



УДК 304.4:614.2  
ББК 60.561.6

## СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ АРХИТЕКТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Назарова Марина Петровна**

Доктор философских наук, профессор кафедры философии, социологии и психологии,  
Волгоградский государственный архитектурно-строительный университет  
info@vgasu.ru  
ул. Академическая, 1, 400074 г. Волгоград, Российская Федерация

**Барковская Анна Юрьевна**

Кандидат философских наук, доцент кафедры философии, социологии и психологии,  
Волгоградский государственный архитектурно-строительный университет  
anna\_bark@mail.ru  
ул. Академическая, 1, 400074 г. Волгоград, Российская Федерация

**Янин Кирилл Дмитриевич**

Аспирант кафедры философии, социологии и психологии,  
Волгоградский государственный архитектурно-строительный университет  
info@vgasu.ru  
ул. Академическая, 1, 400074 г. Волгоград, Российская Федерация

**Аннотация.** Архитектурное пространство для медицинской деятельности рассмотрено как системообразующий элемент социального пространства медицины, которое является полем социальной деятельности, предполагающим полифункциональное единство интроперсональных, групповых и институциональных уровней социального взаимодействия по поводу сохранения и укрепления здоровья людей. Объекты архитектурного пространства медицинского профиля анализируются в категориальном поле философии культуры. Выявлены особенности формирования архитектурного пространства медицины в рамках зарождающейся идеологии, именуемой «архитектура здоровья».

**Ключевые слова:** социальное пространство, социальное пространство медицины, архитектурное пространство, архитектурное пространство для медицинской деятельности, архитектура здоровья.

В иерархии ценностей современного человека одно из первых мест занимает здоровье и ориентация на повышение качества жизни, одним из критериев которого является организация предметно-пространственной среды, в которой протекает социальная деятельность человека. Эта среда может как способствовать комфортной жизнедеятельности челове-

ка, так и создавать трудности при осуществлении социальных коммуникаций. И если здоровый человек с этим вполне может справиться, то человеку в состоянии болезни требуется включить все адаптивные механизмы, так необходимые ему для борьбы с болезнью, а не с окружающей его пространственной средой. В связи с этим создание оптимальных и ком-

фортных архитектурных объектов медицинского профиля является важнейшей задачей современного общества.

Создание архитектурного пространства для медицинской деятельности взаимосвязано с пониманием того, что представляет собой *социальное пространство медицины* – это поле социальной деятельности, предполагающее полифункциональное единство интроперсональных, групповых и институциональных уровней социального взаимодействия по поводу сохранения и укрепления здоровья людей, предупреждения и лечения заболеваний, продления жизни, включающее совокупность значимых индивидов (врач, медицинская сестра, пациент и др.), социальных групп (медицинские работники, пациенты, родственники пациентов и др.), социальных институтов, комплиментарных медицине (семья, религия, образование и др.), объектов (материальные ресурсы обеспечения деятельности – здания и сооружения, инструменты, оборудование, сетевые ресурсы и т. д.) в том или ином их взаимном расположении; представления индивида или группы о своем месте в структуре этого поля.

Иными словами, социальное пространство, в котором порядок обусловлен особенностями социального взаимодействия, групповой иерархией, формальными и неформальными связями, ролевыми факторами, имеет пространственную фиксацию. Тогда его можно рассматривать как совокупность социальных отношений, ежедневно разворачивающихся перед человеком или с его участием, либо в образе слов, действий, поступков людей, либо в определенном образе вещей, интерьера, архитектурного ансамбля, то есть *социальное пространство* представляет собой среду обитания людей, характеризующуюся специфическими социально-коммуникативными и вещно-предметными особенностями их взаимодействия.

Социальные пространственные структуры не возникают сами по себе в природе, а формируются только благодаря определенному виду деятельности людей и несут на себе печать социальных отношений, характерных для конкретной исторической эпохи и модели культуры с учетом национальных и региональных особенностей, отражают идеологию, ре-

лигиозные, эстетические предпочтения и экономическое благосостояние общества, выступая как культурно-значимые пространственные формы.

Под *архитектурным пространством* мы будем понимать «форму организации человеческой жизнедеятельности, сконструированную в соответствии с социальной необходимостью, техническими возможностями и эстетическими идеалами перманентно воссоздающих ее субъектов культуры» [5, с. 6]. Архитектурное пространство представляет собой совокупность пространственных объектов, объединенных социально-значимой информацией, в которых отражается пространственное воплощение социокультурной модели общества.

Как социокультурный феномен архитектурное пространство для медицинской деятельности предполагает социального субъекта воспринимающего, оценивающего, интерпретирующего архитектурные объекты. Специфика архитектурных объектов заключается в том, что они всегда находятся в контексте социальных процессов и их интерпретации индивиды и социальные группы, задействованные в лечебно-профилактическом процессе, осуществляют непрерывно, что позволяет их рассматривать как уникальные пространственные объекты, способствующие коммуникации как в вертикальной (от поколения к поколению), так и в горизонтальной плоскости (от общества к социальной группе и к индивиду).

Архитектурное пространство представляет собой отражение духовного в предметно-вещественном, а значит оно: во-первых, является транслятором ценностей, позволяющим индивиду или социальной группе быть включенными в социокультурное поле, во-вторых, формой социальной деятельности по созданию институциональных программ и, в-третьих, фактором формирования национальной, культурной, территориальной идентичности.

Таким образом, *архитектурное пространство* материально фиксирует в пространственных формах социальные процессы, что позволяет считать его одним из системообразующих элементов *социального пространства*. Соответственно, *архитектурное пространство для медицинской*

деятельности является системообразующим элементом *социального пространства медицины*.

Интерес к рассмотрению архитектурной составляющей обусловлен тем, что медицина как социальное пространство, подвергаясь в современной России существенным трансформациям, предъявляет новый уровень требований к строительству новых объектов и реконструкции уже существующих. Проектирование и строительство учреждений здравоохранения в последнее время ведется с учетом реформирования отрасли здравоохранения. В рамках Национального проекта «Здоровье», стартовавшего в 2006 г., было предусмотрено строительство 15 федеральных центров высоких медицинских технологий в регионах: 7 по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», 5 по профилю «травматология, ортопедия и эндопротезирование», 2 по профилю «нейрохирургия» [оба уже введены в строй в Тюмени (2011) и Новосибирске (2012)], помимо региональных центров, в Москве был построен Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии (2011). В реализации национального проекта используется европейский подход, стандарты которого максимально подчеркивают заботу о человеке. Это новый тип медицинских учреждений, где лечение совмещено с высоким уровнем комфорта и максимальной открытостью для родственников и посетителей пациента. При проектировании внимание акцентируется на необходимости сочетания медицинских и социокультурных функций объекта с привлекательным дизайном. В России почти все проекты поликлиник и больниц имели типовой характер с одинаковой отделкой и дизайном, но в новых социально-экономических условиях ситуация стала меняться.

Непрерывное совершенствование методов и средств диагностики и лечения, внедрение новой медицинской аппаратуры и оборудования, возникновение новых, ранее неизвестных лечебно-диагностических отделений и вспомогательных служб, применение новых форм организации медицинского обслуживания приводит к изменению содержания, мощности, а иногда и профиля уже существующих лечебных учреждений. Эти изменения, в свою

очередь, требуют адаптации сложившихся пространственных структур к новым потребностям. Не только меняющийся характер взаимодействия социальных субъектов медицинской деятельности формирует новые пространства, но и само пространство оказывает влияние на характер его протекания.

Медицинские учреждения – это гуманитарные учреждения, обязанные реализовывать максимальную заботу о человеке, и одновременно высокотехнологичные «производственные предприятия». Именно поэтому они входят в число сложных с точки зрения архитектурного проектирования типов учреждений, поскольку должны не только осуществлять диагностику, оказывать медицинскую помощь, предоставлять широкий спектр медицинских услуг, решать административно-хозяйственные задачи, удовлетворять социокультурные потребности, отвечать различным нормативам и требованиям, но и создавать комфортные условия, в первую очередь для пациентов. Мы не отрицаем, что они необходимы и для врачей, медицинского персонала, родственников пациентов, но именно пациент, если вспомнить латинскую этимологию – терпящий, страдающий, иногда длительное время, подчас борющийся за свою жизнь, а возможно и умирающий, заслуживает приоритетного учета его потребностей. Это требует создания гуманной, доброжелательной, благоприятной для лечения и поддержания здоровья человека пространственной среды.

В России в стадии формирования находится новое научное направление «Архитектура здоровья», предполагающее шаги в повышении качества лечения и удовлетворенности пациента, сохранении его достоинства, реализуемые посредством новой архитектуры, имеющей терапевтические функции. Л.Ф. Сидоркова, заместитель генерального директора ЗАО «Гипроздрав – НПЦ по объектам здравоохранения и отдыха», член Союза Архитекторов пишет: *«Архитектура здоровья объединяет здания для лечебных, реабилитационных, оздоровительных учреждений, в которых создается особая архитектурная среда, способствующая всеми своими составляющими (современные медицинские технологии и инженерные системы, набор и взаиморасположение поме-*

щений и служб, интерьеры) полноценному процессу оздоровления. Архитектура здоровья – это искусство распутать множество технологических потоков и в результате создать высокотехнологичное, удобное и одновременно красивое пространство как для пациентов, так и для персонала» [6, с. 30]. На Западе подобного рода подходы формулируются уже давно, например, «Sensitive Architecture» («Чувствительная архитектура») – направление, в архитектуре, дизайне, разработанное архитектором, исследователем в области влияния окружающего пространства на психическое здоровье людей Марией Леман (M. Lechman) [7]. Суть данного направления: объединить достижения архитектурного дизайна, науки и ноу-хау для того, чтобы сделать жизнь человека комфортнее, будь то в школах, больницах и прочих общественных местах, сократить разрыв между архитекторами и психологами, социологами, философами и др. В нашей стране междисциплинарная дискуссия о новой идеологии, лежащей в основе проектирования, строительства и реконструкции объектов медицинского профиля, актуализировалась только в последние годы, чему способствовали приоритетный национальный проект «Здоровье», растущая конкуренция учреждений разных форм собственности и знакомство заинтересованного научного сообщества с европейским опытом.

Впервые в России в рамках «Дней британского здравоохранения в Санкт-Петербурге» прошел семинар по теме «Архитектура, дизайн, искусство в медицинских клиниках – новые шаги в повышении качества лечения и удовлетворенности пациента». Великобритания, где находятся одни из самых старых и мрачных больниц в Европе, в настоящий момент – в середине самого большого расширения с момента создания закона о Национальной службе здравоохранения в 1947 г., потому что там строятся свыше 100 современных больниц и особое внимание в процессе проектирования уделяется дизайну. В 2010 г. Департамент Здравоохранения Великобритании запустил принципиально новый проект «Дизайн, сохраняющий достоинство пациента» [2]. Британский архитектор Тони Монк (T. Monk) считает, что окружающая среда больницы спо-

собствует лечению пациентов. В своей книге «Строители больниц» он предлагает всестороннюю оценку 32 значительных проектов в области здравоохранения в Великобритании и по всему миру, демонстрируя приверженность к архитектуре «с человеческим лицом» [8].

Журнал «Проект Балтия» организовал дискуссию «Архитектура как терапия», в ней приняли участие архитекторы одного из ведущих архитектурных бюро Германии «Heinle, Wischer und Partner», специализирующегося на проектировании медицинских учреждений [1]. Остановимся на основных идеях, высказанных Эдцардом Шульцем (E. Schultz), партнером бюро [4]. Современное медицинское здание, по его мнению, должно проектироваться по схеме, близкой к сеткам Пита Мондриана (M. Piet), нидерландского художника, одного из основоположников абстракционизма, строившего композиции на основе свободно сконструированной и заполняющей холст пространственной сетки. Это означает, что нужно сразу предусмотреть некоторое количество незаполненных ячеек, где впоследствии обязательно разместится новая функция постоянно растущего больничного организма. Медицинское оборудование меняется каждые пять лет, поэтому больницы надо постоянно достраивать, в Германии, как пишет Э. Шульц, это происходит как минимум каждые 14 лет, примерно в такой же срок меняется и главврач. Здание он уподобляет организму: его скелет – конструкции, может стоять сотни лет; фасад – кожа, выдерживает обычно 30–40 лет; мускулы – внутреннее пространство, работает не столь долго; отдельные органы меняются совсем часто, например, технические связи и коммуникации.

Немецкая архитектура медицинских учреждений претерпела ряд изменений в XX веке. Первые больничные комплексы появились в Германии около 110 лет назад, после реформы, которая положила начало общедоступной медпомощи. В 1960-х клиники начали строить за городом. Во времена структурализма 70-х гг. больницы строились по принципу «город в городе». В 80-х они становятся более интегрированными в городскую структуру, а уже в 90-х превращаются в один из тех «кирпичей», из которых и состоит город, как церковь или школа. Современные медицинские

здания становятся все более интегрированными в ландшафт.

В области архитектуры медицинских учреждений приходится сталкиваться с проблемой реконструкции или достройки старых зданий, которые исторически остаются центральными во многих больничных комплексах, при этом больничная архитектура постепенно перестает быть монофункциональной: в составе таких комплексов возникают пространства для игры и представлений (возникают новые формы, например, больничная клоунада), киноконцертные, лекционные залы, библиотеки; объекты торгово-бытового обслуживания (магазины, парикмахерские, кафе, офисы банков); помещения и здания религиозного назначения; гостиницы, пансионаты и др.

Архитектурное пространство, являясь повсеместной частью жизненного пространства человека, выступает по отношению к воспринимающему субъекту как: пространство для реализации разнообразных видов деятельности, источник социальной информации, интериоризированная ценность, эмоциональный опыт, фактор самоидентификации личности. Содержание социально-структурированного и функционально-организованного архитектурного пространства зависит от потребностей и оценок субъектов, реализующих в нем взаимодействие. Каковы же они в медицине?

Б.Г. Юдин и П.Д. Тищенко считают, что организационно-планировочное решение основной массы современных российских больниц сформировано под влиянием «идеологии острого заболевания» [3, с.134]. Пространство, в котором находится больной, строится из следующих элементов – койка (слово уже несет в себе оттенок «казенщины»), палата, коридор, столовая, туалет и те блоки, в которых ему оказывается медицинская помощь. Это, вероятно, оптимальная структура, скажем, для хирургического отделения, в котором пациент находится относительно короткий промежуток времени. Но когда на тех же принципах организовано архитектурное пространство психиатрических клиник, где тысячи больных проводят значительную часть своей жизни, то здесь налицо ущемление права пациентов на достойное человеческое существование. Больной оказывается под дав-

лением рутинного порядка медицинского лечения, ограниченным в отношении возможностей реализации своих жизненных планов, изолированным в примитивно функционально организованном, а часто и просто убогом архитектурном пространстве. Но ведь психиатрический больной так же, как и остальные люди, живет мечтами и надеждами на возможность самореализации, что просто немыслимо без его эффективной реабилитации и социализации, в том числе без организации в рамках психиатрических больниц адекватно организованного жизненного пространства.

Аналогичные аргументы справедливы и для значительного контингента больных, каким являются дети, особенно страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями. Архитектурное пространство детской больницы должно создавать возможности для личностного развития ребенка, пространство для игры и обучения, а не только для лечения. Необходимо, чтобы пространство вызывало положительные эмоции, радовало, отвлекало от тяжелых физических и душевных страданий. Естественно, столь же необходимо изменить идеологию врачевания и взрослых хронических пациентов, дополнив ее логикой общественной жизни, включая клиническую психологию, социальную помощь, что, в свою очередь, требует изменения способов организации предметно-пространственной среды.

Собственно говоря, эта проблема связана не только с идеологией медицины, но и с моральным несовершенством существующего в стране общественного сознания в целом. Архитектура метро, театров, кинотеатров, библиотек, стадионов, школ, институтов, жилых домов и общественных зданий – всего градостроительного пространства – по сути, дискриминирует инвалидов, которые в огромном числе случаев оказываются в заточении в своих квартирах и лишены тех возможностей полноценной социальной жизни, которыми обладают другие граждане. Общество, даже называя инвалидов «людьми с ограниченными возможностями», уже их стигматизирует, в то время как в последние годы все активнее говорят и воплощают в жизнь установку «инвалид – человек с повышенными потребностями». Нельзя не отметить позитивные изменения, реализованные у нас в стране, на-

пример, в строительстве спортивных объектов и социальной инфраструктуры, учитывающие потребности инвалидов (так называемая безбарьерная среда), проведенные в Казани в 2013 г. в связи со Всемирной летней Универсиадой и в г. Сочи по случаю проведения Зимней Олимпиады 2014 года.

Антропометрические, физиологические и психологические особенности больных лечебного учреждения, тем более инвалидов, предполагают другие эргономические требования к среде, нежели к среде, предназначенной для здоровых людей. При проектировании предметной среды должны учитываться отличительные особенности различных групп больных по мобильности, возрасту, тяжести и характеру заболеваний. Им должны быть обеспечены беспрепятственность и безопасность доступа в здание и перемещения внутри него, удобство и комфорт получения медицинской помощи и услуги.

Грубый архитектурно-планировочный функционализм, зачастую неудовлетворительное материально-техническое состояние учреждений медицинского профиля, административный режим пребывания в нем, напоминающий если не тюрьму, то учреждение строгого режима, доставшиеся нам от недавнего советского прошлого, вводит пациента и без того находящегося в состоянии тревоги под влиянием заболевания, в еще большее состояние стресса. Продуманные архитектура и дизайн, не в ущерб функциональности медицинских учреждений, в немалой степени влияют на состояние пациента и работу врачей. Конкретные конструктивные изменения в условиях и способах организации медицинской помощи могут уменьшить стресс и облегчить его последствия для пациентов, способствовать их исцелению, они могут также помочь предотвратить медицинские ошибки и внутрибольничные инфекции, а также повысить моральный дух сотрудников и эффективность их работы. Специалисты сходятся во мнении, что будущее за клиниками, внешний вид которых скорее напоминает жилое помещение, чем больницу в нашем традиционном представлении.

Данная статья представляет собой один из первых опытов теоретического ос-

мысления формирования архитектурного пространства для медицинской деятельности. Эта проблема безусловно требует междисциплинарного подхода, в котором архитекторы, философы, социологи, специалисты в области биоэтики, психологи, взаимодействуя, создают оптимальную пространственную среду для человека в состоянии болезни. Первые опыты уже есть, но они не являются повсеместными, их распространение зависит от того, насколько мы в нашем российском обществе быстро впишемся в новую для нас идеологическую модель – «архитектура здоровья».

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архитектура как терапия. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://projectbaltia.com/news-ru/4674> (дата обращения: 24.04.2015). – Загл. с экрана.
2. Введение в биоэтику / под ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. – М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 384 с.
3. Бородин, А. И. Архитектура и дизайн медицинских учреждений / А. И. Бородин // Медицина Петербурга. – 2010. – № 22.
4. Матрица медицины. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://projectbaltia.com/news-ru/4842> (дата обращения: 24.04.2015). – Загл. с экрана.
5. Назарова, М. П. Архитектурное пространство как социокультурный феномен: автореф. дис. ... д-ра филос. наук: 09.00.13 / Назарова Марина Петровна. – Волгоград, 2013. – 49 с.
6. Сидоркова, Л. Ф. Архитектура здоровья / Л. Ф. Сидоркова // Кто есть кто в медицине. – 2009. – № 3 (40).
7. Lechman, M. L. How Emotion Impacts the Perception of Architecture / M. L. Lechman. – Electronic text date. – Mode of access: <http://sensingarchitecture.com> (date of access: 24.04.2015). – Title from screen.
8. Monk, T. Hospital builders / T. Monk. – Chichester, England; Hoboken, N. J.: Wiley-Academy, 2004. – 223 p.

### REFERENCES

1. *Arkhitektura kak terapiya* [Architecture as a Therapy]. Available at: <http://projectbaltia.com/news-ru/4674> (accessed April 24, 2015).
2. Borodina A.I. *Arkhitektura i dizayn meditsinskikh uchrezhdeniy* [Architecture and Design

of Medical Facilities]. *Meditsina Peterburga*, 2010, no. 22.

3. Yudin B.G., Tishchenko P.D., eds. *Vvedenie v bioetiku* [Introduction to Bioethics]. Moscow, Progress-Traditsiya Publ., 1998. 384 p.

4. *Matritsa meditsiny* [The Matrix of Medicine]. Available at: <http://projectbaltia.com/news-ru/4842> (accessed April 24, 2015).

5. Nazarova M.P. *Arkhitekturnoe prostranstvo kak sotsiokulturnyy fenomen: avtoref. dis. ... d-ra filosof. nauk* [Architectural Space as a Sociocultural

Phenomenon. Dr. philos. sci. diss.]. Volgograd, 2013. 49 p.

6. Sidorkova L.F. *Arkhitektura zdorovya* [The Architecture of Health]. *Kto est kto v meditsine*, 2009, no. 3 (40).

7. Lechman M.L. *How Emotion Impacts the Perception of Architecture*. Available at: <http://sensingarchitecture.com> (accessed April 24, 2015).

8. Monk T. *Hospital Builders*. Chichester, England; Hoboken, NJ: Wiley-Academy, 2004. 223 p.

## SOCIOCULTURAL ASPECTS OF THE ARCHITECTURAL SPACE ORGANIZATION FOR MEDICAL ACTIVITY

**Nazarova Marina Petrovna**

Doctor of Philosophical Sciences, Professor, Department of Philosophy, Sociology and Psychology, Volgograd State University of Architecture and Civil Engineering  
info@vgasu.ru  
Akademicheskaya St., 1, 400074 Volgograd, Russian Federation

**Barkovskaya Anna Yuryevna**

Candidate of Philosophical Sciences, Associate Professor, Department of Philosophy, Sociology and Psychology, Volgograd State University of Architecture and Civil Engineering  
anna\_bark@mail.ru  
Akademicheskaya St., 1, 400074 Volgograd, Russian Federation

**Yanin Kirill Dmitrievich**

Postgraduate Student, Department of Philosophy, Sociology and Psychology, Volgograd State University of Architecture and Civil Engineering  
info@vgasu.ru  
Akademicheskaya St., 1, 400074 Volgograd, Russian Federation

**Abstract.** The architectural space for medical activity is reviewed as an integral part of the social medical space, which represents the area of social activity implying a multifunctional integrity of interpersonal, group-wide and institutional levels of social interaction regarding the issues of human health promotion. The article is dedicated to reviewing the objects of architectural space belonging to the medical specialization within the categorical framework of philosophy of culture. The article educates the main features of medical space formation within the incipient ideology called “Healthcare Architecture”.

**Key words:** social space, social medical space, architectural space, architectural space for medical activity, healthcare architecture.