

АРХИТЕКТУРА И ГРАДОСТРОИТЕЛЬСТВО

УДК 725.51

DOI: 10.31675/1607-1859-2021-23-2-9-23

*А.С. ГРОМОВА, О.Г. ЛИТВИНОВА,
Томский государственный архитектурно-строительный университет*

ПРОЕКТИРОВАНИЕ ХОСПИСОВ В КОНЦЕПЦИИ САЛЮТОГЕНЕЗА

Теория салютогенеза широко используется в здравоохранении, однако многие архитекторы, проектирующие здания хосписов, редко оперируют её принципами при создании проектов. В статье рассмотрены ключевые аспекты салютогенеза, приведены примеры, демонстрирующие работу по адаптации больных в паллиативных учреждениях, которая напрямую влияет на архитектуру зданий, организацию планировочной и функциональной модели.

Теория салютогенеза заключается в том, что существует три вида внутренних ресурсов, которые поддерживают и укрепляют здоровье человека, их совокупность обеспечивает принцип когерентности – движения вперед, оно противостоит энтропийным силам болезни и немощи. Принцип когерентности состоит из ресурсов, которые улучшают управляемость – способность поддерживать гомеостаз и физическую функцию; ресурсов, которые улучшают понятность, постижимость – способность увидеть порядок и смысл даже в неопределенных ситуациях; ресурсов, которые обогащают чувство осмысленности, значимости – желания и причины, которые в первую очередь дают нам необходимость сопротивляться болезни. В исследовании рассмотрены теоретические аспекты салютогенеза в контексте создания специализированных учреждений.

Ключевые слова: архитектура паллиативных учреждений; проектирование; паллиативная помощь; хоспис; теория архитектуры.

Для цитирования: Громова А.С., Литвинова О.Г. Проектирование хосписов в концепции салютогенеза // Вестник Томского государственного архитектурно-строительного университета. 2021. Т. 23. № 2. С. 9–23.
DOI: 10.31675/1607-1859-2021-23-2-9-23

*A.S. GROMOVA, O.G. LITVINOVA,
Tomsk State University of Architecture and Building*

SALUTOGENESIS CONCEPT FOR HOSPICE DESIGN

The salutogenesis concept is widely used in a healthcare system, but many architects of hospices do not use this term. This paper describes the key aspects of the salutogenesis concept, work on patient adaptation in palliative care facilities, which directly affects the building architecture and organization of the planning and functional model

The salutogenesis concept is based on three types of internal resources that support and strengthen health, their combination provides a coherence or forward movement, which resists to the entropic forces of disease and infirmity. The coherence consists of resources that improve: manageability (the ability to maintain homeostasis and physical function); resources that improve comprehensibility (the ability to see order and meaning even in uncertain situations); resources that enrich the meaningfulness, significance (desire and reasons for resisting illness). The paper considers the theoretical aspects of the salutogenesis concept for creating specialized institutions.

Keywords: architecture of palliative care facilities; design; palliative care; hospice; theory of architecture.

For citation: Gromova A.S., Litvinova O.G. Proektirovanie khospisov v kontseptsii salyutogeneza [Salutogenesis concept for hospice design]. Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo arkhitekturno-stroitel'nogo universiteta – Journal of Construction and Architecture. 2021. V. 23. No. 2. Pp. 9–23.
DOI: 10.31675/1607-1859-2021-23-2-9-23

Введение

В начале XXI в. термин «салутогенный» стал известным словом для презентации архитектуры здравоохранения и ухода за больными. Этот термин был придуман, чтобы описать модель социально-экологических воздействий на здоровье, однако в интерпретации проектировщиков он означает не среду, направленную на восстановление, а скорее включение объектов природы при планировании генеральных планов, например, парков или озелененных территорий. Современная архитектура нуждается в новой теории, чтобы установить, могут ли представления о природе быть восстанавливающими в каждом конкретном случае и, что более важно, иметь возможность выйти за рамки этой аксиомы и найти другие способы проектирования архитектурной среды, способной восстанавливать психологическое здоровье и улучшать качество жизни [4].

Эстетические изменения дизайна в учреждениях хосписов могут улучшить показатели здоровья и качество жизни для пациентов. Существует ряд теорий для объяснения этих эффектов, однако большинство из них ограничены лишь определенными стимулами, выявленными под микроскопом теоретиков. Примеры включают эволюционную гипотезу, объясняющую влияние «взглядов на природу» [34], и экологическую теорию Лоутона и Нахемова [30], которая утверждает, что в торговле есть «золотая середина» – момент между дизайном для комфорта и дизайном для решения умственных и физических проблем. Другие утверждают, что наиболее важными вопросами для здоровья в дизайне являются чистота и борьба с патогенами [11]. Также были рассмотрены естественное и искусственное освещение, дизайн звукового ландшафта и такие вещи, как цвет стен [26, 35], а также расположение мебели в психиатрических учреждениях [7, 18].

Все эти теории важны для проектирования медико-социальных учреждений, однако они все игнорируют тот факт, что эта архитектура может быть психологически управляемой в лучшую или худшую сторону. Архитектура осуществляет это путем предоставления повествовательного контекста, который влияет на поведение человека, нервные и эндокринные системы, через

воздействие на мозг и тело архитектура может напрямую влиять на здоровье [24]. Теория А. Антоновского обеспечивает доступную модель для определения этих эффектов в дизайне [21].

Салютогенная теория не является идеальной системой оздоровления [32], но как теория она имеет область и перспективу, которых нет у других способов понимания здоровья [4]. Салютогенез – это способ понимания всего спектра здоровья и оздоровления, независимо от специфики и деталей. Другими словами, он обеспечивает всеобъемлющую нарративную структуру, которая выходит за рамки индивидуальных различий между людьми, а также различий между диагнозами, обстоятельствами, изменениями среды и т. д. Салютогенная теория полезна для подходов, основанных на «обобщении», для охвата спектров благополучия и здоровья/болезней, и как таковая она полезна для управления косвенными, сложными, неясными или неизвестными факторами в состоянии здоровья [22, 28].

Однако отсутствует четкое понимание теории, необходимой для разработки и расширения сферы применения салютогенных вмешательств. Исходя из вышеизложенного, в статье рассматривается применение основополагающих принципов салютогенеза в проектировании архитектуры объектов здравоохранения.

Основа салютогенеза – чувство когерентности

Салютогенез предполагает, что хорошее эмоциональное, психическое и соматическое здоровье поддерживается благодаря динамической способности адаптироваться к меняющимся жизненным обстоятельствам. Верно и обратное – силы, которые препятствуют способности адаптироваться, оказывают этиологическое влияние на болезнь. Человек «поддается болезни», когда требования мира к нему превышают его способность справиться с ними. Таким образом, микроб сам по себе недостаточен для того, чтобы вызвать заболевание, – его необходимо культивировать в среде с недостаточной способностью к резистентности [1]. Модели, которые принимают «множественную причинность», как правило, описывают силы, которые вызывают дезадаптивность, как «стрессоры», комплекс воздействий, охватывающий все, от радостных событий до жизненных трагедий и банальных забот [3]. По сути, все может считаться стрессором, делая стресс бесполезным понятием. С другой стороны, усилия, направленные на улучшение адаптивности, достаточно специфичны, чтобы предлагать практические и конструктивные решения. Эти силы были обозначены как «чувство согласованности», также известное как ЧС [2].

Когда человек не в состоянии приспособиться к обстоятельствам и переживаниям, физическое или психическое здоровье «ухудшится» [1]. Но, если человек сосредоточит внимание на чувстве согласованности и ресурсах, возникает основа, которая может быть легко применена к проектированию учреждений, направленных на оказание паллиативной помощи. Чувство согласованности, поддерживающее проектирование, может помочь высвободить ресурсы, которые обеспечивают устойчивость к болезням, и уменьшить дезинтеграционные силы, которые в первую очередь вызывают дезадаптацию.

Принципы салютогенеза, которые необходимо учитывать при проектировании хосписов

В основе принципа когерентности лежат чувства, которые должны испытывать пациенты хосписов. Как правило, работники хосписов направляют основной объем своих действий на достижение этих чувств. Здесь большое значение приобретает комплекс архитектурных элементов как в интерьере, так и в экстерьере, который должен быть направлен на поддержание внутренних жизненных ресурсов человека.

– *Чувство согласованности* – это сумма всех обобщенных ресурсов сопротивления (или ОРС – далее по тексту «ресурсы») за вычетом всех обобщенных дефицитов сопротивления [3].

– *Чувство понятности*, постижимости (comprehensibility), при высокой выраженности которого мир рассматривается как разумный и постижимый в принципе, а события жизни можно понять и предвидеть. Человек с таким чувством не избегает неопределенных ситуаций, он уверен, что в них можно обнаружить порядок и смысл.

– *Чувство управляемости*, подконтрольности (manageability), при котором человек полагает, что ему доступны достаточные ресурсы, как внутренние, так и внешние, для выполнения требований, предъявляемых к нему различными ситуациями. Это чувство дает веру не в то, что человек способен предотвратить несчастье, а в то, что, используя собственные силы и способности или опираясь на помощь друзей, коллег, Бога и прочее, он сможет справиться с несчастьем и его пережить [23].

– *Чувство осмысленности* (meaningfulness) – эмоциональное переживание того, что жизненные задачи заслуживают усилий по их разрешению и активного включения в процесс их достижения. Осмысленность у А. Антоновского тесно связана с включенностью, она указывает на то, что мир небезразличен человеку, его задачи имеют личное значение и мотивируют на активность. В течение жизни индивидуальный уровень чувства когерентности может меняться.

Взаимосвязь биохимических ответов и архитектурной среды

Люди ведут себя совершенно по-разному в ситуациях, когда им что-то угрожает и когда они счастливы [8, 27, 17]. Они ведут себя более вежливо, когда полны высоких эмоций, таких как благоговение. Эти эмоции не являются поверхностными и имеют реальные долгосрочные последствия [14]. Наука о воздействии архитектурной среды на здоровье относительно нова и требует больше исследований, но предполагается, что нейротрансмиттеры реагируют на стимулы окружающей среды, следовательно, реагируют на дизайн архитектуры [24]. Например, ацетилхолин регулирует баланс, гомеостаз, мышечный тонус, а также большинство вещей, которые мы ассоциируем с комфортом – тепло тела, чувства осязания и голода [9]. Считается, что свет в помещениях смягчает серотонин и гормоны на серотонинергическом пути, такие как мелатонин [10]. В свою очередь, эти гормоны влияют на циркадные ритмы, контроль воспаления и т. д. Другим нейротрансмиттером, который может быть в высокой степени реагирующим на раздражители окружающей среды,

является дофамин [29], и именно этот нейротрансмиттер наиболее тесно связан с эмоциями.

Дофамин интересен тем, что он непосредственно связан с многими психическими заболеваниями [25]. Дофамин имеет сильные связи в лимбической области мозга [16], – области, которая характеризуется как центр повествовательного познания и эмоционального равновесия. Гипотеза состоит в том, что дофамин опосредует интенсивность нашего опыта историй. Эти истории составлены из информации, которую собирают из окружающей искусственной среды гиппокампы (которые смягчают структуру истории) и миндалины (которые смягчают чувство индивидуальности: ощущение, что история обо мне) [32]. К сожалению, когда люди психически больны и их дофамин не регулируется, они могут страдать слишком сильно от мелочей и из-за недостаточно важных событий. Соответственно человек в архитектурном пространстве индивидуализирует историю своего местонахождения.

Гипоталамус, еще один лимбический орган, работает как переключатель: когда другие органы сигнализируют о том, что возникающая история указывает на опасность, гипоталамус выключает все трудоемкие и творческие части мозга и вместо этого включает автоматический и инстинктивный режим. Гипоталамус также запускает эндокринную систему в режим чрезвычайной ситуации, замыкая нормальный эндокринный каскад. Холестерин блокируется от переработки в эстроген, прогестерон, тестостерон и другие желательные и необходимые гормоны, как обычно. Вместо этого холестерин остается в сыром виде, готовый спровоцировать различные нарушения кровообращения вплоть до летального исхода (т. к. это полезная защита первой линии от кровотечений или сердечной недостаточности). Наряду с этим, аргинин, вазопрессин, кортикотропин высвобождают кортизол и другие гормоны, которые важны в чрезвычайных ситуациях. Эти гормоны определяют многое из того, что мы чувствуем на эмоциональном уровне, но, помимо защитной функции организма от голода, обезвоживания и кровопотери, и т. к. нам не всегда нужно испытывать панику или злость, большинство негативных реакций, вызываемых этими гормонами, являются излишними. Например, когда окружающая среда физически безопасна и целью является укрепление здоровья. После длительного воздействия негативных эмоций гормональные реакции напрямую связаны с эпидемиологией «болезни образа жизни».

Эстетика, искусственная среда и здоровье

Традиционно идея о том, что эстетика оказывает какое-либо влияние на здоровье (и даже на смертность), представляется суеверной и иногда даже оккультной, поэтому она не так широко принята, как следовало бы [24]. Концепция эстетического воздействия на здоровье была научно проверена не один раз, выполнено множество исследований, опровергающих нулевую гипотезу о том, что между эстетикой среды и состоянием здоровья не существует взаимосвязи. В 2005 г. Карин Дейкстра в результате системного анализа составила обзор для определения воздействия физических факторов окружающей среды в медицинских учреждениях на здоровье и благополучие пациентов. Она выявила и проанализировала 30 рецензируемых статей, где

представлены результаты от эффектов воздействия свойств архитектурной среды на пациентов, способствовавших потенциальному выздоровлению. В выводах приведены убедительные статистические данные [12] об ускорении выздоровления на 30,8 и 38 %. Более низкая смертность была обнаружена, когда пациентам с психиатрическими расстройствами обеспечивали освещенные солнцем комнаты [5, 6].

С салютогенной точки зрения такие результаты имеют значение: когда люди здоровы, они демонстрируют теоретический избыток ресурсов сопротивления, поэтому эстетические улучшения являются излишними, но когда люди болеют, они страдают от отсутствия равновесия между ухудшением и выздоровлением, поэтому любое подлинное влияние (в лучшую или худшую сторону) должно отражаться на результатах.

Есть ряд способов взаимоотношения нашего тела с внешним миром. Во-первых, существуют физические отношения: встроенная среда изобилует ограничениями – такими как заборы и стены, и возможностями – такими как проходы, мосты или окна, и они определяют многие из решений, которые мы принимаем. Как указывалось выше, традиционный взгляд на воздействие антропогенной среды на здоровье ориентирован на то, насколько хорошо она обеспечивает базовую функциональность и защиту. Это особенно актуально в области здравоохранения, поскольку его главным требованием является то, чтобы встроенная среда поддерживала более эффективное сопровождение пациентов, более надежные клинические процедуры, лучший контроль над инфекцией и т. д.

Архитектура и ресурс управляемости для пациентов

Традиционная среда здравоохранения ориентирована только на один из трех ресурсов салютогенеза – управляемость. В хосписах создают среду более управляемой для персонала с помощью централизованных служб питания и уборки, а также более управляемой для пациентов с помощью внутривенных капельниц, инкубации, систем отопления и охлаждения, катетеризации, диализа, вентиляции, искусственного кровообращения. Находясь в больнице, человек поражается тому, насколько жизнь здесь может поддерживаться автоматически – ведь пациентам даже не нужно дышать самостоятельно. Можно утверждать, что управляемость традиционно является единственным организующим принципом при проектировании медицинских учреждений: лучший надзор за пациентом, лучший контроль над инфекцией, более эффективное питание, прачечная, аптека, регистрация и даже парковка ставятся во главу угла по отношению к причудливым вещам, таким как эстетика.

По своей сути участие архитектора в улучшении управляемости в сфере здравоохранения заключается в оптимизации всех услуг, которые ранее уже были учтены. Однако архитектор, вооруженный пониманием салютогенеза, может пойти гораздо дальше, обращая внимание на то, как дизайн может улучшить ресурсы пациента для лучшего самочувствия [19].

Классическая планировка представляется с централизованными постами медсестер, чтобы улучшить управляемость персонала. Отказ от центральных станций персонала тем самым поворачивает локус контроля со стороны пер-

сонала обратно к пациентам, чтобы предотвратить потерю независимости и последующую атрофию жизненно важных навыков. То есть, предоставив альтернативные возможности для мониторинга пациентов, мы определяем неформальные места, где медсестры могут сидеть и наблюдать за большинством событий в отделении. В данной планировке хорошее наблюдение имеет каждый, а не только персонал. Это важный ответ на модели лечения, ориентированные на восстановление (рис. 1).

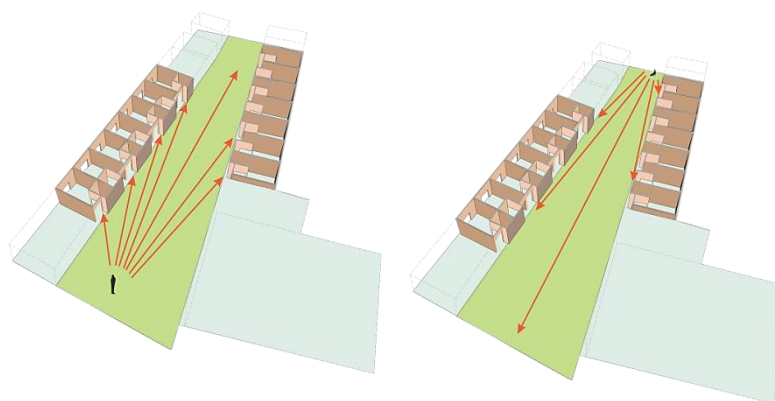


Рис. 1. Схема альтернативных возможностей для мониторинга пациентов. Автор А.С. Громова

Архитектура и ресурс понятности для пациентов

В отличие от традиционного подхода к архитектуре учреждений паллиативной помощи, салютогенный дизайн предлагает подчинить процессу проектирования все основные ресурсы для достижения когерентного состояния больного.

Внутренний ресурс состояния для больного человека, такой как *понятность*, – это способность понимать и согласовывать условия, в которых мы находимся. Как заметил Джон Донн, английский поэт и проповедник, больницы имеют давние традиции как места, где такое понимание делегируется медицинскому персоналу [15]. В хосписе редко ожидают, что пациент поймет, от чего он страдает или как больничный сервис сделает его лучше. Когда пациенты попадают в хоспис, регистратор или медсестра по уходу скажут им, куда идти, и врач обязан знать, что с ними не так и как лечить их недуг. Но эта ситуация меняется. В настоящее время пациенты имеют в своем распоряжении инструменты для самодиагностики и лечения, и эта осведомленность стала необходимой для поддержания хорошего здоровья и раннего выявления заболеваний [33].

В проектировании современных хосписов основной упор делается на навигацию, которая должна быть интуитивно понятна и которая в меньшей степени помогает пациентам помочь себе. Архитектура теперь направлена на внешний вид для глобальной ориентации по узнаваемым городским образцам улиц и использованию отличительных ориентиров, таких как скульптуры. Но понятность в салютогенном смысле – это гораздо больше, чем просто знать, куда идти, или знать о состоянии здоровья. Что еще более важно, понятность

предназначена для повышения или усиления эффективности человека в его начинаниях.

Тогда возникает вопрос: как архитектура здравоохранения должна усилить наше чувство *понятности*, то есть личного понимания – того, что мы воспринимаем как контекст среды, в которой мы находимся? Наиболее важные аспекты *понятности* в учреждениях паллиативной помощи вращаются вокруг повествований о последовательном опыте пациента при обсуждении «пути пациента».

Чувство понятности способно обеспечить ощущение контроля и личную безопасность, однако наша естественная склонность ассоциировать окружающую среду также может разрушить доверие. Пациент может слишком легко почувствовать себя как на съемочной площадке медицинской драмы: на кровати, в окружении синих ширм, рядом с машиной с красным мигающим светом. В медицинской драме подобная психологическая установка (настрой) означает неизбежную катастрофу, и архитектурный словарь приобретает тот же оттенок. Поэтому следует избегать комнат без окон, машин с мигалками, синих штор и ленточных подсветок.

В соответствии с этими принципами планировку новой модели хосписа необходимо представлять в виде центральной «площади» с прилегающими к ней необходимыми помещениями для больных. Все это предназначено для максимизации и расширения собственных возможностей и для формирования ощущения, что все будет хорошо (рис. 2). На рис. 3 представлена функциональная схема атриума – «площади», где заложены различные общественные функции, предоставляющие пациентам возможность разнообразить досуг. Например, заниматься садоводством вне зависимости от физических ограничений и времени года, чтобы развивать навыки и демонстрировать доказательства личного успеха.



Рис. 2. Планировочная структура 1-го этажа учреждения для паллиативной помощи. Автор А.С. Громова



Рис. 3. Мудборд функциональной наполняемости атриумного пространства учреждения для паллиативной помощи. Автор А.С. Громова

Диагностический центр израильской клиники «Хадасса» (Hadassah) (рис. 4), расположенный в Московском международном медицинском кластере (МММК) «Сколково», был отмечен на современных каналах СМИ: «Мы делали больницу, не похожую на больницу», – говорит Асадов. В атриуме посетителей встречают газоны и живые растения, полноценные деревья в кадках, которые создают ощущение природной среды, легкая трансформируемая мебель, которая может быть использована для общественных мероприятий.

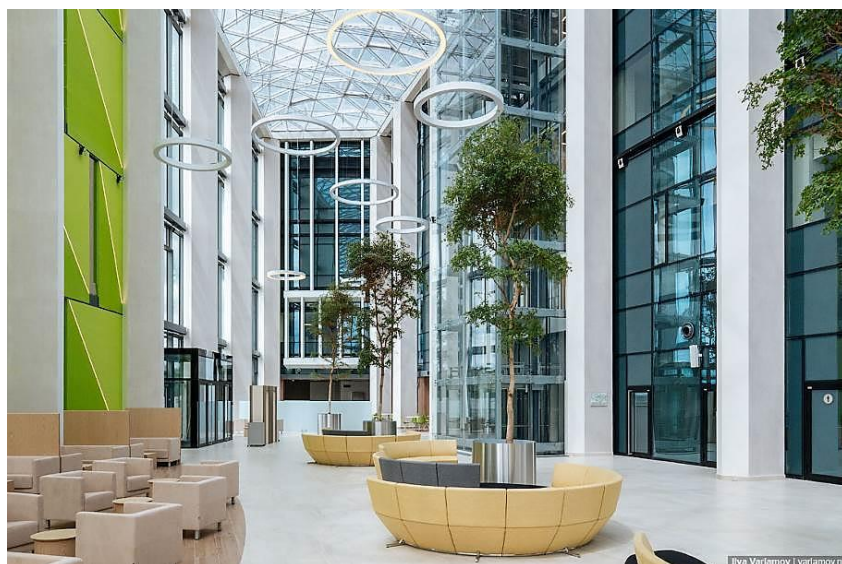


Рис. 4. Диагностический центр израильской клиники «Хадасса» (URL: varlamov.ru)

Тема позитивного оздоровляющего пространства продолжается и в интерьерах лечебного корпуса. Так, в каждой палате будет стена, имитирующая деревянную панель, на окнах шторы из бактерицидного материала. Это создаст ощущение домашнего уюта, что очень важно для пациентов, которые проводят в стационаре много времени. Это здание было специально спроектировано, чтобы дать пациентам «динамическое чувство уверенности в том, что существует высокая вероятность того, что все будет работать так, как этого можно ожидать» [3].

Архитектура и ресурс значимости для пациентов

Поскольку *значимость* в жизни человека важна для чувства *согласованности*, это должно быть главной заботой архитекторов при проектировании для улучшения здравоохранения. Но *значимость* имеет внутренние отношения с реальным миром за пределами объекта – какого: наиболее значимые мысли людей, вероятно, будут касаться животных, глобальной экологии, религии, политики, спорта, семьи, друзей, музыки, искусства, литературы, возможно, осуществление власти. Здания больниц не являются идеальным местом для подтверждения смысла жизни, потому что пациенты физически удалены от большей части того, что придает жизненный смысл: они полны бесконечных коридоров, ложных обещаний («вы скоро почувствуете себя лучше; вы можете почувствовать себя немного некомфортнее...»), ложных тревог, институциональной эстетики и непоследовательной помощи [36]. Больничная жизнь человека также создаёт социальную изоляцию, ограничивая часы посещения друзей и семьи и запрещая домашних животных. Однако учреждения хосписов в большинстве своем не столь категоричны и позволяют не только круглосуточное посещение, но и предлагают комнаты для ночного отдыха родственникам больных.

Тем не менее архитектор здравоохранения может создавать проекты больниц для повышения *значимости* пациентов. Люди очень редко активно ищут смысл, но правильный контекст может стимулировать поиск или, по крайней мере, обогащать его. Больница Кху Тейк Пэт в Сингапуре окружена обширным парком со своей уникальной флорой и фауной – у них даже есть реестр бабочек! В первую очередь это сделано для вдохновения пациентов, которые должны знать о чудесах природы.

В больнице Вилкания, которая преимущественно обслуживает коренное население в Австралии, архитектор Диллон Комбумерри спроектировал жилье для пациентов на первом этаже, с широкими верандами, выходящими на природные ландшафты, чтобы обеспечить место для посещения племени (обычно люди прибывают в больших компаниях, а не индивидуально) и чтобы пациенты знали, что их культурные корни уважаются и признаются.

Рассмотрев примеры организации больничных пространств с учётом трёх основных ресурсов, направленных на достижение когерентности пациента, мы видим, что теория салютогенеза в проектировании хосписов приобретает сегодня большее значение в обществе, чем когда-либо.

Заключение

Синце Дилани привнес концепцию салютогенеза в архитектуру, он возглавил Международную академию дизайна и здравоохранения для продвиже-

ния теории салютогении в архитектуре [13]. В результате деятельности академии и ежегодных премий за лучший проект популярность этой концепции возросла, она стала модным словом в презентации архитектурных проектов. Основным результатом здесь является то, что салютогенез теперь считается уважаемой и поощряемой целью архитектуры и дизайна. Недостатком является только то, что термин «салютогенный» часто используется архитекторами как «дружелюбный» или «озелененный», что не является правдой. «Красивый» и «озелененный» часто являются результатом салютогенных подходов, но в самой теории заложен более широкий смысловой потенциал. В настоящее время существуют методы для внесения салютогенных принципов в структуру здравоохранения [19] и неотложной медицинской помощи [20].

На основании изученных материалов можно вывести следующие подходы по проектированию паллиативных учреждений:

- дневное освещение; чем больше естественного света, тем легче протекает болезнь. На этот же результат работает и вид из окна на природный ландшафт;

- понятная и легкая навигация;

- комфортная акустика, звуки не должны мешать ни больным, ни докторам;

- регулирование внутреннего микроклимата, и, он должен меняться в зависимости от предпочтений;

- у каждого пациента должно быть свое личное пространство, современный мировой тренд – индивидуальные палаты;

- интерьеры в лечебном учреждении не должны быть безликими или стандартными, желательно включать элементы искусства;

- у персонала должны быть хорошие условия для работы и отдыха, это напрямую влияет на общение с пациентами;

- искусственный свет, меняющийся в зависимости от времени суток: на самом базовом уровне некоторые факторы окружающей среды универсальны, как циркадные ритмы. Утренний свет – это свет синего спектра, который заставляет наши тела высвобождать кортизол и будит нас; вечерний свет, наоборот, является красным светом спектра, который заставляет наши тела выделять мелатонин, подготавливая нас ко сну и физическому восстановлению.

В целом теоретические принципы салютогенеза применимы не только к организации внутреннего пространства, но и при формировании объемно-планировочного решения хосписов. Входные группы, переходы между отделениями не должны становиться препятствием для пациентов. Коридорная система расположения лечебных кабинетов и палат не позволяет обеспечить в полной мере ресурсы когерентности, поэтому необходимо вырабатывать новые типы компоновки помещений, при этом сознавая, что при выходе из палаты пациент должен попадать в интересное, безопасное и совершенно понятное ему пространство.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Antonovsky A. Breakdown: A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine // *Social Science & Medicine* (1967). 1972. V. 6. № 5. P. 537–544.
2. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco : Jossey-Bass, 1979.

3. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-bass, 1987.
4. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion // Health promotion international. 1996. V. 11. № 1. P. 11–18.
5. Beauchemin K.M., Hays P. Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions // Journal of affective disorders. 1996. V. 40. № 1–2. P. 49–51.
6. Beauchemin K.M., Hays P. Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction // Journal of the Royal Society of Medicine. 1998. V. 91. № 7. P. 352–354.
7. Bitterman N. Psychiatric ward dayroom: Human factors and design issues // World Health Congress. Brisbane: International Academy of Design and Health, 2013.
8. Calhoun J.B. Population density and social pathology // California Medicine. 1970. V. 113. № 5. P. 54.
9. Changeux J.P. et al. Nicotinic acetylcholine receptors: from molecular biology to cognition. Odile Jacob Publishing Corp, 2005.
10. Rao M.L. et al. Blood serotonin, serum melatonin and light therapy in healthy subjects and in patients with nonseasonal depression // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1992. V. 86. № 2. P. 127–132.
11. Dancer S.J. How do we assess hospital cleaning? A proposal for microbiological standards for surface hygiene in hospitals // Journal of Hospital Infection. 2004. V. 56. № 1. P. 10–15.
12. Dijkstra K., Pieterse M., Pruyn A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review // Journal of advanced nursing. 2006. V. 56. № 2. P. 166–181.
13. Dilani A. A new paradigm of design and health in hospital planning // World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation. 2005. V. 41. № 4. P. 17–21.
14. Rudd M., Vohs K.D., Aaker J. Awe expands people's perception of time, alters decision making, and enhances well-being // Psychological science. 2012. V. 23. № 10. P. 1130–1136.
15. Donne, J. Emergency initiations and a few steps in my sick. London : Thomas Iones, 1624.
16. Floresco S.B. et al. Modulation of hippocampal and amygdalar-evoked activity of nucleus accumbens neurons by dopamine: cellular mechanisms of input selection // Journal of Neuroscience. 2001. V. 21. № 8. P. 2851–2860.
17. Salmivalli C. Feeling good about oneself, being bad to others? Remarks on self-esteem, hostility, and aggressive behavior // Aggression and violent behavior. 2001. V. 6. № 4. P. 375–393.
18. Devlin A.S. Psychiatric ward renovation: Staff perception and patient behavior // Environment and Behavior. 1992. V. 24. № 1. P. 66–84.
19. Golembiewski J.A. Start making sense: Applying a salutogenic model to architectural design for psychiatric care // Facilities. 2010. V. 28. № 3–4. P. 100–117.
20. Golembiewski J.A. et al. Moving from theory to praxis on the fly: Introducing a salutogenic method to expedite mental health care provision in disaster situations // Australian Journal of Emergency Management, The. 2012. V. 27. № 2. P. 42.
21. Golembiewski J.A. Salutogenic architecture in healthcare settings // The handbook of salutogenesis. 2017. P. 267–276.
22. Golembiewski J.A. The architecture of the psychiatric milieu // Facilities. 2013.
23. Strimpher D.J.W., Gouws J.F., Viviers M.R. Antonovsky's Sense of Coherence Scale related to negative and positive affectivity // European Journal of Personality. 1998. V. 12. № 6. P. 457–480.
24. Le Hunte B., Golembiewski J. Stories have the power to save us: A neurological framework for the imperative to tell stories // Arts and Social Sciences Journal. 2014. V. 5. № 2. Article number: 73 1–4.
25. Golembiewski J.A. The designed environment and how it affects brain morphology and mental health // HERD: Health Environments Research & Design Journal. 2016. V. 9. № 2. P. 161–171.
26. Howes O.D. et al. Midbrain dopamine function in schizophrenia and depression: a post-mortem and positron emission tomographic imaging study // Brain. 2013. V. 136. № 11. P. 3242–3251.
27. Hurst L. The environment in chronic schizophrenia // International Journal of Social Psychiatry. 1960. V. 7. № 1. P. 65–73.

28. Isovich E. et al. Social isolation after a single defeat reduces striatal dopamine transporter binding in rats // *European Journal of Neuroscience*. 2001. V. 13. № 6. P. 1254–1256.
29. Strümpfer D.J.W., Viviers M.R., Gouws J.F. Item-phrasing in Antonovsky's sense of coherence scale related to negative and positive affectivity // *Personality and Individual Differences*. 1998. V. 24. № 5. P. 669–675.
30. Koppiseti S. et al. Reactive oxygen species and the hypomotility of the gall bladder as targets for the treatment of gallstones with melatonin: a review // *Digestive diseases and sciences*. 2008. V. 53. № 10. P. 2592–2603.
31. Lawton M.P., Nahemow L. Ecology and the aging process. 1973.
32. Le Hunte B., Golembiewski J. Stories have the power to save us: A neurological framework for the imperative to tell stories // *Arts and Social Sciences Journal*. 2014. V. 5. № 2. Article number: 73 1–4.
33. Mittelmark M.B., Bull T. The salutogenic model of health in health promotion research // *Global Health Promotion*. 2013. V. 20. № 2. P. 30–38.
34. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers // *Health promotion international*. 2000. V. 15. № 4. P. 277–283.
35. Ulrich R.S. Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research // *Journal of health care interior design*. 1991. V. 3. № 1. P. 97–109.
36. Vaaler A.E., Morken G., Linaker O.M. Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward // *Nordic journal of psychiatry*. 2005. V. 59. № 1. P. 19–24.

REFERENCES

1. Antonovsky A. Breakdown: A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. *Social Science & Medicine*. 1972. V. 6. No. 5. Pp. 537–544.
2. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
3. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
4. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996. V. 11. No. 1. Pp. 11–18.
5. Beauchemin K.M., Hays P. Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *Journal of Affective Disorders*. 1996. V. 40. No. 1–2. Pp. 49–51.
6. Beauchemin K.M., Hays P. Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1998. V. 91. No. 7. Pp. 352–354.
7. Bitterman N. Psychiatric ward dayroom: Human factors and design issues. World Health Congress. Brisbane: International Academy of Design and Health, 2013.
8. Calhoun J.B. Population density and social pathology. *California Medicine*. 1970. V. 113. No. 5. P. 54.
9. Changeux J.P., et al. Nicotinic acetylcholine receptors: From molecular biology to cognition. Odile Jacob Publishing Corp, 2005.
10. Rao M.L., et al. Blood serotonin, serum melatonin and light therapy in healthy subjects and in patients with nonseasonal depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992. V. 86. No. 2. Pp. 127–132.
11. Dancer S.J. How do we assess hospital cleaning? A proposal for microbiological standards for surface hygiene in hospitals. *Journal of Hospital Infection*. 2004. V. 56. No. 1. Pp. 10–15.
12. Dijkstra K., Pieterse M., Pruyn A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects. Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006. V. 56. No. 2. Pp. 166–181.
13. Dilani A. A new paradigm of design and health in hospital planning. *World Hospitals and Health Services*. 2005. V. 41. No. 4. Pp. 17–21.
14. Rudd M., Vohs K.D., Aaker J. Awe expands people's perception of time, alters decision making, and enhances well-being. *Psychological Science*. 2012. V. 23. No. 10. Pp. 1130–1136.
15. Donne J. Emergency initiations and a few steps in my sick. London: Thomas Jones, 1624.
16. Floresco S.B., et al. Modulation of hippocampal and amygdalar-evoked activity of nucleus accumbens neurons by dopamine: Cellular mechanisms of input selection. *Journal of Neuroscience*. 2001. V. 21. No. 8. Pp. 2851–2860.

17. Salmivalli C. Feeling good about oneself, being bad to others? Remarks on self-esteem, hostility, and aggressive behavior. *Aggression and Violent Behavior*. 2001. V. 6. No. 4. Pp. 375–393.
18. Devlin A.S. Psychiatric ward renovation: Staff perception and patient behavior. *Environment and Behavior*. 1992. V. 24. No. 1. Pp. 66–84.
19. Golembiewski J.A. Start making sense: Applying a salutogenic model to architectural design for psychiatric care. *Facilities*. 2010. V. 28. No. 3–4. Pp. 100–117.
20. Golembiewski J.A., et al. Moving from theory to praxis on the fly: Introducing a salutogenic method to expedite mental health care provision in disaster situations. *The Australian Journal of Emergency Management*. 2012. V. 27. No. 2. Pp. 42.
21. Golembiewski J.A. Salutogenic architecture in healthcare settings. The handbook of salutogenesis. 2017. Pp. 267–276.
22. Golembiewski J.A. The architecture of the psychiatric milieu. *Facilities*. 2013.
23. Strümpfer D.J.W., Gouws J.F., Viviers M.R. Antonovsky's Sense of Coherence Scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality*. 1998. V. 12. No. 6. Pp. 457–480.
24. Le Hunte B., Golembiewski J. Stories have the power to save us: A neurological framework for the imperative to tell stories. *Arts and Social Sciences Journal*. 2014. V. 5. No. 2.
25. Golembiewski J.A. The designed environment and how it affects brain morphology and mental health. *Health Environments Research & Design Journal*. 2016. V. 9. No. 2. Pp. 161–171.
26. Howes O.D. et al. Midbrain dopamine function in schizophrenia and depression: a post-mortem and positron emission tomographic imaging study. *Brain*. 2013. V. 136. No. 11. Pp. 3242–3251.
27. Hurst L. The environment in chronic schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*. 1960. V. 7. No. 1. Pp. 65–73.
28. Isovich E., et al. Social isolation after a single defeat reduces striatal dopamine transporter binding in rats. *European Journal of Neuroscience*. 2001. V. 13. No. 6. Pp. 1254–1256.
29. Strümpfer D.J.W., Viviers M.R., Gouws J.F. Item-phrasing in Antonovsky's sense of coherence scale related to negative and positive affectivity. *Personality and Individual Differences*. 1998. V. 24. No. 5. Pp. 669–675.
30. Koppiseti S., et al. Reactive oxygen species and the hypomotility of the gall bladder as targets for the treatment of gallstones with melatonin: a review. *Digestive Diseases and Sciences*. 2008. V. 53. No. 10. Pp. 2592–2603.
31. Lawton M.P., Nahemow L. Ecology and the aging process. 1973.
32. Le Hunte B., Golembiewski J. Stories have the power to save us: A neurological framework for the imperative to tell stories. *Arts and Social Sciences Journal*. 2014. V. 5. No. 2. Pp. 1–4.
33. Mittelmark M.B., Bull T. The salutogenic model of health in health promotion research. *Global Health Promotion*. 2013. V. 20. No. 2. Pp. 30–38.
34. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*. 2000. V. 15. No. 4. Pp. 277–283.
35. Ulrich R.S. Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Interior Design*. 1991. V. 3. No. 1. Pp. 97–109.
36. Vaaler A.E., Morken G., Linaker O.M. Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2005. V. 59. No. 1. Pp. 19–24.

Сведения об авторах

Громова Алёна Станиславовна, магистрант, Томский государственный архитектурно-строительный университет, 634003, г. Томск, пл. Соляная, 2, swampssun@gmail.com

Литвинова Ольга Геннадьевна, канд. ист. наук, доцент, Томский государственный архитектурно-строительный университет, 634003, г. Томск, пл. Соляная, 2, litvinova-olga1982@gmail.com

Authors Details

Alena S. Gromova, MSc, Tomsk State University of Architecture and Building, 2, Solyanaya Sq., 634003, Tomsk, Russia, swampssun@gmail.com

Olga G. Litvinova, PhD, A/Professor, Tomsk State University of Architecture and Building, 2, Solyanaya Sq., 634003, Tomsk, Russia, litvinovaolga1982@gmail.com