранів війни в США є національною структурою. Програма психологічної реабілітації та подолання "східного синдрому" проводиться у співпраці зі спеціалізованими військовими шпиталями та кінними клубами. Послуги іпотерапії надаються колишнім військовослужбовцям безкоштовно і фінансуються за рахунок благодійних пожертв та державної підтримки. Взаємодія з тваринами, які мають схожий з людиною характер, може покращити емоційний фон депресивних пацієнтів, а в поєднанні з груповими прогулянками може сприяти соціалізації та реінтеграції. Для отримання додаткової інформації див. [23].

Сьєрра-Леоне. У збройному конфлікті між 1991 і 2002 роками з боку сил центрального уряду Сьєрра-Леоне брали участь понад 25 000 осіб з обох сторін. Для їхньої реабілітації Німецьке товариство технічного співробітництва (GTZ) у співпраці з урядом Сьєрра-Леоне реалізує спеціальний проект вартістю 10 мільйонів німецьких марок (5 мільйонів євро).

Проект включає комплексну довгострокову програму професійної та соціальної інтеграції учасників бойових дій, надання соціального житла в нових поселеннях, а також професійну підготовку та перепідготовку. За результатами проекту 80% колишніх членів озброєних груп завершили навчальну програму і були інтегровані в суспільство, 60% стали найманими працівниками або підприємцями, а 66% учасників програми реінтеграції заявили, що вони були прийняті суспільством. Для отримання додаткової інформації див. [23].

Ізраїль. Забезпечення якості життя ветеранів-інвалідів ізраїльської армії у співпраці з урядом та міжнародною мережею лікування наслідків участі у військових конфліктах Beit Halochem. Центри, площею від 5 500 до 10 000 квадратних метрів, надають фізіотерапевтичні, гідротерапевтичні

та реабілітаційні послуги ветеранам та їхнім родинам. Окрім тренажерних залів та басейнів, ці центри також пропонують низку освітніх та культурних заходів і творчих майстерень [23].

Ця мережа центрів підтримується національними некомерційними організаціями та спеціальними реабілітаційними підрозділами Міністерства оборони Ізраїлю. Щороку колишні учасники бойових дій мають можливість навчатися на академічних стипендіях, які дозволяють їм повернутися до нормального життя після втрати кінцівок, наприклад: у 2014 році було надано 519 академічних стипендій розміром від 2 000 до 5 000 доларів США та 65 спортивних стипендій [23].

1.2. Соціально-психологічна та медична реабілітація учасників ССО

Необхідність вирішення питання реабілітації учасників ХХН на сьогоднішній день є одним з найважливіших питань, яке привертає увагу ЗМІ та стоїть на порядку денному урядових комітетів і громадських організацій. Завдання медичної реабілітації осіб, які перенесли ХХН, є багатограним, а отже, необхідно зробити цю систему клініко-соціальною. Це необхідно для забезпечення її ефективного функціонування як незалежного сектору клінічної та соціальної медицини. За повідомленнями ЗМІ, Міністерство охорони здоров'я України створило окремий Департамент реабілітації та паліативної медицини для нагляду за роботою в цій сфері: Інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. Пирогова, Український інститут медичної реабілітації та курортології (Одеса), Український інститут соціально-правової психіатрії та наркології (Київ), Український національний інститут проблем інвалідності та соціальних досліджень і дев'ять інших інститутів беруть участь у розробці методологій наукових програм, реабілітаційних протоколів та реабілітаційних установ. У закладах

післядипломної освіти функціонує 11 спеціальностей і три кафедри [30]. Як повідомляється, клінічна інфраструктура складається з 11 реабілітаційних

лікарень загальною кількістю 1 888 ліжок, до яких додаються обласний госпіталь ветеранів з додатковими 7 248 ліжками, сім фізіотерапевтичних лікарень і понад 12 000 ліжок у санаторіях Укрпрофоздоровниці та відомства [30].

Міжнародна спільнота та неурядові організації також допомагали українській владі у лікуванні солдатів, які отримали поранення або інвалідність у зіткненнях з кремлівськими сепаратистами на сході України.

Український уряд брав безпосередню участь у розробці програми реабілітації спецпризначенців, а західні союзники України надали кадрову підтримку, направивши в Україну висококваліфікованих психологів. Долучалися також волонтери, які збирали гроші на протези для інвалідів війни.

Однак, як зазначає професор В. Стебрук, доктор медичних наук, голова Українського комітету реабілітації постраждалих внаслідок воєнних дій Всеукраїнської асоціації фізичної медицини та реабілітації, голова Українського комітету реабілітації постраждалих внаслідок воєнних дій, виклики, які має вирішувати реабілітаційна медицина, не закінчуються з останнім пострілом на війні чи останнім солдатом, який виписався з госпіталю. Це проблема на десятиліття вперед. І це багато в чому залежатиме від того, хто її вирішуватиме. Навпаки, сьогодні в Україні відсутня медична спеціальність "медична реабілітація", - зазначає В. Стебрук [30].

За його словами, така наукова спеціалізація існує, є відповідні служби та науково-дослідні інститути, а також спеціальний незалежний головний спеціаліст від Міністерства охорони здоров'я. Отже, ти - це я

За різними даними, близько 50 000 українських солдатів наразі беруть участь у збройному конфлікті на сході України, і кількість тих, хто повертається додому з фізичними або психологічними вадами, значно зросла за останні роки. Психологи зазначають, що реабілітація важлива не лише для самих солдатів, але й для суспільства в цілому. Зокрема, підполковник С.

Чижевський, командувач збройних сил і начальник управління психологічного забезпечення Національної гвардії, зазначив, що майже 98% військовослужбовців "ймовірно, потребують розширеної психологічної підтримки", про що свідчить міжнародний досвід і результати багатьох досліджень [30].

Він заявив, що багато міжнародних експертів прибули в Україну, щоб допомогти в реабілітації своїх співвітчизників в Україні". Щодня зі сходу [України] привозять поранених. Всі вони виснажені, а деякі втратили кінцівки на війні і стали інвалідами. С. Чижевський зазначав, що "Україна не здатна забезпечити простих намірів, не кажучи вже про сучасні наміри" [30]. Лікарі відзначають, що вітчизняні протези недостатньо якісні, що створює незручності для постраждалого населення. Сучасна молодь прагне активного життя, а ці протези з цим не справляються. Досвідчені хірурги-протезисти та ортопеди з Великої Британії готові ознайомити українських лікарів з інноваційними технологіями протезування. Фахівці з Великобританії розробили протез стопи, який збагачує життя людей з інвалідністю. Це дозволяє їм ходити швидше і повільніше, а також підніматися і спускатися сходами. "Принцип дії найкращого штучного колінного суглоба в Україні полягає в утриманні ваги тіла в рівновазі, що має великий недолік - якщо ви зробите неправильний крок, то впадете", - розповідає Д. Бандер, виробник штучного колінного суглоба. Бундер, творець штучного колінного суглоба Belly Good Knee, який продається компанією Orthomobility у Великобританії. За його словами, сформований суглоб залишається стабільним, поки людина не зробить крок. Коли наступають іншою ногою, суглоб опорної ноги стає гнучким, що полегшує наступний крок. За повідомленнями, найновіші протези коштують близько 20 000 євро, і український уряд готовий заплатити ці гроші. "Солдатам не доведеться купувати протези за власний кошт, за все заплатить держава. зазначила О. Полякова, директор Департаменту соціального захисту осіб з інвалідністю Міністерства соціальної політики України: "Саме тому наші бійці отримали найсучасніші протези ніг з Європи. За її словами, новий закон

дозволив їм отримати протези швидше, оскільки їм більше не потрібно "подавати багато паперів" [30]. Однак, за словами деяких членів СДС, є ще багато солдатів, які не отримали допомоги. Це, зокрема, випадок, описаний О. Кікіним, одним з учасників бойових дій. Деякі бійці заявили, що все ще чекають своєї черги на отримання протезів. "Я точно не знаю, скільки солдатів потребують протезування. Наскільки мені відомо, близько 200 людей чекають на протезування", - підсумував він.

Н. Воронкова, координатор "Сто волонтерів", погодилася з цією думкою і зазначила, що "зусилля уряду дуже щедрі, але все це лише на папері". Вона підкреслила, що "реальність така, що нам доведеться чекати до двох років"[30].

Однак, зважаючи на те, що нинішній ситуації не виповнилося й року, ці заяви вже не є актуальними, і є надія, що питання протезування буде вирішено скоріше. Звісно, якщо ситуація на сході України не погіршуватиметься і кількість поранених залишатиметься низькою. Наразі людям доводиться чекати в черзі. пояснює С. Артюк з Фонду соціального захисту інвалідів: "Якщо вам потрібен протез ноги, вам потрібно зібрати певні документи і отримати офіційну довідку про інвалідність, а в Україні це може зайняти кілька років". Тим не менш, ми робимо все можливе, щоб допомогти цим людям".

Експерти закликають владу активізувати зусилля з реабілітації людей з інвалідністю. З іншого боку, волонтери роблять значний внесок у ці зусилля, допомагаючи державним програмам реабілітації та працюючи безпосередньо з солдатами. Однак не всі питання були вирішені, що призвело до затримок. Д. Пужай, прес-секретар німецького відділення Міжнародної асоціації допомоги Україні, заявив, що влада надає лише словесну підтримку. За його словами, всі документи готують представники благодійної організації". Процедура дуже складна, оскільки закон не визначає, як працюють благодійні

організації. Крім того, досі немає механізму електронного документообігу, і документи часто губляться", - каже Пужай [30].

Згідно з повідомленнями, над цим питанням працюють волонтери з Німеччини, Франції, Австрії, Франції та Великої Британії.

Експерти акцентують увагу на психологічній адаптації, якої потребують майже всі учасники бойових дій та внутрішньо переміщені особи із зони військового конфлікту. Лікарі вважають, що без адекватного лікування післявоєнні симптоми не лише повертаються, але й погіршуються з часом. Солдати, які пережили жахи війни, часто страждають від безсоння, відсутності емоцій і дратівливості. Їм доводиться проходити лікування, щоб адаптуватися до цивільного життя. За словами психологів, до учасників таких жакливих подій важко знайти підхід, оскільки вони зазвичай тримають все в собі, вважаючи, що час все вирішить. За словами лікарів, війна завдає шкоди психічному здоров'ю, і потреба в лікуванні зростає з кожним днем. Згідно з повідомленнями, з осені 2014 року було створено мережу медичних закладів для підтримки жертв СГН. Зокрема, в Ірпені створено повноцінну клініку на 70 ліжок, де проходять реабілітацію військовослужбовці зі звичайними пораненнями. Є два відділення: професійної патології та альтернативного лікування. Реабілітаційний центр також створено на базі Військово-медичного клінічного центру у Львові. Цей блок призначений для пацієнтів з травмами спинного мозку. У Луцьку 1 жовтня на базі обласного госпіталю для ветеранів та інвалідів війни відкрився реабілітаційний центр, який надає медичну та психологічну допомогу бійцям, що повертаються з театру бойових дій Об'єднаних сил. До створення таких центрів на Волині долучилися профільні департаменти облдержадміністрації, лікарі та волонтери. З резервного фонду обласного бюджету було виділено 450 000 грн. на ремонт приміщень та 110 000 грн. на придбання необхідного обладнання. Крім того, були організовані навчальні семінари для надання психологічної підтримки учасникам ОСО та їхнім сім'ям. На Закарпатті також є Центр психологічних послуг та кризового менеджменту, створений у січні 2014 року, спочатку на базі

Психологічної служби Майдану, а зараз - лікувальний центр для військовослужбовців ЦАХАЛу.

У центрі працюють психологи, психотерапевти та психотерапевтичні консультанти, які надають практичну психологічну допомогу, підтримку та консультації військовослужбовцям та членам їхніх сімей [30].

О. Кузьма, керівник осередку УСП на Закарпатті та координатор Центру психологічних служб та кризового менеджменту, і його колега Н. Вратасюк повідомляють, що в центрі працюють кваліфіковані фахівці, які готові надати необхідну підтримку постраждалим. "З усіма військовослужбовцями, які поїхали на Схід (України), були проведені консультації. Що стосується тих, хто повертається, ми не можемо змусити їх реабілітуватися, але вони обов'язково повернуться в розбалансованому стані. Ми також працюємо з їхніми сім'ями, вимушеними переселенцями та дітьми", - розповіли психологи.

Як повідомляється, в Ужгороді, Березному та Чопі були створені бригади для надання необхідної медичної та психологічної допомоги. Центри психологічної допомоги були створені в центрі кожного району. Ці проблеми залишаться і після закінчення війни.

За словами чиновників, в Ужгороді буде створено центр соціально психологічної реабілітації для всіх. Він має надавати консультації, фізіотерапію, групову психотерапію, семінари для психологів з експертами з України, місце, де люди можуть жити і харчуватися щонайменше два тижні, в одній кімнаті, і де люди можуть отримати спеціалізовану допомогу.

Однак без необхідного фінансування досягти цього нелегко. Однак у Міністерстві охорони здоров'я підтвердили, що психологічна робота вже ведеться у Мукачівському військовому госпіталі, де на стаціонарному лікуванні перебувають бійці, які повернулися зі спецпідрозділів. Двічі на тиждень була створена команда спеціальних відвідувачів (психологів і

психотерапевтів) для надання допомоги пацієнтам у терапевтичному та хірургічному відділеннях лікарні. Крім того, незабаром буде створено військово-медичну психіатричну раду на базі Берегівської обласної психіатричної лікарні. У відомстві пояснили, що так зручніше для закарпатських військових, які повертаються зі спецпідрозділів і потребують психологічної допомоги [30].

Існують також проблеми з організацією адаптації військовослужбовців та членів їхніх сімей в інших регіонах. Муніципалітети не завжди отримують підтримку від держави для створення належних умов для догляду за постраждалими. Однак, за повідомленнями ЗМІ, на базі санаторію "Черкес" у Рогатині (Івано-Франківська область) буде відкрито центр для лікування та реабілітації поранених воїнів АТО, хоча він і не фінансується урядом та профспілками. Це підтвердив і представник обласної ради В. Скрипничук. Раніше прикарпатські депутати звернулися до Прем'єр-міністра України з проханням відкрити такий центр. Однак Кабмін не підтримав цю ідею. Однак обласна рада не має наміру відступати. Він вже шукає інші шляхи вирішення проблеми повноцінного лікування та реабілітації прикарпатців, поранених у зоні бойових дій. Наразі Черкаська сільська рада схвалила передачу кількох земельних ділянок [30].

Однак, за словами В. Скрипничука, обласний бюджет "не може собі дозволити" очікуваних витрат. Потім він запропонував взяти на себе утримання деяких приміщень та ліжок санаторію. В обласній раді також не виключили можливість реконструкції та розширення санаторію "Щерц". Лікарня має належну медичну базу для реабілітації. Є відділення для підтримки опорно

рухового апарату, грязелікування, фізіотерапії, лікувальної фізкультури та кабінети підводного витягування.

Тим часом, у Чернігівській області послуги психологічної та соціальної реабілітації почали надавати у Центрі психологічної реабілітації та

допомоги тимчасово вивільненим працівникам, створеному на базі Чернігівської обласної психоневрологічної лікарні.

За словами В. Яценко, головного лікаря обласної психоневрологічної лікарні, була розроблена інша система лікувальних, реабілітаційних та організаційних заходів, створена тепла і комфортна атмосфера в центрі психологічної реабілітації для учасників спецпідрозділів, що дозволило досягти значних результатів. За словами лікарів, результати дуже успішні.

Водночас, як зазначили лікарі, після звільнення з військової служби військовослужбовці повертаються на військову службу, а психологічна реабілітація у військових частинах, як правило, не передбачена. Тому питання полягає в тому, щоб посилити і розширити сферу застосування засобів психологічної реабілітації, які надаються у збройних силах.

Згідно з повідомленнями, у службі працюватимуть п'ять кваліфікованих психологів. Психологічна та соціальна реабілітація здійснюватиметься за п'ятьма напрямками: тілесно-орієнтована терапія, арт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія, консультування сімей військовослужбовців ССО щодо потреб у психологічній підтримці та посттравматичного стресового розладу. Заняття відбуватимуться у формі індивідуальних консультацій та групової роботи. За перші чотири місяці роботи центру психологічну реабілітацію та лікування пройшли понад 150 військовослужбовців ССО. Вони отримали спеціалізовану психологічну, психіатричну та психотерапевтичну допомогу. Система лікувально-реабілітаційних заходів для постраждалих є комплексною і включає психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну терапію та немедикаментозне лікування [30].

У Києві також було створено центр посттравматичної реабілітації для військовослужбовців ЦАХАЛу, який, за словами фахівців центру, забезпечує фізичну та психологічну реабілітацію солдатів, поранених у боях.

Центр був створений командою фізіотерапевтів і психологів у Києві. Психологи та реабілітологи працюють над комплексною реабілітацією поранених, відновлюючи їхній дух та навчаючи звикати до нових або втрачених кінцівок.

Однак у столиці, як і в багатьох інших містах України, влада може бути не в змозі допомогти через відсутність необхідного фінансування. Навіть знайти гарне місце для реабілітаційного центру іноді буває проблематично, хоча місцева влада може вирішити це питання. Зокрема, С. Малік, представник Київського міського мотоклубу, доктор психологічних наук і боєць Самооборони, запропонував місце для тренувального центру в Києві. Він зазначив, що ділянка невелика, але чиста. "Кількість людей, які потребують допомоги", неможливо уявити. Ми - шпали, на які кладуть рейки і якими пересуваються машини", - розповідає С. Малік [30]. Р. Єрохов, реабілітолог, відповідальний за ці заходи, каже, що він неодноразово звертався до міської влади Києва з проханням надати йому приміщення. Однак наразі вона недоступна.

І. Булгаков, колишній боєць, а нині волонтер ССО, вважає, що психологічна підтримка зараз дуже важлива на передовій; він запропонував, щоб центр організував поїздки психологів, оскільки солдати пиячать на сході України. "Вони п'ють, тому що психологи не хочуть з ними займатися, алкоголь пригнічує їхні емоції, все", - каже волонтер.

Уряд приділяє багато уваги питанню реабілітації учасників ССО, але фінансові можливості державного бюджету є недостатніми. Водночас держава гарантує учасникам антитерористичної операції пільгову соціальну та професійну адаптацію і пенсійне забезпечення. Про це йдеться в інформації, наданій Міністерством соціальної політики України. Передбачені різні заходи, включаючи матеріальну та фізичну допомогу [30].

Водночас експерти наголосили на необхідності активізації зусиль влади, громадських організацій, волонтерів та широкої громадськості

для невідкладного вирішення ключових питань реабілітації бійців.

Зокрема, розробка та впровадження реабілітаційних заходів на санаторно-курортному етапі також потребує спільних зусиль санаторно-курортних закладів, науково

дослідних інститутів та установ, незалежно від відомчої належності та форми власності. На думку експертів, це лікування має (повністю) забезпечуватися державою та фондами соціального страхування. Путівки на реабілітацію в санаторії слід отримувати за максимально спрощеною процедурою, враховуючи, що це вимога воєнного часу.

Як зазначає М. Кехтер, магістр психології, гештальт-терапевт, член ГО "Асоціація фахівців з подолання травми України", член Харківського фонду психологічних досліджень, психологічна реабілітація є загальномедичною, психологічною та фізіологічною. Це невід'ємна частина реабілітації. А центри психологічної реабілітації потрібні у всіх районах, де дислокуються підрозділи ЦАХАЛу в регіоні.

Якщо цього не зробити, через 20 років ситуація стане дуже серйозною. Про в'єтнамсько-афганський синдром знають не лише лікарі. М. Кетцер зазначає, що "у 1970-х роках у США у 25% не поранених учасників бойових дій згодом розвинулися різні психічні та психологічні розлади, 42% були поранені і захворіли, до 100 000 ветеранів у різний час покінчили життя самогубством, а від 350 000 до 450 000 все ще живуть у вигнанні"[30].

За його словами, після війни у В'єтнамі США втратили більше людей, ніж у боях (через алкоголізм, наркоманію, самогубства та криміналізацію колишніх солдатів). "Тому психологічне відновлення після закінчення бойових дій є дуже важливим для нашого суспільства. І чим раніше і повніше буде надана інформація учасникам ЦАХАЛу, тим менше проблем виникне", - підкреслила психолог [30].

Уряд у співпраці з неурядовими організаціями та іноземними партнерами намагається знайти шляхи вирішення складної проблеми лікування

та реабілітації постраждалих. Однак своєчасне надання медичної допомоги у воєнний час також є дуже важливим [30].

Нещодавно відбулася міжнародна конференція, присвячена обговоренню цього питання. Міжнародна спільнота підтримала опір українського народу проти російського агресора та надала допомогу на лікування та реабілітацію українських правозахисників. Суть цієї конференції закладена в її назві. Розвиток, стандартизація та впровадження тактичної медицини в Україні". Термін "тактична медицина" має на увазі важливу відмінність від цивільної медицини. Адже різні бойові ситуації вимагають різних алгоритмів дій для збереження життя солдатів на полі бою. Тактична медицина була розроблена для надання медичної допомоги пораненим у зонах активних конфліктів та евакуації їх у безпечні зони [30].

Конференція була організована гуманітарною ініціативою Світового Конгресу Українців "Захист патріотів", яка проводить навчання з тактичної медицини у формі курсів з порятунку бійців відповідно до військових стандартів США та НАТО. За повідомленнями ЗМІ, у заході взяли участь керівники міністерств національної безпеки, парламентарі, лікарі медичних служб та представники організацій, що беруть участь в антитерористичних операціях, а також волонтери. Експерти в галузі тактичної медицини з США та країн-членів НАТО поділилися досвідом впровадження тактичної медицини з українськими колегами.

У своєму виступі на конференції Директор Гуманітарної ініціативи Світового Конгресу Українців У. Шпрун повідомив, що минулого року 12 000 українських солдатів та добровольців з бойових батальйонів пройшли підготовку на курсах рятувальників за стандартами НАТО. Було роздано понад 9 500 аптечок, які відповідають цим стандартам. Українська діаспора зібрала понад 1,3 мільйона доларів США на лікування та реабілітацію поранених воїнів [30].

Тим часом, посол Канади в Україні Р. Ващук у своєму виступі на конференції заявив, що уряд Канади готовий надати мобільний госпіталь для Збройних сил України [30].

Учасники конференції оцінили стан тактичної медицини в Україні, зазначивши, що тактична медицина народилася під час Революції Гідності, а перші сто представників Небесної Сотні загинули як герої за майбутнє української нації. З першого дня антитерористичної операції рух волонтерів для надання першої медичної допомоги пораненим значно збільшився за короткий проміжок часу. Як зазначив у своєму виступі голова Служби безпеки України В. Наливайченко, співробітники служби одними з перших включилися в боротьбу з терористами. Своєю кров'ю вони написали перші сторінки історії тактичної медицини. Інші говорили про те, що треба починати з нуля, використовуючи найкращий досвід порятунку солдатів під час Другої світової війни, бойових дій в Афганістані та участі українських солдатів у миротворчих операціях.

Учасники конференції високо оцінили внесок Української військово-медичної академії у впровадження стандартів тактичної медицини. Викладачі академії відвідали низку військових частин, задіяних в антитерористичній операції, вивчили кращі практики надання первинної медичної допомоги пораненим солдатам на передовій та узагальнили їх у вигляді посібника та рекомендацій. Посібник був розповсюджений серед військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичних операціях.

Найближчим часом сотні мобілізованих солдатів запасу поповнять медичні підрозділи Збройних Сил України. Всі вони пройдуть в академії курси перепідготовки за стандартами НАТО.

За словами полковника О. Огонька, заступника начальника Української військово-медичної академії, для успішного впровадження тактичної медицини обов'язково потрібен власний військовий мобільний госпіталь як центр підготовки фахівців у цій галузі. На конференції було

порушено питання про продовження підготовки медичних інструкторів військ на базі Навчального центру Сухопутних військ у Десні [30].

Учасники міжнародної конференції затвердили рекомендації та план дій щодо впровадження тактичної медицини в Україні, який передбачає організацію та проведення медичної підготовки всіх військовослужбовців, військових лікарів, командирів та начальників відповідно до стандартів НАТО.

Важливо також, щоб ця система підготовки охоплювала всіх військовослужбовців, які поповнять збройні сили під час наступної часткової мобілізації. Було запропоновано надати індивідуальні аптечки першої допомоги. Учасники конференції закликали до створення єдиного центру для координації всіх робіт з розвитку, стандартизації та впровадження тактичної медицини в Україні [30].

1.3. Чинники виникнення бойових психічних травм і розладів у воїнів

Підрозділи ССО беруть участь у безперервних бойових діях протягом тривалого часу в специфічних та екстремальних умовах.

Безперервні операції - це бойові дії, які тривають протягом тривалого періоду часу з високим рівнем інтенсивності. У безперервних операціях командири підрозділів і солдати повинні думати, приймати рішення і діяти швидше, ніж противник. Командири підрозділів повинні бути в курсі намірів і планів старших і молодших командирів (молодших офіцерів). Вони повинні бути здатні діяти негайно і скоординовано, навіть якщо ситуація або оточення швидко змінюється, а зв'язок переривається. Безперервний цикл денних і нічних дій, який завжди включає вплив бойових факторів, на деякий час знизить ефективність командирів підрозділів та їхніх підлеглих [7].

Командири повинні вжити заходів для пом'якшення цих наслідків. Постійні бойові дії змушують командирів підрозділів і солдатів виконувати свої обов'язки в несприятливих умовах, моделювати відповідну

поведінку, спричиняють помилки в бойових діях, що може призвести до бойового стресу.

Дійсно, стрес - це загальний стан людського організму, викликаний несподіваним впливом (внутрішнім або зовнішнім) на функціонування людського організму. Більшість із цих стресових ситуацій не становлять загрози для організму і навіть можуть бути корисними як омолоджуючі засоби. Однак, коли вплив занадто сильний або постійний, виникає стан, відомий як стрес, який негативно впливає на організм і психіку. В умовах бойових дій постійний вплив на психіку негативних стресових факторів може перерости в бойову психологічну травму, що має серйозні наслідки для здоров'я людини [7].

Посттравматичний стресовий розлад негативно впливає на психіку солдатів протягом усього життя, через роки після закінчення війни, про що свідчить досвід солдатів, які брали участь у військових конфліктах в Афганістані, Іраку, Чечні та Ізраїлі.

Наголошуємо, що військові дії ведуться в особливих та екстремальних умовах. Командири підрозділів повинні мати чітке уявлення про стандарти психологічної готовності особового складу до дій в особливих та особливо екстремальних умовах [7].

Умови, які висувають підвищені вимоги до військовослужбовців, називаються специфічними умовами служби. До таких умов відносяться; - робота в особливих небезпечних для життя умовах, висока відповідальність за прийняття рішень; - складність виконуваних функцій; - підвищена швидкість діяльності; - монотонність роботи в стані очікування сигналу до прийняття екстремальних заходів; - поєднання в одній діяльності дій з різними цілями (так звана комплексна або дивергентна діяльність); - обробка і потік великої кількості інформації (так зване інформаційне перевантаження); - дефіцит часу для прийняття необхідних заходів. Особливі умови служби військовослужбовців, які підвищують вимоги, призводять до

помилки і збоїв у службі та виконанні функціональних завдань і незадовільно впливають на працездатність, здоров'я, психічний і психофізіологічний стан людини. Специфічні умови експлуатації завжди пов'язані з впливом екстремальних факторів і виникненням екстремальних ситуацій. Залежно від ступеня регулярності, частоти виникнення та тривалості можна виділити такі особливі умови служби військовослужбовців

1. особливі умови служби, що відповідають ситуаціям, в яких діяльність пов'язана з епізодичним впливом екстремальних факторів.

2. екстремальні умови служби (як крайня форма особливих умов), які відповідають безперервному впливу екстремальних агентів. У військовій

психології досі не визначені кількісні показники для розрізнення особливих та екстремальних умов. Суть особливих та екстремальних умов полягає в тому, що вони існують об'єктивно і в принципі не можуть бути змінені, що виключає можливість позитивного впливу на них і створення функціонального комфорту для особового складу. Діяльність військовослужбовців в особливих екстремальних умовах вивчається шляхом аналізу командиром підрозділу взаємозв'язку між наступними трьома параметрами характеристиками екстремального фактора (зовнішні умови діяльності), психологічними умовами та особистісними характеристиками (внутрішні умови діяльності) і показниками діяльності (результати). У цій тріаді особливого значення набуває питання субординації між зовнішніми (об'єктивними) та внутрішніми (суб'єктивними) факторами, тобто умовами служби.

Суб'єктивні фактори, безсумнівно, є визначальними, оскільки зовнішні чинники діють безпосередньо через внутрішні умови. Командири підрозділів повинні усвідомлювати, що в однакових умовах різні військовослужбовці поводитимуться якісно по-різному (табл. 1). Серед внутрішніх чинників важливе значення мають особистісні характеристики. Їх можна класифікувати наступним чином: - рівень загального інтелекту солдата

(розумова гнучкість, загальна обізнаність, когнітивна гнучкість, прагматичне та критичне мислення, координація навичок); - рівень особистісної стабільності (надійність, стресостійкість, впевненість у собі, вміння працювати в команді, комунікативні навички). - відсутність напруженості, тривожності та психопатологічних симптомів; - психодинамічні характеристики військовослужбовців (наприклад, емоційна нестабільність, тривожність, домінування поведінки над зовнішнім або внутрішнім світом).

1. Зовнішні (об'єктивні) чинники Умови середовища (проживання, діяльності):

Шуми, вібрації, різного роду випромінювання, температурні умови, кліматичні умови, радіація тощо.

Соціальні умови: Рішення керівництва держави, командування збройними силами, підтримка народу армії тощо [3].

2. Внутрішні (суб'єктивні) чинники Умови професійної діяльності:

Гіподинамія (порушення функцій організму (опорно-рухового апарату, кровообігу, дихання, травлення), яке сталося через обмеження рухової активності, зниження сили скорочення м'язів), монотонія (функціональний стан людини, що виникає при одноманітній роботі), невагомість, суміщення дій, безперервність діяльності, значні фізичні навантаження, різна завантаженість, дії командування з управління підрозділом, адекватність (неадекватність) рішень командирів тощо [3].

Інформаційні чинники: Дефіцит часу, перевантаження інформацією, недостатня поінформованість, наявність перешкод, сенсорний голод, миттєва зміна обстановки тощо [3].

Психофізіологічні чинники: Раптовість, небезпека, тривога, страх, емоційна виснаженість (вигорання), безпечність, неуважність, безсоння, недостатність сну, незадоволення фізіологічних потреб тощо. Діяльність військовослужбовців у бойовій обстановці настільки

насичена емоційними переживаннями, що емоційна напруга вважається однією з характерних особливостей військової праці. Вплив на психіку людини на війні здійснюється безліччю чинників. Солдатів випробовує під час бою фізіологічний, емоційний і соціальний стрес.

Чинники, що викликають напруженість та шляхи їх подолання:

Загроза життю.

- Знання обстановки і можливих засобів захисту.
 - Накопичення досвіду емоційно-вольової поведінки.
 - Моделювання ризику.
 - Відповідальність за виконання завдання.
 - Накопичення досвіду емоційно вольової поведінки.
 - Дефіцит інформації або “засмічення” нею.
 - Набуття досвіду вирішення завдання при неповних даних в умовах невизначеності.
 - Передбачення можливих змін обстановки.
 - Створення перешкод в умовах тренування.
 - Дефіцит часу.
 - Обмеження часу на прийняття рішення.
 - Суворе дотримання нормативів (стандартів) діяльності. · Автоматизація окремих компонентів діяльності.
 - Оволодіння узагальненими способами дій.
 - Перехід від примусового темпу до самостійно регульованого. ·
- Соціально-психологічна і сенсорна ізоляція.
- Надання людині ініціативи і самостійності при вирішенні завдань. ·
- Моделювання у процесі підготовки умов ізоляції.

· Міжособистісна сумісність.

Покращення згуртованості, злагодженості, сумісності і когерентності (збереження характеристик) військових колективів (вогневих, бойових команд).

Висновки до розділу I

Найбільш характерною психологічною рисою бойової обстановки є постійна загроза життю військовослужбовця. В умовах цієї загрози він вимушений діяти і, цілком природно, постійно реагує на неї. Усе це, за певних умов, може зломити психічний опір організму, привести до емоційного зриву.

Відомо також, що якщо стресові умови впливають на військовослужбовця тривалий час його перебування у бойовій обстановці, то у нього може виникнути психологічне виснаження. Постійна напруга накопичується на основі страху смерті і інстинкту самозбереження.

Почуття страху у бою є природним для будь-якої людини. Переживання страху є нормальною реакцією людини на чинники, що його викликають. Емоційна напруженість, під якою розуміється психічний стан, що характеризується тимчасовим зниженням психічних і психомоторних функцій, пониженням професійної працездатності і що відчутно позначається на поведінці людей у бою.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИКА, ОПИС, ОБГРУНТУВАННЯ

ДОСЛІДЖЕННЯ Робота виконана відповідно до планів і напрямку дослідження кафедри «Архітектури та будівництва». Дане дослідження ґрунтується на Законах України, Кодексах та інших нормативно-правових актах.

2.1. Загальна методика дослідження реабілітаційних центрів для військовослужбовців

Загальна методологія дослідження сформульована на основі комплексного підходу функціонального та структурного аналізу. Методологія включає натурні обстеження, статистичний аналіз, синтез факторів впливу, графічний аналіз вихідних даних, структурно-функціональне та просторове моделювання, пошукове проектування, економічний аналіз з визначеними критеріями ефективності з точки зору доцільності та подальшої функціональності варіантів, естетичну оцінку та трансфер будівельних рішень.

За допомогою таких методів, як польові дослідження, фотографування, статистичний аналіз електронних матеріалів, літератури та реклами, були зібрані систематизовані дані про склад, комфорт, спеціалізацію та технічний стан центрів реабілітації військовослужбовців. Автори розрахували статистичні показники щодо загальної кількості реабілітаційних центрів для військовослужбовців у різні періоди будівництва та систематизовані дані щодо медичних профілів, вікових груп, кількості розміщених осіб, поверховості тощо.

На основі літературних та електронних джерел було вивчено та систематизовано проекти, спроектовані та побудовані в Україні та за кордоном. Проведено їх графічний аналіз, який дозволив визначити їх функціональний склад, об'ємно-планувальну структуру, медичний профіль, структурну інфраструктуру, інженерно-технічні та архітектурно-художні характеристики. Порівняльний аналіз польових даних, графіків та

статистичних даних дозволив виявити найбільш часто використовувані проекти для будівництва в Україні та за кордоном.

Аналіз технічного стану, містобудівного розташування та використання реабілітаційних центрів в Україні проводився шляхом натурних обстежень, що

29

включали вимірювання, замальовки, фотографування, вивчення проектної та технічної документації, обстеження механічного та фізичного стану споруд. Методика дозволила визначити основні варіанти розташування реабілітаційних центрів у забудові населених пунктів, об'ємно-просторові структури, капітальну вартість споруд, стан зношеності механічного та технічного обладнання, а також естетичні та образні рішення.

Використовуючи поєднання нормативних вимог, літературних джерел, методів синтезу електронних ресурсів, методів експертного оцінювання та власних польових досліджень автора, було виявлено, що реабілітаційні центри в Україні не відповідають загальним світовим вимогам до сучасних центрів, не кажучи вже про реабілітаційні центри для військовослужбовців. Очевидно, що їм бракує і вони потребують значної модернізації. Комплексний аналіз наукових досліджень за даною тематикою дозволив нам систематизувати основні результати та методики проектування і будівництва центрів реабілітації військовослужбовців та визначити тенденції їх розвитку. Було виявлено, що існує нагальна потреба у розробці методології проектування реабілітаційних центрів для поранених військовослужбовців у зонах бойових дій.

Пропонується, щоб такий розвиток базувався на системному підході, який враховує сукупність соціальних, економічних, містобудівних, естетичних та технічних викликів і вирішує проблеми функціональної конфігурації, архітектури та дизайну об'єктів.

Функціональну конфігурацію центру реабілітації військовослужбовців пропонується моделювати на основі методу функціонального моделювання, який включає порівняльний аналіз функціональної конфігурації об'єкта з розробленою ідеальною функціональною моделлю з відповідною пропускнуою спроможністю та специфікою. Застосування цього методу передбачає розробку такої моделі (реабілітаційного центру в цілому та його окремих функціональних зон) та методики аналізу кількісних і якісних показників функціональної конфігурації реабілітаційних центрів для військовослужбовців. Оскільки реабілітаційні центри загалом будуються на основі певних стандартизованих замінників, що мають багато спільних характеристик, видається доцільним

30

розробити рекомендації щодо функціональної трансформації, які є спільними для більшості реабілітаційних центрів загалом.

Економічна проблема реконструкції реабілітаційного центру лежить в площині вирішення питання ефективності реконструкції порівняно з новим будівництвом та оцінки якості проекту.

Містобудівні принципи пропонуються на основі методології, яка оцінює територію забудови в цілому з точки зору: адміністративного та туристичного зонування, оцінки впливу на основі зонування території забудови (на основі ландшафту, композиції, рельєфу, історичних особливостей, топографії та візуального сприйняття), транспортної та функціональної інфраструктури населеного пункту. Методологія включає аналіз функціональної та транспортної структури населеного пункту, визначення параметрів території забудови з точки зору композиції та містобудівного плану населеного пункту, оцінку зон візуального сприйняття, можливості просторового розширення будівель, використання підвальних приміщень, можливості залучення прилеглих територій, облаштування

парковок для приватного та громадського транспорту, мобільності, що відповідає потребам вразливих груп населення, в тому числі.

Запропоновано використовувати методи графового моделювання, графоаналізу та експериментального проектування для визначення ключових параметрів різних структурних елементів реабілітаційних центрів для військовослужбовців, зокрема, лікувально-реабілітаційних закладів.

Оскільки реабілітаційні заклади проектуються або реконструюються без урахування специфічних потреб поранених бійців, видається доцільним звернути особливу увагу на покращення архітектурно-просторового середовища, наприклад, розширення входів та виходів, встановлення пандусів та підйомників, збільшення простору для комфортного перебування бійців. Методи антропометричного аналізу будуть використані для розробки рекомендацій щодо створення безбар'єрного середовища для військовослужбовців (як у спеціальних житлових приміщеннях, медичних та реабілітаційних зонах, так і в громадських місцях).

31

Методологія естетичної та перформативної модифікації будівель і просторів реабілітаційного центру включатиме визначення архітектурно-художнього рівня об'єкта дослідження, специфіки візуального сприйняття у взаємодії з середовищем, композиційних і перформативних рішень, інтеграцію інтегрованих видів мистецтва. При розробці методів покращення архітектурно-художньої виразності можуть використовуватися такі методи, як експериментальне проектування, художнє та творче дослідження, електронне та графічне моделювання.

Загальна методологія дослідження полягає в комплексному аналізі основних факторів впливу середовища та напрямів, методів і прийомів формування архітектурно-містобудівних структур. Враховуються соціально економічні, містобудівні, медичні, освітні, типологічні та просторові

фактори. Пропонується визначити характер цих впливів та їх залежність від вибору функціонального дизайну та архітектурно-просторової конфігурації. З вищезазначених факторів можна зробити висновок, що основними чинниками, які впливають на різні архітектурні аспекти центрів реабілітації військовослужбовців, є їхня функціональна, просторова та конструктивна конфігурація. У цій роботі рекомендовано методологію визначення принципів функціонально-планувальної побудови та розробки методів архітектурно

просторової організації відповідно до впливу основних чинників.

2.2. Методи вивчення ергономічних чинників формування реабілітаційних центрів для військовослужбовців

Застосування ергономічних вимог у сфері архітектурного дизайну середовища висвітлює питання архітектурної ергономіки, пов'язані зі створенням звичних середовищ, які відповідають індивідуальним потребам людини, беручи до уваги легкість, з якою людина може виконувати свої повсякденні функції.

Ергономічні елементи вирішують такі питання, як

32

- Просторові та фізичні вимоги (габарити і розміри обладнання та меблів, геометричні параметри простору, просторова поведінка людей, антропометричні характеристики людей).

- Визначення кількості поверхів.

- Архітектура без бар'єрів

- Психофізіологічне середовище (світлове середовище, колірне середовище).

Створення структурованого середовища, в якому військовослужбовці проживають протягом певного періоду часу, є однією з

відправних точок лікування, реабілітації та психологічної підтримки військовослужбовців.

Виходячи з цього, архітектурні параметри спеціального середовища для військовослужбовців можуть базуватися на антропометричних даних середньостатистичної здорової людини. У той же час, однак, необхідно враховувати індивідуальні відхилення в окремих деталях і меблях, тому параметри можуть бути змінені з урахуванням індивідуальних відхилень. Положення щодо гнучкого пристосування будівельного середовища (зокрема, меблів) до нерівномірних розмірних характеристик людей є специфічними, враховуючи фізичні зміни військовослужбовців.

Висновки до розділу II

Філософський словник визначає "метод" як засіб досягнення мети, сукупність прийомів або дій для практичного чи теоретичного освоєння дійсності. Методи - це засоби пізнання, якими користуються дослідники для пошуку гіпотез та їх відкриття; способи - це принципи, вимоги, правила та системи, що використовуються для досягнення поставлених цілей.

Носій методу - це людина, яка знає, як і в якій послідовності виконувати певні дії для вирішення певних завдань.

Метод пізнання або дослідження - це специфічний процес, що складається з певних дій або операцій, за допомогою яких здобуваються і демонструються нові наукові знання.

Методи дослідження класифікуються за рівнем знань - емпіричні та

33

теоретичні, за функцією, яку вони виконують у репрезентації - на методи систематизації, пояснення та передбачення, а також за конкретними галузями досліджень - фізичні, біологічні, соціальні, технологічні тощо (25).

Загалом методи дослідження можна розділити на загальнонаукові (тобто емпіричні та теоретичні методи дослідження) та спеціалізовані методи, що використовуються в конкретних наукових галузях.

Загальні методи дослідження можна розділити на три основні групи: емпіричні методи дослідження (спостереження, порівняння, вимірювання, експеримент і моніторинг); теоретичні методи дослідження (сходження від абстрактного до конкретного, ідеалізація, уявний досвід, формалізація, аксіоматичні або індуктивно-аксіоматичні методи). Загальні методи, що використовуються на емпіричному та теоретичному рівнях дослідження (абстрагування та конкретизація, аналіз, синтез, індукція, абстрагування, дедукція, моделювання, аналогія, історичний та логічний методи, діаграматичний метод). (26)

Аналіз, синтез, моделювання тощо. Раніше ці методи вважалися лише теоретичними методами дослідження. Однак в останні роки ці методи слугують як емпіричним, так і теоретичним дослідженням, але з різною глибиною.

Таким чином, магістерська робота ґрунтується на результатах практичних і наукових досліджень, проведених світовими та національними експертами в цій галузі (6).

Для вирішення поставлених у дисертації завдань використано теоретичний метод узагальнення для дослідження теоретичних засад інноваційної діяльності.

РОЗДІЛ III. ПЕРЕДПРОЕКТНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Загальна характеристика реабілітаційного центру

Реабілітаційний центр - це організація, яка займається фізичною, психологічною, соціальною, моральною та духовною реабілітацією людей з порушеннями нервової системи, опорно-рухового апарату, органів чуття, а також психічними та поведінковими розладами. Більшість людей, які побували в зоні проведення антитерористичної операції або брали участь у війні, страждають від посттравматичного стресового розладу, який є бомбою уповільненої дії, що спрацює через шість місяців або десять років. Оскільки більшість воюючих - чоловіки у віці від 18 до 45 років, війна може поширитися на всю країну. Рівень злочинності в країні може бути високим. Не кожен може знайти мирну роботу в суспільстві, що перебуває у стані війни [7].

Аналіз національної та міжнародної літератури з питань регулювання показує, що деякі правила міського та будівельного проектування, які враховують людей з інвалідністю, вперше з'явилися в Північній Америці та Західній Європі в 1960-х роках, а в Східній Європі, включаючи колишній Радянський Союз та Україну, - наприкінці 1980-х - на початку 1990-х років. У різних куточках світу та в Україні побудовано багато реабілітаційних центрів різних типів. Вони поділяються за соціальними групами, такими як військовослужбовці, люди з інвалідністю, наркозалежні, жертви злочинів, сироти та інші. При цьому загальні функціональні зв'язки, об'ємно-просторова композиція та структура об'єктів не змінюються [3].

На жаль, в Україні часто ігноруються нормативні акти щодо створення реабілітаційних центрів. Найважливішими проблемами є обмежена конфігурація простору, брак місця, особливі функціональні процедури, що вимагають ізоляції, брак місця та незручна конфігурація простору, не пристосована для використання людьми з обмеженою мобільністю. Одним із принципів функціонального просторового планування є групування зон. Наприклад, житлові зони поділяються на житлові блоки, а реабілітаційні зони

поділяються на дві групи: блоки медичної реабілітації та блоки психологічної реабілітації.

Відділення психологічної реабілітації часто мають відкриті простори, такі як внутрішні двори та зелені дахи, що може позитивно впливати на пацієнтів, які проходять реабілітацію. Зрештою, складна гармонія між побудованим і природним середовищем є ключем до успіху [3].

Один із принципів, який формує середовище реабілітаційного центру, - забезпечити максимально комфортне пересування в будівлі та з неї. Це означає забезпечення оптимальної доступності між будівлею та часто використовуваними зонами, забезпечення найкоротшого маршруту та усунення бар'єрів, наскільки це можливо. Передбачте безпорогові входи та виходи на етапі проектування. Передбачте якомога рівнішу площу для інвалідних візків. Передбачте входи та виходи на першому поверсі. Проекуйте пандуси відповідно до кількості та висоти сходинок. Найпопулярнішим місцем розташування є перший поверх будівлі. Важливо передбачити достатню житлову площу для персоналу з труднощами пересування. Меблі в інтер'єрі слід розміщувати якомога компактніше і використовувати спеціальні дизайнерські рішення, щоб уникнути гострих кутів. Для внутрішніх і зовнішніх меблів, особливо у ванних кімнатах, слід передбачити спеціальні опорні рейки [7].

Загалом, для задоволення потреб людей, які проходять реабілітацію, вважаються необхідними наступні заходи: Розширення коридорів між меблями. Розширення розсувних дверей та забезпечення подвійних поручнів певної висоти [7].

Кольорові інтер'єрні рішення, що створюють візуальний комфорт, важливі для психологічної реабілітації.

Даний реабілітаційний центр розташований між двома річками Дністер та Лімниця поблизу с. Шевченкове, Галицького району.

При проведенні дослідження географічних та кліматичних даних Івано Франківської області, а саме Галицького району, було визначено, що це місце найбільш сприятливе для проектування лікувально-оздоровчого закладу. Воно має сприятливий клімат і природні багатства: перш за все барвиста заплава річки Дністер, піщані пляжі, хвойні ліси та розкішні місця для рибного лову.

Об'ємно-просторове рішення запроєктованого реабілітаційного центру для військовослужбовців розроблено згідно з функціональною ефективністю та спрямоване на виконання певних задач кожного корпусу.

Запроєктований реабілітаційний центр складається з одного корпусу у вигляді букви «Г», композиційно вписаного в рельєф місцевості. Корпус складається з двох наземних та двох підземних поверхів. На першому поверсі адміністративно-побутове обслуговування, на другому лікувально-діагностичні кабінети. На двох підземних поверхах розміщуються масажні та лікувально-діагностичні кабінети, а також підземний паркінг для відвідувачів та персоналу реабілітаційного центру. Шляхами евакуації служать коридори та сходові клітки. З кожного поверху будівлі передбачено два виходи. Евакуація відбувається по двом маршам, розташованих у протилежних частинах будівель. Дві сходові клітки мають безпосередні виходи на вулицю, з першого поверху, евакуація, відбувається через тамбур головного входу. Евакуація з актового залу відбувається через два пожежні виходи, безпосередньо, на вулицю. Поручні і огорожі в запроєктованих будівлях відповідають наступним вимогам:

- Поручні розташовані на висоті 0,85 м;
- Висота огорожі ганку – 0,9 м.

Щодо архітектурно-планувального рішення, воно направлене на об'єднання функціональних зон для пацієнтів, їх тісну взаємодію, компактність і зручність їх розташування.

Даний реабілітаційний центр розрахований на 200 місць і включає в себе такі зони:

1. Приймально-вестибюльна;
2. Адміністративна;
3. Їдальня;
4. Зона відпочинку;
5. Житлова
6. Зона вертикальних і горизонтальних комунікацій;
7. Зона господарських і технічних приміщень.
8. Приймально-вестибюльна
9. Зона водних процедур;
10. Зона сухих процедур;
11. Діагностична зона;
12. Зона вертикальних і горизонтальних комунікацій;
13. Зона господарських і технічних приміщень (підвальний поверх). 14.

Дозвільна зона;

15. Видовищна зона;
16. Зона вертикальних і горизонтальних комунікацій;

3.2. Узагальнення вітчизняного та світового досвіду

За час проведення антитерористичної операції, бойових дій на сході України та повномасштабного вторгнення в Україну російських окупаційних військ багато українських воїнів зазнали різних важких поранень.

Після лікування солдати також повинні пройти реабілітацію, щоб повернутися до нормального життя і повернутися до цивільного життя.

Наразі в Україні існує лише декілька сучасних реабілітаційних центрів для військовослужбовців, і лише у відділеннях міських лікарень, що не дозволяє пацієнтам повноцінно відновитися після поранень [3].

Загалом, вітчизняний та міжнародний досвід проектування таких закладів показує, що більшість реабілітаційних центрів в Україні функціонують на базі звичайних лікарень. Прикладом може слугувати реабілітаційний центр для бійців спецпідрозділів у Луцькому госпіталі ветеранів.

У центрі будівлі розташована тераса з прозорим дахом, яка використовується як зона відпочинку з кафетерієм, зимовим садом і сухим фонтаном. Просторі світлі кімнати з видом на терасу та коридори зі скляними стінами, що ведуть до Зимового саду, створюють спокійну психологічну атмосферу, що особливо важливо для психологічного відновлення військовослужбовців. Об'єкт складається з декількох функціонально пов'язаних між собою частин [3].

Реабілітаційний центр зі скляними стінами і схожими коридорами був побудований в лісі на околиці міста Арнем, Нідерланди. Будівля поступово піднімається з навколишньої землі. Незважаючи на свої розміри, фасад площею 1 400 м², покритий коричневим і золотим анодованим алюмінієм, гармонійно вписується в природне оточення. Неглибокі дерев'яні сходи з'єднують усі поверхи будівлі, а сходинок і мансардні вікна з'єднують простори і пропускають природне світло. Повне скління вздовж центрального простору, що з'єднує різні внутрішні елементи будівлі, забезпечує майже безперервний зв'язок між внутрішнім і зовнішнім просторами. Ділянка оточена деревами, інтегруючи ліс у будівлю. Навколишня природа має сильну візуальну і тактильну присутність у реабілітаційному центрі та позитивно впливає на самопочуття людей. Ця терапевтична концепція базується на ідеї, що позитивне і стимулююче середовище підвищує відчуття благополуччя пацієнта і позитивно впливає на процес реабілітації [3].

Центр Грута Кримендала поєднує складність і простоту з увагою до фізичних, практичних і соціальних деталей. Прозорість, безперервність, багатошаровість, різноманітність, гра світла і тіні та відчуття природи - це елементи, які складають стимулююче середовище [3].

Виходячи з цього досвіду проектування, можна зробити висновок, що при створенні окремого багатофункціонального центру, що надає послуги з реабілітації (фізичної та психологічної) та терапевтичної допомоги, слід враховувати всі критерії проектування та потреби людей [7].

Реабілітаційні центри для військових та військовослужбовців характеризуються створенням незалежних центрів за допомогою архітектури та дизайну, які пропонують три рівні реабілітації: стаціонарний, відновлювальний та амбулаторний.

Стаціонарна реабілітація проводиться не ізольовано, а тісно пов'язана з медикаментозним лікуванням, доповнюючи і підвищуючи його ефективність. Тому при розробці методів медичної реабілітації враховується лікування поранених і хворих, а реабілітаційні заходи є невід'ємною частиною всього процесу лікування і відновлення [7].

На санаторному етапі реабілітація проводиться для тих, хто потрапляє в санаторій після покупки або в період госпіталізації, тоді як заключний етап проводиться після завершення стаціонарного лікування.

3.3. Особливості функціонального призначення

Основною ознакою класифікації громадських будівель є їх функціональне призначення [10].

Всі громадські будівлі можна розділити на дві основні групи відповідно до їх функціонального призначення: спеціалізовані будівлі та громадські будівлі. Спеціалізовані будівлі поділяються на кілька основних груп : · будівлі освіти, виховання і підготовки кадрів;

- будівлі науково-дослідних і проектних установ, будівлі громадських організацій та будівлі управління;
- будівлі та споруди охорони здоров'я та відпочинку;
- фізкультурно-оздоровчі та спортивні будівлі та споруди; · будівлі культурно-освітніх і видовищних закладів;
- будівлі підприємств торгівлі, громадського харчування та побутового обслуговування;
- будівлі транспорту, призначені для безпосередньо обслуговування населення;
- будівлі комунального господарства;
- багатофункціональні будинки і комплекси з приміщеннями різного призначення.

Універсальні будівлі мають багатофункціональне призначення і поділяються на два типи:

- будівлі багатоцільового призначення з можливістю трансформації. До них відносяться, наприклад, видовищно-спортивні будинки із залами великої місткості, розраховані на проведення великого числа заходів;
- будівлі з гнучким плануванням, що дозволяє проводити зміна розмірів приміщень та їх перегрупування. До таких будівель можна віднести об'єкти з функцією, що динамічно розвивається – підприємства торгівлі, заклади науки і т.д [10].

Висновки до розділу III

Отже, громадські будівлі поділяються за містобудівним значенням на міські зони, райони та мікрорайони, за поверховістю - на одноповерхові та багатоповерхові, за повторюваністю - на оригінальні та масові [10].

Об'єкти масового виробництва характеризуються особливими архітектурними та дизайнерськими рішеннями. Найважливіші громадські будівлі в масштабі міста або району зазвичай створюються на основі індивідуальних проектів.

Проектовані реабілітаційні центри за своїм функціональним призначенням можна віднести до особливої групи будівель і споруд лікувально-оздоровчого призначення.

З огляду на величезну складність об'єктів, їх проектування здійснюється комплексно з використанням методів структурного аналізу. Такий підхід до будівель дозволяє оцінити механізми взаємодії елементів у даній системі, важливість окремих вимог, які визначають рішення щодо розуміння цілого, та забезпечити гнучкість і цілісність об'єкта під час його взаємодії з навколишнім середовищем [10].

Інтегративний метод передбачає структурний аналіз системи на кожному етапі. Кінцевою метою цього процесу є створення загальної структури проектованого об'єкта.

РОЗДІЛ IV. ПРОЄКТНА ЧАСТИНА

4.1. Генплан і благоустрій

Дана ділянка знаходиться між двома річками Дністер та Лімниця поблизу с. Шевченкове, Галицького району.

Вивчивши географічні та кліматичні дані Івано-Франківської області, і зокрема Галицького району, було вирішено, що саме ця локація є найбільш підходящою для проектування реабілітаційного центру. Регіон має сприятливий клімат і природні ресурси, такі як барвиста рівнина річки Дністер, піщані пляжі, хвойні ліси і розкішні місця для риболовлі.

На цій території також планується створення реабілітаційного центру. Загальна конструкція будівлі була розроблена з урахуванням вимог сонячної радіації (сонячного світла). Розташування будівлі та подвір'я також підходять для створення так званої закритої зони, щоб шум від автомагістралі не проникав всередину.

Ділянка оточена зеленню від автомагістралі.

Вхід до об'єкту планується з південного боку. Пожежні машини можуть в'їжджати і виїжджати з чотирьох напрямків.

Запланований реставраційний центр складається з чотириповерхової будівлі з двома підвалами і двома наземними поверхами у формі літери "L". Сьогодні, з розвитком міст і приватного житлового будівництва, ландшафт і ландшафтний дизайн є дуже активним процесом.

У містобудуванні ландшафт є невід'ємною частиною комплексу заходів з проектування, будівництва та композиції населених пунктів. Вона має велике значення для життя людини і впливає на навколишнє середовище.

Зелені насадження є ключовим елементом художнього оформлення населених пунктів. Зелена зона - це смуга землі, на якій співіснують елементи ландшафту (рельєф, водойми, рослини) і будівлі, і яка

призначена для відпочинку на свіжому повітрі. Естетична та емоційна цінність зелених насаджень полягає в їх здатності замінити враження від навколишньої місцевості та внести природні елементи в міське середовище [2].

Питання ландшафту та озеленення особливо важливі для громадських будівель. Зелені насадження додають характеру та комфорту будівлям та їхнім мешканцям.

Ландшафтний дизайн - це мистецтво організації навколишнього середовища. Ландшафтний дизайн - це перший етап у низці завдань для реалізації кінцевого проекту.

Ландшафтний дизайн є дуже важливим, оскільки він допомагає у професійному проектуванні приємних зон відпочинку та у правильному розміщенні різних елементів ландшафтного дизайну, таких як рослини, штучні водойми та доріжки [2].

Ландшафтний дизайн можна розділити на кілька етапів: передпроектні роботи, ескізний проект і робочий проект.

На етапі ескізного проектування дизайнери з'ясовують вподобання клієнта, визначають обсяг необхідних робіт та орієнтовну вартість всього проекту. За етапом ескізного проектування слідує детальне обстеження ділянки з урахуванням існуючих будівель і дерев. Оцінюється надземна рослинність. Аналіз на вміст пестицидів можна використовувати для визначення насиченості та кислотності мінералів і органічної речовини ґрунту. Це дуже важливі фактори, які не слід випускати з уваги при виборі рослин. Після цього готується оцінка і робляться робочі креслення та ескізи. Після затвердження ескізного проекту та бюджету виконується детальне проектування.

Річний план з переліком видів - план, що показує контури будівлі, межі ділянки, крону дерев та клумби. Рослинам даються видові назви з

використанням символів і дробу. У чисельнику вказано відповідний номер у списку видів, а в знаменнику - кількість цих рослин у групі [5].

Карта пошкоджень - позначає дороги, підпірні стіни, альтанки, сараї, ставки, річки та інші будівлі. Також використовується для з'єднання з існуючими будівлями та огорожами. Намалюйте необхідні частини запланованої конструкції на місці. Ці малюнки можуть бути виконані за допомогою методу базової лінії або методу квадратів [5].

План посадки - на планах показані тільки посадочні ями, квіткові горщики, дерева і кущі для будівель, огорожі та інші елементи з'єднання. Існуючі насадження або не показані на плані, або виділені іншим кольором, якщо це необхідно.

Генеральний план - загальний план, створений на основі затверджених ескізів, але розроблений більш детально. Він показує елементи ландшафтного дизайну, такі як межі ділянки, будівлі та споруди, існуючу та майбутню рослинність, коридори та топографію.

Ключові символи, масштаб і орієнтація показані на рівні генерального плану. Всі інші плани базуються на генеральному плані.

Необхідно пам'ятати, що проекти завжди індивідуальні, і в процесі підготовки може виникнути додаткова робота.

- Проектування вертикальної розкладки.
- Автоматична система поливу.
- Проектування декоративного освітлення.
- Проектування поверхневого та глибинного дренажу.
- Створіть окремі елементи ґрунту (клумби, альпінарій, змішані бордюри).
- Малі архітектурні форми (секції, вузли).
- Комп'ютерна візуалізація перспективи об'єкта (тривимірне зображення).
- Відеозображення об'єкта.

- Завершальним етапом цієї фази роботи є підготовка проекту до реалізації.
- Узгодження з клієнтом всіх планів і матеріалів для супутніх робіт (різноманітність рослин, типи мощення, освітлення та електроустановки).
 - Затвердження робочої програми
 - Затвердження графіка фінансування.

Вибір стилю дуже важливий для майбутнього зеленого простору. Важливо уніфікувати і гармонізувати загальну концепцію будівлі і ділянки. Стиль фасаду буде визначатися смаком і можливостями власника. У будь-якому випадку, однак, не слід забувати про характер навколишньої забудови та існуючий природний ландшафт.

Важливо пам'ятати, що ця робота необхідна для подальшого вдосконалення, як для замовника, так і для підрядника.

Ландшафтні елементи, такі як стіни, доріжки, живоплоти та альтанки, надають саду певного стилю і формують основу та каркас саду. Однак без яскравих рослинних елементів ландшафту бракуватиме характеру. Одна і та ж ділянка може мати абсолютно різну композицію з різними насадженнями. Одним із секретів успішного озеленення є вибір рослин, які відповідають клімату, умовам навколишнього середовища та конкретному ландшафту. Вони також будуть краще рости, якщо будуть максимально наближені до свого природного середовища.

Ви не можете змінити простір, який визначає характер вашого дизайну, але ви завжди можете вибрати рослини, які його прикрашають.

Композиція саду в основному визначається правильним вибором зелених елементів ландшафту. Це слід детально розглянути перед початком озеленення, щоб заощадити кошти та час [5].

Озеленення включає в себе посадки в коридорах, регулярні посадки з природними розлогими кронами, деревами геометричних форм і низькорослими кронами, групові посадки чагарників і трав'янистих рослин

поруч з деревами, індивідуальні посадки дерев і чагарників різних форм, групові посадки трав'янистих рослин, ліан тощо. Вибір і розташування рослин тісно пов'язаний з об'ємно-просторовим рішенням архітектурно-декоративної споруди. Багато конкретних архітектурно-композиційних рішень можна досягти, комбінуючи ці техніки різними способами [5].

Очікується, що ландшафтні архітектори, які працюють з рослинами, зможуть зазирнути на п'ять, десять чи навіть сорок років вперед і передбачити ріст рослин, щоб створити цікавий дизайн.

Клумби можна вважати одним з основних засобів декоративного оформлення. Квіти та клумби надають об'єктам особливого шарму. Вони повинні бути підпорядковані єдиній художній концепції і пов'язані з характером планування ділянки і розташуванням дерев і чагарникових груп. Квіткове оформлення кожної ділянки має бути декоративним і витриманим протягом усього вегетаційного періоду, з ранньої весни до пізньої осені. Цього можна досягти, висаджуючи багаторічні рослини на клумбах, змішуючи рослини, замінюючи зів'ялі рослини іншими сусідніми квітучими рослинами, а також чергуючи домінуючі кольори протягом року в різних частинах ділянки. Загальний вигляд, висота, форма, колір суцвіть і листя, рясність і час цвітіння є дуже важливими факторами при виборі рослин за їхніми декоративними якостями. Важливо підібрати і розташувати рослини таким чином, щоб максимально підкреслити декоративні якості кожної рослини.

Вибір кольорів рослин повинен ідентифікувати та гармонізувати деталі квітника і чіткіше виділити його основні елементи. Однорідність кольору на поверхні квіткової композиції зустрічається дуже рідко.

Кам'яні клумби - головна прикраса декоративної зони. Вони також гармоніюють з газонами, мощеними доріжками та водоймами. Будь-яке поєднання всіх цих декоративних елементів створює красиву композицію. Альпінарії можна створити на сонячних або тінистих, сухих або вологих

ділянках. Важливо вибрати правильний тип рослин, які відповідають цим вимогам [2].

Як прості стежки, так і красиві дороги з твердим покриттям не менш важливі, ніж озеленення. Алеї, проспекти та доріжки є важливими функціональними елементами ландшафту. Основне їхнє призначення, звісно, практичне. Їх використовують для паркування, внутрішніх двориків, занять спортом та багатьох інших цілей. Основна мета мощення в такому кліматі - видалення бруду, спричиненого таненням снігу та дощем. З цієї причини до проектування мережі стежок потрібно ставитися серйозно і ретельно, починаючи з етапу ландшафтного дизайну. Професійно розроблені стежки покращують ландшафт в одних місцях і ведуть погляд до красивих місць в інших.

Матеріали, що використовуються для створення стежок, можуть бути найрізноманітнішими. Вони включають традиційну тротуарну плитку різноманітних кольорів, розмірів і форм. Є також натуральні та штучні камені, з різноманітною обробкою та кольорами. Гравій, гранітні решітки, щебінь і деревина.

Багатство доступних матеріалів дозволяє надихатися і приймати красиві рішення, які будуть радувати вас знову і знову.

Основна поверхня мощення визначається відповідно до функціональних обмежень простору. Важливим моментом є визначення головного входу в простір і будинок. Потім розробляються коридори, зони групового відпочинку та куточки для усамітнення. У разі необхідності будуть надані технічні шляхи. На цьому етапі визначається тип мощення. Цей вибір повинен бути пов'язаний зі стилем будинку. Газон між камінням покращить зовнішній вигляд будинку. Поєднання плит різної форми також може мати декоративний ефект. Пішохідні доріжки необхідні, якщо пересування людей обмежене або якщо немає сенсу підтримувати інші маршрути.

Це може бути доріжка, що пролягає через двір або квітник.

Також використовується бруківка з клінкерної цегли. Цей матеріал не має пустот і є термостійким, довговічним та ефективним. Також використовується композитне мощення (мощення різними типами каменів і блоків) [2].

Освітлення - це і технічне, і художнє питання. Він не тільки захищає від ризику розбити коліна в темряві, але й додає неперевершеного шарму, завдяки якому ніч здається прекраснішою за день. Полог дерев на вигині алеї підсвічується знизу спеціальним вбудованим освітленням.

Напівсвітильники візуально збільшують простір. Дерева залишаються в тіні, створюючи контраст з витягнутою геометрією світла [16].

Використання різних джерел світла дає дуже цікаві результати. Розсіяне світло освітлює доріжку і низькі кущі, а світильники з регульованим напрямком світла виділяють об'єкти із загальної композиції і акцентують увагу на землі. Віддалене перехресне освітлення робить великі площі та об'єкти більш грандіозними [16].

Наземні світильники зазвичай оснащені функціями автоматизації, такими як датчики руху (світло вмикається при наближенні людей), датчики сутінок (світло вмикається, коли стемніє) і таймери (світло вмикається в потрібний час); використання сучасних технологій, таких як мережа 12 В, дозволяє також освітлювати озера, водоспади, річки і фонтани.

Прожектори використовуються для освітлення під'їздів будівель, вулиць, зон відпочинку, спортивних майданчиків і тенісних кортів, де вся територія освітлюється рівномірно і яскраво. На цьому тлі використовуються потужні натрієві, металогалогенні та ртутні лампи. Чим вище джерело світла, тим більший радіус світлової плями. Дороги і автомагістралі зазвичай розміщують на висоті 5-10 м, поля і майданчики - на висоті 7-9 м, а доріжки і газони - на висоті 2-5 м. Однак на закритих територіях прожектори слід використовувати з обережністю, оскільки вони візуально зменшують простір.

Також дуже важливо уникати шкідливого для очей світла. Тому рекомендується вибирати лампи з непрозорими кольорами або металевими решітками, які розсіюють світло. Сучасні світильники відбивають яскраве світло через спеціальний екран, м'яко освітлюючи навколишній простір.

Додаткове освітлення було додано в "небезпечних" кутах, таких як сходи, повороти і входи, щоб поліпшити навігацію в просторі. Для цього були використані світильники середнього розміру висотою 1,5 м. Окрім освітлення коридорів, освітлювальні прилади виділяють і привертають увагу до окремих архітектурних композицій та ландшафтів.

Ліхтарі та світильники здавна слугували не лише освітлювальними приладами, а й декоративними елементами, що прикрашали архітектурні стилі. Тому не дивно, що вони і сьогодні залишаються невід'ємною частиною ландшафтного дизайну.

Без елемента дизайну - малої архітектурної форми - об'єкт не може мати власного стилю. Ці малі архітектурні форми можуть суттєво змінити загальне враження від простору. Матеріали можуть варіюватися від дерева, металу, каменю, цегли та пластику. Майже всі малі архітектурні форми мають функціональне призначення, а також відіграють важливу роль у декоративному оформленні [5].

Паркани - чудовий засіб огороження території. Пишні насадження можуть запобігти вторгненню краще, ніж традиційні дерев'яні паркани. Само собою зрозуміло, що паркани дуже гарно виглядають. Багато комбінованих парканів створюються шляхом поєднання парканів з будівельними матеріалами або живоplotом [5].

Таким чином, ідея стилю об'єкта реалізується за допомогою композиційних прийомів і спеціальних матеріалів, таких як рослини, вода, камінь, дерево і метал, живі і неживі предмети. Поєднуючи різні матеріали з просторовою формою садових об'єктів, ми хочемо забезпечити

єдність простору і прагнемо до гармонійної композиції, структурованої відповідно до ідейної концепції.

Питання ландшафту та благоустрою є важливими для створення більш приємного середовища для мешканців, забезпечуючи таким чином екологічну безпеку та підвищуючи конкурентоспроможність ринку.

Створення зелених насаджень - це тривалий і складний процес, який поєднує в собі сільськогосподарські, інженерні та будівельні технології. Кваліфіковані фахівці потрібні для виконання завдань, пов'язаних з очищенням і поліпшенням ґрунту, підготовкою ґрунту, посадкою дерев і чагарників, закладкою газонів і квітників, доглядом за насадженнями і формуванням декоративних груп з урахуванням екобіологічних і декоративних особливостей [16].

4.2. Архітектурні вирішення

Реабілітаційний центр запроектований з цегли. Зовнішні несучі стіни товщиною 510 мм, колони всередині будівлі з перетином 400x400 мм з перекриттями змішаного типу: збірні з/б елементи (1500x6000 мм, 1500x3300 мм, 1500x3000 мм, 1200x6000 мм, 1200x3300 мм, 1200x2100 мм) і монолітні перекриття, товщиною 220 мм по з/б балкам (l=6000 мм, 3600мм, 3000мм).

Фасад будинку цілком виконаний зі скла та деяких елементів вентильованого фасаду.

Експлікація плану поверху на відмітці -7.200

1. Підземна парковка
2. Підсобка
3. Жіноча душова
4. Жіноча роздягальня
5. Чоловіча душова

6. Чоловіча роздягальня
 7. Жіночий санвузол
 8. Тамбур жіночого санвузла
 9. Чоловічий санвузол
 10. Тамбур чоловічого санвузла
 11. Санвузол для людей з обмеженими можливостями
 12. Душ шарко
 13. Душ шарко №2
 14. Кімната персоналу
 15. Пральня
 16. Пральня загального користування
 17. Басейн
 18. Хол
 19. Приміщення ванних процедур
 20. Техприміщення
 21. Приміщення жіночого тренера
 22. Приміщення чоловічого тренера
 23. Палата типу-4
 24. Палата типу-5
 25. Вітальня
- Експлікація плану поверху на відмітці -3.600
1. Техприміщення
 2. Спеліокамера

3. Солярій
4. Кабінет аромотерапії
5. Жіночий санвузол
6. Тамбур жіночого санвузла
7. Тамбур чоловічого санвузла
8. Чоловічий санвузол
9. Санвузол для людей з обмеженими можливостями
10. Техприміщення
11. Ін'єкційна
12. Комора чистої білизни
13. Хол
14. Кабінет лазерної терапії
15. Кабінет електротерапії
16. Кабінет електросну
17. Кімната персоналу
18. Масажний кабінет
19. Кабінет косметолога
20. Кабінет релакс-масаж
21. Кабінет релакс-масаж
22. Кабінет презолікування
23. Кабінет електротерапії
24. Масажний кабінет
25. Кабінет психорозвантаження

26. Кабінет лікаря

27. Кабінет медсестри

28. Палата типу-1

29. Палата типу-3

30. Вітальня

Експлікація плану поверху на відмітці 0.000

1. Тамбур

2. Кімната охорони

3. Гардероб

4. Вестибюль

5. Бювет

6. Приймальна

7. Кабінет директора

8. Бухгалтерія з касою

9. Перукарня

10. Камера схову

11. Відділення банку

12. Пункт прийому речей в хімчистку

13. Кафе

14. Гарячий цех

15. Доготовчий цех

16. Холодний цех

17. Мийна

18. Інвентарна
19. Комора сухих продуктів
20. Жіночий санвузол
21. Чоловічий санвузол
22. Санвузол для людей з обмеженими можливостями
23. Завантажувальна
24. Кімната персоналу
25. Гардероб персоналу
26. Санвузол персоналу
27. Душова персоналу
28. Холодильна камера
29. Кабінет лікаря
30. Палата тип-2
31. Кабінет медсестри
32. Вітальня

Експлікація плану поверху на відмітці +3.600

1. Фіто бар
2. Кабінет психорозвантаження
3. Кафе
4. Доготовчий цех
5. Інвентарна
6. Мийна
7. Кімната персоналу

8. Техприміщення
9. Комора чистої білизни
10. Жіночий санвузол
11. Чоловічий санвузол
12. Санвузол для інвалідів
13. Кабінет головного лікаря
14. Кабінет стоматолога
15. Кабінет терапевтів
16. Кабінет УЗД
17. Лабораторія
18. Кабінет для здачі аналізів
19. Кабінет медсестри
20. Палата-тип1
21. Вітальня

Зовнішнє оздоблення реабілітаційного центру виконується скляними фасадами.

Скляні фасади (скляні фасади) мають переваги не тільки з точки зору їх привабливості, але і з точки зору кращих властивостей і чудової функціональності. Вони пропускають більше світла, запобігають шуму, зберігають тепло і блокують холодне повітря. Також доступні вогнетривке скло та ламіноване скло. У скляних фасадах використовуються високоякісні матеріали. В результаті скло, використане для оздоблення будівлі, зберігає тепло взимку і захищає від спеки та прямих сонячних променів влітку. Існує міф, що через спеку будівля схожа на акваріум.

Насправді це не так. Існує два типи скла: А та В. А захищає від випадкового удару, а Б - куленепробивне скло. Широкий асортимент різних кольорів і текстур дозволяє задовольнити всі вимоги замовника. У процесі виробництва цього скла застосовується спеціальна технологія та використовуються алюмінієві конструкції, безпечні для людського організму.

4.3. Характеристика і опис конструкцій

Фундамент - це підземна частина будівлі, яка сприймає і передає всі навантаження, постійні і тимчасові, на ґрунт [10].

У цьому проекті для зовнішніх цегляних стін, вхідних дверей і елементів ганку були запроєктовані монолітні фундаменти зі стрічкових плит, а для колон - скляні фундаменти.

Монолітні стрічкові фундаменти - це фундаменти з безперервною смугою залізобетону по периметру будівлі. У легких будинках з дерев'яним каркасом і дерев'яно-каркасних будинках одношаровий фундамент заглиблюють неглибоко, щоб сформувати жорсткий горизонтальний каркас. Заглиблені стрічкові фундаменти влаштовують у важких кам'яних будинках, гаражах і будинках з підвалами [10].

Всім типам фундаментів передують земляні роботи. По-перше, необхідно підготувати фундамент. Готуються ями та копаються траншеї. Під майбутні фундаменти укладають піщану подушку. Потім укладається дренажний шар, щоб захистити фундамент від пошкоджень, спричинених ґрунтовими водами. Потім поверх тонкого шару бетону укладається двошаровий гідроізоляційний матеріал, який називається бентонітовий шар [10].

Далі встановлюється опалубка фундаменту та арматура (якщо використовується технологія армованого монолітного фундаменту).

Опалубка фундаменту повинна бути встановлена міцно. Для цього використовуються міцні гвинти та кріпильні гайки [10].

Фундамент повинен бути армований сталевим дротом діаметром 0,8 мм і 1,2 мм або спеціальними скобами для стрічок. Арматурні стяжки необхідні для закріплення арматурного каркаса під час лиття. Між опалубкою і сталевим каркасом повинен бути захисний шар. Для цього використовуються пластикові хомути, які фіксують арматуру до тіла бетону [10].

Потім бетон заливається в опалубку для формування фундаментної плити. Сталеві прутки повинні виступати з поверхні, щоб з'єднати фундамент зі стіною. Пластифікатори та антифризи додаються до суміші для покращення фізичних, хімічних та механічних властивостей бетону.

Завершальним етапом є гідроізоляція фундаменту та утеплення фундаменту.

Структурна система - це недосконалий каркас.

Будівлі та їх конструкції піддаються вертикальним навантаженням (власна вага, навантаження від обладнання тощо) і великим горизонтальним навантаженням (тиск вітру, зусилля кранів, що використовуються в багатьох промислових будівлях, сейсмічні сили в сейсмонебезпечних районах).

Щоб поглинути ці навантаження, будівля повинна мати необхідну жорсткість і просторову стійкість. Ця жорсткість і стабільність забезпечується з'єднанням фундаменту, стін, колон, підлоги, стелі та облицювання, які утворюють каркас будівлі [10].

Залежно від поверховості та призначення будівлі, величини і характеру навантажень, доступності матеріалів та економічної ефективності, існують наступні методи будівництва фундаментів будівель

1. безкаркасні - з несучими стінами.

2. каркасні - повністю каркасні, з безопорними (модульними) або окремо стоячими стінами.

3. Змішані - із зовнішніми несучими стінами та внутрішніми або безкаркасні.

Безкаркасна конструкція з несучими стінами забезпечує стійкість будівлі, забезпечуючи достатню жорсткість на стиках між зовнішніми та внутрішніми стінами, а також на стиках з підлогою. У цьому методі будівництва стіни вертикальні, а підлога являє собою горизонтально армовану діафрагму.

У повнокаркасній будівлі каркас є несучою конструкцією, яка витримує всі навантаження, тоді як стіни слугують лише огорожувальною конструкцією. Щоб зменшити навантаження на каркас і, відповідно, витрату матеріалів, рекомендується використовувати легкі матеріали для заповнення стін каркаса. Якщо такі матеріали недоступні для стін каркасного будинку, використовують важчі та міцніші матеріали (наприклад, цеглу або бетон).

У цьому випадку має сенс робити стіни самонесучими, тобто переносити їхню вагу безпосередньо на фундамент або фундаментні балки, а не розміщувати важчі матеріали в каркасі [10].

У будівлях з неідеально закріпленими стінами та рамами стійкість забезпечується за рахунок стиків між стінами та перекриттями або рамами. Більшість міських будівель масового виробництва зводяться за першим і третім будівельними методами. Другий спосіб найчастіше використовується при будівництві промислових будівель, які піддаються високим статичним і динамічним навантаженням через вагу фарби, перекриттів, машин, кранів та іншого технічного обладнання.

Таке конструктивне рішення також використовується для будівництва цивільних будівель з різною поверховістю [10].

Зазначимо, що метод будівництва з повними каркасами і навісними стінами є, в принципі, найбільш раціональним в тому сенсі, що він використовує фізико-технічні властивості матеріалів - високу міцність несучих елементів і високу теплоізоляцію зовнішніх матеріалів.

Обмежене використання таких систем у великомасштабних проектах цивільного будівництва в основному пов'язане з відсутністю відповідних легких і дешевих матеріалів для заповнення каркаса [10].

У всіх будівельних проектах внутрішні стіни необхідні не тільки для підтримки перекриттів і забезпечення стійкості будівлі, але і для протипожежного захисту, з сходами і димовими та вентиляційними каналами всередині стін.

Залежно від розміру і форми будівлі, фізико-технічних характеристик використовуваних матеріалів і конструкцій та інших місцевих умов, в будівлях слід передбачати деформаційні шви, щоб запобігти утворенню тріщин і руйнуванню конструкції.

Деформаційні шви можуть бути осадовими, тепловими або сейсмічними. Різний тиск ґрунту на різних ділянках і висота опор може спричинити нерівномірне осідання фундаментів, що призводить до появи тріщин на фундаментах, стінах, підлогах і фарбі.

Це явище може відбуватися рівномірно у великих будівлях з неоднорідними ґрунтами під фундаментами окремих секцій будівлі або зі складною конфігурацією плану поверху. Для забезпечення незалежного вертикального переміщення (осідання) окремих частин будівлі, де необхідно, передбачені деформаційні шви. Деформаційні шви проникають у фундамент, стіни, підлогу та дах будівлі і простягаються через усю будівлю [10].

Через схильність матеріалів розширюватися при нагріванні і стискатися при охолодженні, великі коливання зовнішньої температури

можуть викликати значні зміни в розмірах конструкції, що призводить до появи тріщин в стінах, підлогах, лакофарбовому покритті і дахах. Щоб запобігти цій деформації, будівлі розділені термошвами, які дозволяють сусіднім секціям вільно переміщатися в горизонтальній площині. Термошви зменшують загальну висоту будівлі, за винятком фундаменту, який знаходиться під землею і тому не піддається різким перепадам температур.

Встановлення деформаційних швів і термошвів ускладнює конструкцію будівлі і вимагає додаткових витрат. Тому компенсаційні та термічні шви слід використовувати разом.

У сейсмонебезпечних районах, окрім описаних вище деформацій, сейсмічні сили можуть спричинити подальші пошкодження будівлі, що призведе до її обвалення, якщо заздалегідь не вжити необхідних конструктивних заходів. Щоб зменшити вплив сейсмічних сил на будівлю, будівля розділена вздовж на сейсмічні шви, такі як розрахункові шви, що охоплюють всю будівлю. Будівля, розділена швами, являє собою жорстку коробку, яка є просторово замкненою і може самостійно гасити землетруси. Сейсмічні шви - це також температурні та осідаючі шви [10].

Зовнішні стіни мають товщину 510 мм, внутрішні колони будівлі - 400x400 мм, перекриття - збірні залізобетонні елементи (1500x6000 мм, 1500x3300 мм, 1500x3000 мм, 1200x6000 мм, 1200x3300 мм, 1200x2100 мм), залізобетонні балки (l = 6000 мм, 3600 мм, 3000 мм) і змішані монолітні перекриття товщиною 220 мм.

Товщина перегородки - 75 мм.

Цей тип купе має багато переваг.

Легка вага, хороша звукоізоляція, відсутність обмежень за формою і можливість встановлення перегородок з різними формами дверей, наприклад, арками.

Перегородки можна швидко встановити, висушити та одразу ж розпочати оздоблювальні роботи.

Можливі різні способи комунікації.

Товщину легше регулювати з кроком 12,5-25 мм з кроком 75 мм. Гіпсокартонні перегородки також мають недоліки та обмеження. Для того, щоб повісити важкі предмети (до 150 кг), необхідно попередньо

встановити інтегровані елементи для посилення каркасу, і ці перегородки не виконують функції несучих елементів [10].

Залізобетонні сходи, 2 сходинки.

Сходинки - один з найпоширеніших залізобетонних виробів у сучасному будівництві. Сходові стояки призначені для створення різноманітних сходів у всіх типах будівель, включаючи житлові, офісні та промислові будівлі. По перше, ми хотіли б нагадати, що сходові підйомники з використанням цих виробів досі залишаються найнадійнішими та найдовговічнішими сходовими підйомниками, доступними на сьогодні.

Сходовий підйомник - це похила ділянка сходів, що складається з ряду сходинок, закріплених на несучій балці. Кількість сходинок має бути від 3 до 18, а ширина - не менше 900 мм. Сходи виготовляються із залізобетону, призначені для підвищення безпеки і комфорту, витримують великі навантаження і широко використовуються в будівлях (торгових центрах, офісах), де будівлею одночасно користується багато людей. Залізобетонні сходи також використовуються в будівлях в будь-яких кліматичних умовах завдяки своїй довговічності. Тип бетону, що використовується для залізобетонних сходів, повинен бути не нижче В15. Такі польоти можуть витримати 100 циклів охолодження і плавлення, що чергуються [14].

4.4. Інженерні мережі та обладнання

Опалення

Персоналізовані системи електричного опалення. Найвідомішим і найпоширенішим типом системи опалення є система водяного опалення, в якій охолоджуюча вода нагрівається за допомогою електричного котла. У цьому випадку котел використовується як основне джерело опалення або як додатковий пристрій, що застосовується в поєднанні з роботою інших систем (газових, твердопаливних, дизельних). Електричні опалювальні котли можуть обігрівати відносно великі поверхні, прості у використанні та високоефективні. Однак системи, що використовують їх, мають багато недоліків звичайних водонагрівачів, оскільки вони вимагають подачі охолоджуючої води безпосередньо до водонагрівача [5].

Водопостачання

Подача холодної води передбачена через колектор всередині блоку з двома вводами. Вода подається з магістрального трубопроводу, розташованого під будівлею. Пожежні гідрантні колодязі розташовані навколо будівлі і забезпечують основне постачання протипожежної та питної води.

Каналізація

Каналізація виконується господарсько-фекальна в міську мережу каналізації, діаметр 150 мм. Вентиляція-природна, канална.

Енергопостачання

Енергопостачання виконується від міської підстанції з живленням по дві секції двома кабелями - основний і запасний. Вбудовані приміщення живляться окремо, через свої електрощитові. Всі електрощитові розташовані на перших поверхах.

Висновки до розділу IV

Основною класифікаційною ознакою громадських будівель є їх функціональне призначення.

За функціональним призначенням усі громадські будівлі поділяються насамперед на дві великі групи: спеціалізовані та універсальні будівлі.

Крім функціональної класифікації, громадські будівлі також поділяються за містобудівним значенням на загальноміські, районні та мікрорайонні; за поверховістю вони бувають одноповерхові і багатоповерхові; за повторюваністю – унікальними і масового будівництва.

Для об'єктів масового будівництва характерні типові архітектурно конструктивні рішення. Найбільш значущі громадські будівлі міського чи районного масштабів, як правило, виконуються за індивідуальними проектами.

Реабілітаційний центр для військовослужбовців, відноситься до будівель та споруд охорони здоров'я та відпочинку та відповідає всім нормам проектування громадських будівель та споруд.

РОЗДІЛ V. ОХОРОНА ПРАЦІ ТА ЦИВІЛЬНИЙ ЗАХИСТ

5.1. Охорона праці

Згідно Закону України «Про охорону праці» охорона праці визначається «як система правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження життя, здоров'я і працездатності людини у процесі трудової діяльності».

Дія цього Закону поширюється на всіх юридичних та фізичних осіб, які відповідно до законодавства використовують найману працю, та на всіх працюючих. Задача охорони праці – звести до мінімальної вірогідності зараження або захворювання працюючого з одночасним забезпеченням комфортності при максимальній продуктивності праці.

Виробнича небезпека – це можливість впливу на працюючих небезпечних і шкідливих виробничих факторів.

До *небезпечних* виробничих факторів відносяться такі, вплив яких на працюючих приводить до травми.

До *шкідливих* виробничих факторів відносять такі вплив яких на працюючого приводить до захворювання. Нормативно-правові акти з охорони праці – це правила, норми, регламенти, положення, стандарти, інструкції та інші документи, обов'язкові для виконання.

Нормативно-правові акти по техніці безпеки направлені на захист організму людини від фізичних травм, впливу технічних засобів що використовуються в процесі праці. Вони регулюють поведінку людей, що забезпечує безпеку праці з точки зору влаштування і розташування машин, будівельних конструкцій, будівель, споруд і обладнання.

Санітарні правила та норми затверджуються спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я. Стандарти, технічні умови та інші документи на засоби праці і

технологічні процеси включають вимоги щодо охорони праці і погоджуються з органами державного нагляду за охороною праці.

Правила і норми по виробничій санітарії і гігієні мають на меті захист організму від перевтоми, хімічного, атмосферного впливу і т.д. Умови праці на робочих місцях, безпека технологічних процесів, машин, механізмів, приладів та інших засобів виробництва, стан засобів колективного та індивідуального захисту, що використовуються працівником, а також санітарно-побутові умови відповідають вимогам, визначеним нормативними актами.

До органів, які покликані здійснювати нагляд і контроль за дотриманням законодавства про працю і правил по охороні праці відносять: уповноважені на це державні органи і інспекції, що не залежать в своїй діяльності від підприємств, закладів, організацій і вищестоящих органів (Державний енергетичний нагляд, Державний санітарний нагляд, Державний пожежний нагляд, Державний нагляд за роботою газоочисних і пиловловлюючих установок); професійні союзи, а також підпорядковані їм технічна і правова інспекція праці.

Державна політика у галузі охорони праці базується на принципах: - пріоритет життя та здоров'я працівників, повна відповідальність роботодавця за створення належних, безпечних та здорових умов праці; - підвищення рівня безпеки праці за рахунок забезпечення постійного технічного контролю за станом виробництва, технології та продукції та допомоги підприємствам у створенні безпечних та нешкідливих умов праці; - комплексне вирішення проблем охорони праці на основі загальнодержавних, галузевих та регіональних програм у цій галузі з урахуванням інших сфер економічної та соціальної політики, досягнень науки і техніки та охорони навколишнього середовища;

- соціальний захист робітників, повна компенсація людям, які зазнали нещасних випадків на виробництві та професійних

захворювань; встановлення єдиних вимог з охорони праці для всіх підприємств та суб'єктів підприємницької діяльності незалежно від форм власності та видів діяльності;

- адаптація робочих процесів до можливостей працівника з урахуванням його здоров'я та психіки;

- використання економічних методів управління охороною праці, участь держави у фінансуванні заходів з охорони праці, залучення добровільних внесків та інших впливів для цих цілей, отримання яких не суперечить законодавству;

- інформування громадськості, проведення тренінгів, професійного навчання та перепідготовки працівників у галузі охорони праці; - забезпечення координації діяльності органів державної влади, установ, організацій, об'єднань громадян, що вирішують проблеми охорони здоров'я, гігієни та безпеки, а також співпраця та консультації між роботодавцями та працівниками між усіма соціальними групами при прийнятті рішень щодо охорони праці та державного рівня.

Питання трудового законодавства, відносин між власником підприємства чи організації та працівником у галузі техніки безпеки, виробничої гігієни та гігієни в нашій країні регулюються Законом про охорону праці від 14 жовтня 1992 р. Створені спеціальні науково-дослідні установи що працюють над вивченням умов праці в різних галузях промисловості та будівництва, їх узагальнення та надання рекомендацій щодо їх покращення.

Продуктивність праці працівників значною мірою залежить від впровадження у виробництво нових машин і механізмів, новітніх технологій роботи, належної організації робочого місця, культури виробництва, дотримання вимог промислової безпеки та гігієни.

кожна будівельна організація щороку складає плани заходів із охорони праці, а також укладає колективний договір, згідно з яким

адміністрація зобов'язується виконувати всі норми трудового законодавства щодо організації та захисту праці, матеріального стимулювання та відпочинку.

З метою створення нормальних умов праці регламентуються тривалість робочого дня, необхідних під час роботи перерв, щорічних оплачуваних відпусток робітників і службовців тощо. Тривалість робочого дня робітників і службовців будівельних організацій становить 8 год при п'ятиденному робочому тижні з двома вихідними днями.

Для робітників деяких професій із шкідливими умовами праці встановлено скорочений робочий день – 7 год. За власною ініціативою робітники можуть працювати більше від встановленого законом робочого дня, це можливої коли ланка або бригада працює за акордним нарядом. Робочий день підлітків віком 16-18 років не повинен перевищувати 7 год.

Забороняється використовувати молодіжну роботу для шкідливих, важких або небезпечних робіт.

Молодь може виконувати постійні роботи, пов'язані з переміщенням і переміщенням товарів, лише якщо ці види діяльності є частиною основної роботи за спеціальністю і не перевищують 1/3 робочого часу. Вага навантаження для жінок-підлітків не повинна перевищувати 10, а для чоловіків - 16,5 кг.

Шкідлива та важка робота (кесон, різання каменю, приготування асфальту тощо) заборонена жінкам, які працюють на будівельних майданчиках. вони можуть завантажувати або вивантажувати лише штучні або сипучі матеріали (цегла, пісок, глина) і періодично перевозити на рівній поверхні вантаж не більше 15 кг. Коли жінка піднімає вантаж вище 1,5 м або постійно переміщає його протягом робочого дня, вага вантажу не повинна перевищувати 10 кг. Вагітним жінкам і жінкам, що мають дітей віком до 1,5 року, забороняється працювати у додатковий (після роботи) і нічний час, а також у вихідні і святкові дні.

Адекватний відпочинок має особливе значення для здоров'я працівника. Відповідно, відпочинок протягом робочого дня, робочого тижня та тривалість щорічної відпустки регулюються законодавством. Протягом робочого дня, але не пізніше ніж через 4 години після його початку, працівники мають право на обідню перерву, яка повинна тривати не менше 30 хвилин. Взимку при температурі нижче -20°C працівники мають додаткову 10-хвилинну перерву на кожну робочу годину. При температурі від -25°C до -30°C , крім надання додаткових перерв, робочий день скорочується на 1 годину, при температурі нижче -30°C заборонено працювати.

Відпустка доступна лише тим працівникам, які пропрацювали в цій будівельній компанії не менше 11 місяців. Тривалість відпустки працівника становить 24 робочі дні. Молоді люди відпочивають лише влітку протягом усього календарного місяця.

Стан охорони праці в будівельних організаціях контролюється: Державним комітетом України з нагляду за охороною праці (Державна інспекція праці), органами санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України на місці та технічними інспекціями профспілок та омбудсмени з охорони праці. З цією метою вони регулярно перевіряють будівельні компанії, звертають увагу адміністрації на недоліки в організації заходів з охорони праці, вимагають їх усунення, а також допомагають профспілковим комітетам у роботі з покращення умов праці робітників.

Висновки до розділу V

Охорона праці - це система заходів і правових, соціально-економічних, організаційно-технічних і лікувально-профілактичних засобів, спрямованих на збереження здоров'я і працездатності людини. В поняття охорони праці входять всі заходи, спеціально розроблені для створення особливих полегшених умов праці для жінок і неповнолітніх, а також для працюючих інвалідів.

До органів, які покликані здійснювати нагляд і контроль за дотриманням законодавства про працю і правил по охороні праці відносять: уповноважені на це державні органи і інспекції, що не залежать в своїй діяльності від підприємств, закладів, організацій і вищестоячих органів (Державний енергетичний нагляд, Державний санітарний нагляд, Державний пожежний нагляд, Державний нагляд за роботою газоочисних і пиловловлюючих установок); професійні союзи, а також підпорядковані їм технічна і правова інспекція праці.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного магістерського дослідження визначено принципи архітектурно-планувальної організації реабілітаційних центрів для військовослужбовців, на основі чого реалізовано низку задач дослідження, що дало змогу отримані результати сформулювати у вигляді таких висновків.

1. На основі проведеного аналізу джерельної бази, матеріалів наукових праць, присвячених проектуванню реабілітаційних центрів, зокрема, для військовослужбовців, в Україні, вивчено сучасний стан досліджуваної проблеми та виявлено необхідність розробки принципів архітектурно-планувальної організації реабілітаційних центрів.

2. У результаті проведеного структурно-змістового аналізу теми дослідження виявлено базові терміни і словосполучення, що разом із супутніми термінами дало змогу сформулювати поняттєво-термінологічний апарат (глосарій) дослідження. Завдяки цьому конкретизовано тематичну спрямованість дослідження та вдалося уникнути розгляду побічних питань.

3. Досліджені напрямки розвитку функціонально-планувальних схем реабілітаційних центрів для військовослужбовців; надані пропозиції щодо їх архітектурно-планувальної організації, які будуть сприяти створенню комфортних умов проходження певного циклу реабілітаційних процедур, психологічної підтримки, та лікування військовослужбовців.

4. Розроблені і теоретично обґрунтовані принципи архітектурно-планувальної організації реабілітаційних центрів для військовослужбовців: • принцип розширеного зонування (передбачає виділення спеціалізованих зон, призначених для реалізації особливих потреб людей з обмеженими можливостями);

- принцип безбар'єрної доступності (формування комфортного середовища для людей з обмеженими можливостями з використанням спецзасобів для забезпечення їх мобільності);

- принцип комплексності відновлюючих функцій (який дозволяє створювати багатofункціональний реабілітаційний центр зі специфічними блоками та багатoproфільний заклад для лікування військовослужбовців з різними хворобами);

5. За результатами проведеного дослідження розроблено методичні рекомендації щодо архітектурно-планувальної організації реабілітаційних центрів для військовослужбовців в умовах міста, які було апробовано під час архітектурного експериментального проектування дитячого реабілітаційного центру на території Галицького району, Івано-Франківської області.

Стосовно подальших досліджень у руслі даної магістерської роботи слід відзначити, що найбільш актуальними напрямками є:

- розробка ефективної нормативної бази проектування на основі комплексного підходу до вирішення проблеми;

- уточнення перебігу певних реабілітаційних та супутніх процесів та пов'язане з цим більш докладне визначення нормативних площ; визначення та уточнення міжгалузевих зв'язків, що стосуються даної проблеми;

- впровадження ідеї доступності (досяжності) на усіх рівнях суспільних та проектних структур.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

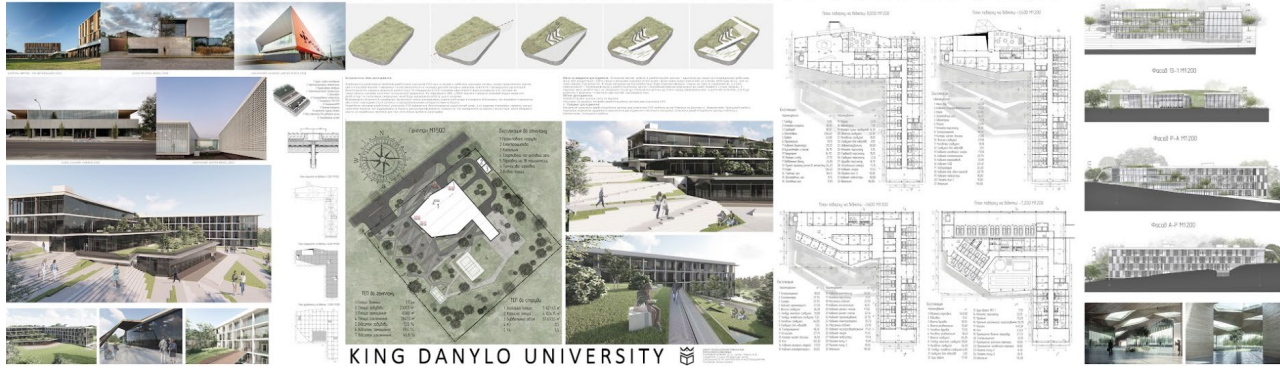
1. buklib.net. Буковинська бібліотека // Охорона праці // Система управління охороною праці на виробництві / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://buklib.net/books/35173/>
2. StudFiles // Особливості формування реабілітаційних центрів / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://studfiles.net/>
3. Vuz-24.ru // Благоустрій та озеленення території / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://vuz-24.ru/nex/vuz-16416.php>
4. Бібліограф // Технологія будівельного виробництва // ОХОРОНА ПРАЦІ В БУДІВНИЦТВІ / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://bibliograph.com.ua/spravochnik-125-tehnologia/9.htm>
5. Ракурс // Війна - це тільки початок або як допомогти тим хто нас захищав [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://racurs.ua/ua/809-viyna-ce-tilky-rochatok-abo-yak-dopomogty-tym-hto-nas-boronyv>
6. Вікіпедія // Галицький район / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/>
7. Вікіпедія // Галич / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/>
8. Гетун Г. В. Основи проектування промислових будівель / Г.В. Гетун. – Київ: КОНДОР, 2009.-210 с.
9. Інженерна геологія. Механіка ґрунтів, основи і фундаменти: [підручник] / [М. Л. Зоценко, В. І. Коваленко, В. Г. Хілобок, А. В. Яковлєв].- К.: "Вища школа", 1992. - 408 с. – ISBN 5-11-003835-X.
10. Мандрик А.П. Приклади розрахунку залізобетонних конструкцій: Навчальний посібник для технікумів. 2-е изд., Перераб. і доп. - М.: Стройиздат, 1989.

11. Методичні вказівки до опрацювання розділу «Охорона праці та безпека в надзвичайних ситуаціях» в дипломних проєктах і роботах для студентів будівельних спеціальностей / Уклад. М.С. Лемешев, О.В. Березюк – Вінниця: ВНТУ, 2012. – 64с.
12. Організація будівельного виробництва: ДБН А.3.1-5-2009 [Чинний від 2009-01-01]. - К.: Укпархбудінформ, 2009. – 67 с.
13. Основи і фундаменти будівель та споруд: ДБН В.2.1-10-2009. - [Чинний від 2009-07-01]. – К.: Мінбуд України, 2009. – 105 с. – (Національні стандарти України).
14. Правила перевезення, складування та зберігання матеріалів, виробів, конструкцій і устаткування в будівництві: ДБН Г.1-4-95 [Чинний від 1996-01-01]. – К.: Держкоммістобудування України, 1997.- 72 с. – (Національні стандарти України).
15. Прийняття в експлуатацію закінчених будівництвом об'єктів. Основні положення: ДБН А.3.1-94. [Втратив чинність - наказ Держбуду України від 18.10.2004 р. N 191]. - К.: Укпархбудінформ, 1994. – 24 с.
16. Ресурсний центр гурт // Шлях додому у різних країнах світу: реабілітаційні програми для колишніх учасників бойових дій / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://gurt.org.ua/>
17. Склад та зміст проектної документації на будівництво: ДБН А.2.2-3-2012 [Чинний від 2012-07-01]. - К: Мінрегіон України, 2012. –26 с. – (Національні стандарти України).
18. Студопедія Ваша школопедія // Принципи, завдання, мета реабілітації / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://studopedia.com.ua/> 26.
Сугробов Н. П. Охрана труда в строительстве : учебник для техникумов / Н. П. Сугробов, В.И. Поляков, Н.Ф. Бубырь.- Москва: Стройиздат, 1985. – 341 с.
19. Твір // Типологія будівель і споруд / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.twirpx.com/>

20. Центр досліджень соціальних комунікацій НБУВ // Соціально психологічна та медична реабілітація учасників АТО / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://nbuviar.gov.ua/>

ДОДАТКИ

ЦЕНТР ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ



ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«УНІВЕРСИТЕТ КОРОЛЯ ДАНИЛА»
ВІДГУК
керівника магістерської кваліфікаційної роботи

Студента Соловйова Тетяна Ігорівна

Групи МАд-22 Спеціальність 191 «Архітектура та містобудування»

На тему Центр психологічної реабілітації військовослужбовців

Актуальність теми. Побудова центрів психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах активних бойових дій з російським агресором є надзвичайно актуальною для України. Розкрито особливості проектування таких центрів, дано характеристику закордонного досвіду країн, які постраждали від війни.

Самостійність виконання та вміння працювати з літературними джерелами. Проаналізовані вітчизняні й закордонні напрацювання з окресленої проблематики, їх систематизація підтверджують вміння студента працювати з літературними джерелами.

Рівень творчої роботи та вміння порівнювати й аналізувати варіанти рішень, вибрати оптимальні. При розкритті проблематики продемонстровано творчий потенціал. Аналіз, систематизація проблем, оцінка їх ефективності вказують на вміння вибору оптимального варіанту вирішення.

Рівень теоретичної та практичної підготовки, конструкторські навички, технічна ерудиція. Проектування Центру психологічної реабілітації військовослужбовців охоплює вирішення технічних, економічних і організаційних задач у конкретних умовах, з чим студент успішно впорався.


Позитивні аспекти. Логічна послідовність викладу, обґрунтовані результати підтверджують, що сформульовані завдання в роботі вирішені.

Недоліки. Недоліків не виявлено.

Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій, можливість впровадження у виробництво. Основні положення дослідження можуть бути використані під час проектування аналогічних центрів.

Загальна оцінка проекту (роботи) та рекомендації щодо допуску до захисту в ЕК. Магістерська робота рекомендується до захисту та заслуговує високої оцінки

Керівник


Габрель Микола Михайлович,
проф., д-р техн. наук, проф. кафедри архітектури та містобудування

ПЛАГІАТ



метадані

Заголовок

ЦЕНТР ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Автор

Соловійова Т.І. Науковий керівник / Експерт

підрозділ

King Danylo University

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		4
Інтервали		0
Мікропробіли		0
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		548

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.

