

УДК 726.5

DOI <https://doi.org/10.32782/2415-8151.2025.38.2.5>

ІНТЕГРАЦІЯ СУЧАСНОГО САКРАЛЬНОГО ПРОСТОРУ У ЛІКАРНЯНІ КОМПЛЕКСИ: АРХІТЕКТУРНО- ПЛАНУВАЛЬНІ ТА СОЦІОКУЛЬТУРНІ АСПЕКТИ

Гнатюк Лілія Романівна*кандидат архітектури, доцент,**доцент кафедри комп'ютерних технологій дизайну і графіки,
Державний університет «Київський авіаційний інститут», Київ, Україна,
e-mail: liliia.hnatiuk@npp.kai.edu.ua, orcid: 0000-0001-5853-9429*

Анотація. Стаття присвячена дослідженню архітектурно-планувальних принципів інтеграції сакральних просторів у складні функціональні комплекси, зокрема у великі храми (як каплиці) та лікарняні установи (як самостійні храми чи каплиці). Акцентовано увагу на функціонально-семантичній обумовленості архітектурних рішень, що відображають духовні потреби пастви та специфічні умови експлуатації. Аналізуються вітчизняні та закордонні приклади, що демонструють еволюцію та типологічну варіативність цих архітектурних форм.

Мета – дослідити особливості формування капличок і храмів при лікарнях як специфічних сакральних просторів, що виконують функції духовної підтримки пацієнтів, медперсоналу та відвідувачів у контексті сучасної медичної архітектури.

Методологія дослідження. Використано комплексний підхід, що включає аналіз архітектурних і функціональних особливостей капличок у різних лікарнях, дослідження історичних і сучасних тенденцій створення лікарняних сакральних просторів, а також порівняльний аналіз європейських і українських прикладів. Застосовано методи візуального аналізу, історико-архітектурного порівняння і соціокультурного інтерпретування

Результати дослідження. Встановлено ключові архітектурні риси капличок і храмів при лікарнях, які сприяють створенню зони духовного спокою, підтримки та реабілітації. Розглянуто їхнє просторове та символічне значення у контексті лікарняного середовища, взаємодію з міським простором і вплив на психологічний стан відвідувачів.

Наукова новизна. Вперше комплексно розглянуто каплички і храми при лікарнях як особливий тип сакрального простору, пов'язаний із медичною інституцією. Виявлено нові архітектурно-функціональні патерни, що відповідають потребам сучасного лікувального закладу та сприяють інтеграції культури духовності у медичний простір.

Практична значущість. Результати дослідження можуть бути використані у проектуванні та реконструкції лікарняних капличок і храмів для підвищення їхньої функціональності та емоційного комфорту пацієнтів та персоналу, а також у стратегіях створення інклюзивних сакральних середовищ у медичних закладах.

Ключові слова: сучасна архітектура, лікарняні каплички, храми при лікарнях, сакральний простір, медична архітектура, духовна підтримка, медичне середовище.

ВСТУП

Сакральний простір у контексті архітектури – це не лише місце культу, а й свідомо організоване середовище, що сприяє трансцендентному досвіду. Його архітектурно-планувальна структура завжди підпорядкована літургійній функції та ієрархії символів. Розміщення менших сакральних об'єктів (каплиць) у більших комплексах (храмах) або в суто функціональних спорудах, зокрема лікарнях, вимагає особливого підходу до їхньої інтеграції, що зберігає їхню автономність та духовну інтенсивність.

Історія лікарняних каплиць сягає давніх часів, коли лікарні були тісно пов'язані з релігійними установами. У давнину лікарнями часто керували релігійні ордени, а надання духовної допомоги вважалося невід'ємною частиною процесу зцілення. Каплиця служила місцем для молитви, роздумів та розради як для пацієнтів, так і для опікунів. Вважалося, що духовне благополуччя тісно пов'язане з фізичним здоров'ям, а каплиця надавала людям простір для пошуку розради та сили під час хвороби та страждань. Протягом століть традиція мати каплицю в лікарні збереглася, розвиваючись, щоб задовольнити різноманітні духовні потреби пацієнтів та їхніх сімей.

Лікарняні каплиці історично були символом співчутливої турботи, яку надавали релігійні ордени, а пізніше заклади охорони здоров'я. Наявність каплиці в лікарні передавала послання про те, що зцілення — це не лише лікування фізичних недуг, а й задоволення духовних та емоційних потреб людей.

Історичне значення лікарняних каплиць глибоко вкорінене в традиціях зцілення різних культур та вірувань. У багатьох давніх цілительних практиках духовність вважалася важливою для досягнення загального благополуччя. Каплиця служила місцем, де люди могли спиратися на свою віру та знаходити сили, щоб впоратися з хворобою та стражданнями.

Історичне значення лікарняних каплиць також відображає спадщину цілісного догляду в охороні здоров'я. Протягом історії цілителі та доглядальники визнавали взаємозв'язок тіла, розуму та духу. Каплиця була відчутним втіленням цього цілісного підходу до зцілення, пропонуючи місце для людей, де вони могли шукати духовної підтримки поряд із медичним лікуванням.

Незважаючи на досягнення в медичній науці та секуляризацію охорони здоров'я, історичне значення лікарняних каплиць залишається актуальним і нині. Каплиця продовжує служити нагадуванням про міцний зв'язок між

духовністю та здоров'ям, пропонуючи простір для людей усіх віросповідань та переконань, щоб знайти розраду та спокій у складні часи.

Отже, історичне значення лікарняних каплиць тісно переплетене з традиціями співчутливого догляду, цілісного зцілення та визнання духовного виміру здоров'я. Наявність каплиці в лікарні відображає прагнення задовольняти різноманітні потреби пацієнтів та їхніх сімей, шануючи історичну спадщину духовної допомоги в медичних закладах.

АНАЛІЗ ПОПЕРЕДНІХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Аналіз останніх досліджень і публікацій підтверджує зростаючу увагу наукової спільноти до інтеграції сакральних просторів у функціональні комплекси, зокрема у медичні заклади, як особливого архітектурно-типологічного феномена [1–23].

Водночас, попри значну увагу до окремих аспектів просторової організації, питання комплексного розвитку сакральних осередків у складі медичних закладів залишаються недостатньо розкритими. Це зумовлює актуальність подальших досліджень у цьому напрямі, зокрема аналізу архітектурних рішень, що сприяють формуванню.

У попередніх дослідженнях значна увага приділялася тенденціям та протиріччям у формотворенні сакрального простору у XX столітті [1–4]. Науковці розглядали роль мистецтва та символу [4] у формуванні духовної атмосфери сакрального простору [2]. Ці роботи закладають теоретичну базу для розуміння еволюції архітектурного образу культових споруд від канонічних форм до сучасних, часто мінімалістичних та мультиконфесійних рішень [16; 23].

Саме тому мета сучасних досліджень полягає у вивченні особливостей формування капличок і храмів при лікарнях як специфічних сакральних просторів, що виконують функції духовної підтримки пацієнтів, медперсоналу та відвідувачів у контексті сучасної медичної архітектури [5; 8; 10; 11].

Останні публікації значно розширюють соціокультурний контекст, підкреслюючи, що різноманітність релігій у світі створює проблеми для медичних систем у наданні культурно компетентної медичної допомоги. Культурна компетентність медичних працівників, здатних інтегрувати культурний інтелект у надання допомоги, є важливою для забезпечення стабільної якості медичної допомоги кожному пацієнту [7; 17; 20].

Об'єднана комісія США (TJC) вимагає, щоб лікарні підтримували права пацієнтів, включаючи спеціально відведене місце для

культурних, релігійних та духовних цінностей, що також зазначено в численних публікаціях [12; 13; 14].

Підкреслюється, що для охорони здоров'я важливо задовольняти культурні та духовні потреби пацієнта, оскільки духовність є життєво важливим компонентом цілісного зцілення (тіла, розуму і духу) [6; 7; 19; 21].

Інтеграція сакрального простору (каплиці чи зони для медитації) є архітектурною відповіддю на потребу пацієнтів звернутися до своєї віри для того, щоб зменшити тривогу та знайти розраду під час хвороби [5; 15; 18; 22].

Незважаючи на значну увагу до окремих аспектів просторової організації, питання комплексного розвитку сакральних осередків у складі медичних закладів залишаються недостатньо розкритими. Це зумовлює актуальність подальших досліджень у цьому напрямі, зокрема аналізу архітектурних рішень, що сприяють формуванню відкритих, інклюзивних і багатофункціональних сакральних комплексів у сучасних медичних закладах.

МЕТА

Мета – дослідити особливості формування капличок і храмів при лікарнях як специфічних сакральних просторів, що виконують функції духовної підтримки пацієнтів, медперсоналу та відвідувачів у контексті сучасної медичної архітектури

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Каплиця (капела) – це невеликий сакральний простір, який може бути як окремою спорудою, так і інтегрованою частиною більшого храму (собору) чи іншого поліфункціонального комплексу, зокрема лікарняного.

Лікарняні каплички в Україні та світі є прикладами унікального поєднання архітектурних і функціональних рішень, які відповідають особливим потребам медичних закладів і пацієнтів. Численні приклади ілюструють системний підхід до проектування та вплив сакральної архітектури на духовне та психологічне благополуччя хворих.

Попри це, різноманітність релігій у всьому світі створює проблеми для медичних працівників та систем для надання культурно компетентної медичної допомоги. Культурна компетентність полягає в здатності медичних працівників та організацій надавати медичні послуги, які відповідають культурним, соціальним та релігійним потребам пацієнтів та їхніх сімей. Культурно компетентна допомога може покращити стан пацієнта та результати

догляду. Стратегії просування медичних працівників та систем до цих цілей включають забезпечення розвитку культурних компетентностей та розробку політики та процедур, які зменшують бар'єри для забезпечення культурно компетентного догляду за пацієнтами [6].

Наслідки дефіциту культурної компетентності медичних працівників можуть бути непоправними. Якщо постачальники та системи охорони здоров'я не працюють разом, щоб забезпечити культурно компетентну допомогу, пацієнти можуть мати несприятливі наслідки для здоров'я, отримувати неякісну допомогу та бути не задоволеними наданою допомогою. Знижується якість професійних взаємодій між пацієнтом та здоров'ям. Професійні взаємодії пацієнтів і здоров'я нижчої якості пов'язані зі зниженням задоволеності медичним закладом. Справді, афроамериканці, азіатські американці, латиноамериканці та мусульмани повідомляють, що якість турботи про них знизилася через їхню етнічну приналежність чи расу [7].

Об'єднана комісія США (TJC) вимагає, щоб лікарні були відповідальними за підтримку прав пацієнтів, включаючи спеціально відведене місце для культурних, релігійних та духовних цінностей. Медичні працівники та системи повинні піклуватися про пацієнтів як про цілісних осіб; це включає тіло, розум і дух. Для охорони здоров'я важливо задовольнити культурні та духовні потреби пацієнта. Медичні працівники повинні мати навички та знання, щоб реагувати на потреби пацієнтів та їхніх сімей у дуже напружений період. Установи, які прагнуть або підтримують акредитацію TJC, повинні продемонструвати досвід у культурній та релігійній компетентності.

Системи охорони здоров'я та медичні працівники розробляють стратегії та методи реагування на релігійні та духовні потреби пацієнтів та сімей із ряду причин. Однією з причин є те, що, крім TJC, державні та федеральні керівні принципи заохочують інституційну реакцію на різноманітність населення. Ці стратегії мають важливе значення для досягнення мети федерального уряду «Здорові люди» щодо усунення етнічних та расових диспропорцій у здоров'ї [6; 7; 19; 21].

Переконання, поведінка та цінності пацієнта формуються такими факторами, як етнічна належність, стать, мова, розумові здібності, національність, професія, раса, релігія, сексуальна орієнтація та соціально-економічний статус. Культурна компетентність працівників медичних закладів полягає у здатності

зрозуміти та інтегрувати культурний інтелект у надання медичної допомоги. Метою надання культурно компетентних медичних послуг є забезпечення стабільної якості медичної допомоги кожному пацієнту, незалежно від його культурного, етнічного, расового чи релігійного походження.

Коли індивіди та системи здатні забезпечити позитивне середовище, яке відповідає релігійним та духовним потребам тих, про кого піклуються, результат для пацієнтів покращується, а система охорони здоров'я в цілому стає більш ефективною.

Релігія і духовність є важливими факторами для більшості пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою. На жаль, медичні працівники можуть не враховувати релігійні переконання, коли вони мають справу з важкими медичними рішеннями для пацієнтів та їхніх сімей.

В історії людства релігійні лідери часто були одночасно медичними працівниками. Тільки останнім часом медицина стала застосовувати науковий підхід, який призвів до поділу між медициною і релігією.

Проблема для медичних працівників полягає в розумінні того, що пацієнти часто звертаються до своїх релігійних та духовних переконань під час прийняття медичних рішень. Релігія та духовність можуть впливати на рішення щодо дієти, ліків, заснованих на продуктах тваринного походження, скромності та вибору статі медичних працівників. Деякі релігії мають суворі молитовні часи, які можуть заважати лікуванню.

Медичні працівники повинні поважати релігійні та духовні потреби пацієнта. Тривоги багатьох пацієнтів зменшуються, коли вони звертаються до своєї віри під час загострень проблем зі здоров'ям. Оскільки багато

пацієнтів звертаються до своїх переконань, коли приймаються складні рішення щодо здоров'я, для медичних працівників життєво важливо визнати та задовольнити релігійні та духовні потреби пацієнта. Медичні працівники повинні надати пацієнтам можливість обговорити свої релігійні та духовні переконання та адаптувати свою оцінку та лікування відповідно до своїх конкретних потреб [14; 15].

Одним із показових прикладів духовної опіки у клініці Асклепійос є її сакральне середовище (рис. 1).

У лікарні розуміють, що перебування в лікарні може бути складним і пацієнти та їхні родини можуть мати емоційні та духовні потреби під час шляху до зцілення. Капеланські служби лікарні готові запропонувати підтримку, розраду та керівництво в ці часи [10], постійно працюючи над тим, щоб допомогти пацієнтам, членам їхніх родин та персоналу задовольнити як духовні, так і релігійні потреби.

Каплиця та зона для медитації – це простір у лікарні, важливий для благополуччя та зцілення всієї людини. Сімейна мультиконфесійна каплиця Джона Дейла Шоуелла (John Dale Showell Family Chapel) – середовище, де віра та зцілення йдуть пліч-о-пліч. Ця каплиця Атлантичної лікарні загального профілю США (Atlantic General Hospital) є неконфесійним духовним місцем, де акт зцілення може служити пацієнтам, сім'ям, відвідувачам, партнерам, волонтерам та лікарям

З роками каплиця стала інклюзивним місцем, де люди, незалежно від своєї віри, знаходять притулок – місце для тихих роздумів, місце для плачу та місце, де виражаються відчай та надія.

Каплиця – це середовище комфорту, що допомагає пацієнтам та членам їхніх сімей



Рис. 1. Каплиця, клініка Асклепійос (Гамбург-Альтона)
<https://www.moderne-regional.de/listing/hamburg-altona-asklepios-klinik-kapelle/>

боротися з проблемами, які безпосередньо впливають на їхнє здоров'я та благополуччя. У процесі подолання криз, почуття провини, самотності, болю, тривоги, страху смерті чи страху якоїсь іншої втрати каплиця та зона для медитації служать місцем для зосередження на духовній силі та підбадьорення.

Каплиця доступна цілодобово. Духовенство громади завжди радо надасть духовну, релігійну та емоційну підтримку своїм парафіянам, які є пацієнтами лікарні. Пацієнтам та їхнім родинам не відмовляють у доступі до священнослужителя, якщо пацієнт погоджується на візит і стан пацієнта не буде порушений.

Інтер'єр включає в себе ряди дерев'яних лав із синіми подушками, вітвар, диван і вікна з видом на вулицю (рис. 2). Природа є частиною сакрального простору. Релігійні символи, такі як хрести і Зірка Давида, видні на стінах і вікнах, що відображають неконфесійний характер приміщення.

Це місце призначене для медитації, молитви і тихого роздуму.

Каплиця лікарні Університетського коледжу Юстон Роуд – невелика кімната на першому поверсі біля Юстон-роуд, частина комплексу християнських, мусульманських

та єврейських приміщень, відтворена під час реконструкції лікарні, проведеної у 2000–2005 роках компанією Llewelyn-Davies & Weeks (рис. 3).

Роль духовності у зціленні

Духовність відіграє вирішальну роль у процесі зцілення, втілюючи взаємозв'язок розуму, тіла та духу. Ось деякі ключові аспекти ролі духовності в зціленні.

Сприяння емоційному благополуччю. Духовність надає людям відчуття мети, надії та внутрішнього спокою, що може суттєво вплинути на їхнє емоційне благополуччя під час хвороби, пропонує джерело комфорту та стійкості, дозволяючи людям справлятися з проблемами свого здоров'я.

Сприяння стійкості та подоланню труднощів. Для багатьох людей духовність служить основою для стійкості та подолання труднощів, забезпечує основу для розуміння та осмислення страждань, дозволяючи людям знаходити сенс у своєму досвіді та долати складні обставини з більшою силою та стійкістю.

Покращення якості життя. Дослідження показали, що духовне благополуччя пов'язане з покращенням якості життя серед пацієнтів, які стикаються із серйозними



Рис. 2. Сімейна каплиця Джона Дейла Шоуелла
<https://www.atlanticgeneral.org/patients-visitors/the-chapel/>



а)



б)



в)



г)



д)



ж)



к)

Рис. 3. Каплиця лікарні Університетського коледжу Юстон Роуд
а) вид на престіл; б) місця для відвідувачів; в) скляний престіл; г) табличка;
д) обладнання інтер'єру; ж) скульптури святих; к) вітраж
<https://londonchurchbuildings.com/2024/07/14/chapel-university-college-hospital-gower-street/>

захворюваннями. Заняття духовними практиками, такими як молитва, медитація або релігійні ритуали, може сприяти відчуттю благополуччя та загальному задоволенню життям.

Підтримка догляду наприкінці життя. Духовність відіграє значну роль у догляді наприкінці життя, пропонуючи комфорт та розраду людям, які наближаються до останніх етапів свого життя. Вона забезпечує основу для вирішення екзистенційних проблем, сприяючи відчуттю завершеності та підтримуючи процес вмирання з гідністю та миром.

Доповнення медичного лікування. Хоча духовність не замінює медичне лікування, вона може доповнювати процес зцілення, задовольняючи цілісні потреби людей. Інтеграція духовної допомоги з медичною допомогою може сприяти більш комплексному підходу до зцілення, визнаючи багатогранну природу благополуччя.

По суті, духовність служить життєво важливим компонентом цілісного зцілення, визнаючи глибокий вплив віри, сенсу та зв'язку на благополуччя людей. Визнаючи роль духовності в зціленні, заклади охорони здоров'я можуть краще задовольняти різноманітні потреби пацієнтів та сприяти більш інклюзивному підходу до догляду.

Простір для роздумів та розради

Лікарняні каплиці служать святилищами в медичних закладах, пропонуючи людям спеціальний простір для тихих роздумів, споглядання та пошуку розради серед викликів хвороби. Важливість організації такого сакрального простору в лікарнях зумовлюється такими потребами.

Тихий відпочинок: лікарняні каплиці забезпечують спокійне середовище подалі від клінічних установ, де пацієнти, їхні родини та медичний персонал можуть усамітнитися для моментів спокою та самоаналізу. Спокійна атмосфера каплиці дозволяє людям тимчасово уникнути стресу та тривоги, часто пов'язаних із медичним середовищем, створюючи простір для внутрішнього спокою та роздумів.

Можливість для духовного зв'язку: каплиця служить місцем, де люди можуть з'єднатися зі своїми духовними переконаннями, зайнятися молитвою чи медитацією та шукати розради у своїй вірі. Незалежно від релігійної приналежності каплиця пропонує нейтральну територію для людей, щоб вони могли скористатися своїми духовними ресурсами та знайти силу у своїх переконаннях, сприяючи відчуттю зв'язку та надії.

Емоційна підтримка: у часи лиха каплиця надає людям безпечний притулок, щоб

висловити свої емоції, пропрацювати свої почуття та знайти розраду. Незалежно від того, чи стикаються вони з особистою кризою здоров'я, чи борються з хворобою близької людини, каплиця пропонує сприятливе середовище, де люди можуть знайти емоційне розслаблення та зібратися з думками в моменти невизначеності.

Культурна та релігійна інклюзивність: лікарняні каплиці повинні бути розроблені з урахуванням різноманітного культурного та релігійного походження пацієнтів та їхніх сімей. Мають містити елементи, що включають різні релігійні традиції, такі як символи, священні тексти та твори мистецтва, створюючи гостинний простір, який поважає та шанує різні вірування.

Заохочення до розмов про зцілення: каплиця також може служити місцем для змістовних розмов та підтримки між пацієнтами, сім'ями та медичними працівниками, забезпечує середовище, де люди можуть брати участь в обговоренні життя, хвороби та духовності, сприяючи почуттю спільноти та взаєморозуміння в медичному середовищі.

Принципи архітектурно-планувальної структури каплиць у лікарнях

Принципи архітектурно-планувальної структури каплиць у лікарнях мають специфічні риси, що враховують особливі функціональні потреби цього типу сакральних просторів у медичних закладах.

1. Доступність і зручність розташування.

Каплички в лікарнях необхідно проектувати з урахуванням максимальної доступності для пацієнтів, персоналу і відвідувачів, запобігаючи складним пересуванням, що важливо для хворих з обмеженими фізичними можливостями.

2. Компактність і камерність простору.

За площею каплиці, як правило, повинні бути невеликі і камерні, створюючи атмосферу інтимності та тиші для молитви, що сприяє духовній підтримці та релаксації хворих і персоналу.

3. Просторова автономність у межах лікарняного комплексу. У капличках лікарень простежується чітке окреслення окремого сакрального простору, ізольованого від шумів лікарняних палат і коридорів. Рекомендовано обладнання звукоізоляцією або розташування у відокремлених кутах або мансардних поверхах.

4. Функціональна автономія надзвичайно важлива. Незважаючи на інтеграцію, каплиця повинна зберігати свою функціональну автономність для проведення окремих богослужінь, молитов чи зберігання реліквій,

вона часто має окремий вхід або чітке просторове відокремлення.

5. Оптимальне зонування інтер'єру. Планування каплиці передбачає поділ простору на функціональні зони: вівтар, місце для відвідувачів, місце для свічок або ікон, а також зони для тих, хто проводить обряди. Рух у каплиці максимально простий і логічний.

6. Світлотехнічне і колірне рішення. Освітлення каплиць у лікарнях орієнтується на м'яке, природне світло, що зменшує стрес і створює спокійну атмосферу. Колірна гама часто стримана, з перевагою світлих тонів, що підтримують позитивні емоції.

7. Інтеграція релігійної символіки і водночас нейтральність. Хоча каплички слугують для православних чи католицьких обрядів, їх планування і оздоблення можуть бути досить нейтральними чи адаптованими для мультиконфесійного використання, щоб поважати різноманітність вірувань пацієнтів.

8. Врахування санітарних та медичних норм. У проєктуванні каплиць лікарень враховують гігієнічні норми, легкість прибирання, безперешкодний доступ для медичного обладнання й персоналу.

Ці принципи забезпечують поєднання духовної функції і практичної зручності каплиць у лікарнях, роблячи їх важливими просторами для підтримки пацієнтів у процесі лікування і реабілітації. Така архітектурно-планувальна побудова забезпечує адаптивність сакральної архітектури до сучасних соціокультурних і медичних вимог.

Міркування щодо різноманітності релігійних конфесій у дизайні лікарняних каплиць

Під час проєктування лікарняних каплиць важливо враховувати різноманітні релігійні та духовні потреби пацієнтів та їхніх сімей. Ось ключові аспекти, які слід враховувати, створюючи багатоконфесійний інклюзивний дизайн каплиць:

Гнучкість та адаптивність: проєктування лікарняних каплиць повинно бути гнучким, щоб враховувати різноманітні практики та ритуали різних віросповідань. Це може включати створення простору для молитви, медитації або релігійних церемоній, який можна легко адаптувати до конкретних вимог різних релігійних груп.

Інклюзивні символи та твори мистецтва: дизайн каплиці повинен містити інклюзивні символи та твори мистецтва, що представляють різноманітні віросповідання. Це може включати такі елементи, як священні тексти, релігійні символи та твори мистецтва, що

відображають культурне та духовне різноманіття пацієнтів лікарні.

Нейтральне та гостинне середовище: лікарняні каплиці повинні прагнути створити нейтральне та гостинне середовище, яке поважає вірування всіх людей. Дизайн повинен уникати надання переваги будь-якій конкретній релігійній традиції, забезпечуючи інклюзивність та привабливість простору для людей різного віросповідання та походження.

Доступність та конфіденційність: каплиця має бути легкодоступною для людей з будь-яким рівнем можливостей та забезпечувати простір для приватної молитви та роздумів. Це може включати в себе створення зон для індивідуальної молитви, а також більших за площею місць для спільного богослужіння та релігійних обрядів.

Культурна чутливість: проєктування багатоконфесійної каплиці вимагає глибокого розуміння культурних особливостей та релігійних практик різних громад. Важливо проконсультуватися з релігійними лідерами та представниками громади, щоб переконатися, що дизайн каплиці шанобливо ставиться до різноманітних культурних та релігійних традицій.

Міжконфесійний діалог та освіта: дизайн каплиці також може включати елементи, що сприяють міжконфесійному діалогу та освіті, створюють дух порозуміння та співпраці між людьми різних віросповідань. Це може включати інформаційні стенди, літературу та ресурси, які надають уявлення про різні релігійні традиції та сприяють взаємній повазі та вдячності.

Ретельно враховуючи ці міркування щодо багатоконфесійного характеру лікарняних каплиць, заклади охорони здоров'я можуть створювати інклюзивні та підтримуючі простори, які враховують різноманітні духовні та релігійні потреби своїх пацієнтів та їхніх сімей.

ВИСНОВКИ

Отже, історичне значення лікарняних каплиць тісно переплетене з традиціями співчутливого догляду, цілісного зцілення та визнання духовного виміру здоров'я. Наявність каплиці в лікарні відображає прагнення задовольняти різноманітні потреби пацієнтів та їхніх сімей, шануючи історичну спадщину духовної допомоги в медичних закладах.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що сучасні лікарняні каплиці відіграють життєво важливу роль у забезпеченні простору для роздумів та розради, визнаючи цілісні потреби людей, що виходять

за рамки їхніх медичних станів. Пропонуючи притулок для духовного зв'язку, емоційної підтримки та культурної інклюзивності, каплиця сприяє загальному благополуччю пацієнтів, сімей та медичного персоналу в лікарняному середовищі.

Дизайн каплиці відіграє значну роль у створенні почуття належності, комфорту та духовного благополуччя у людей усіх релігійних традицій, сприяючи більш цілісному підходу до охорони здоров'я.

Встановлено, що ключові архітектурні риси капличок і храмів при лікарнях мають сприяти створенню зони духовного спокою, підтримки та реабілітації. Наукова новизна полягає у тому, що вперше комплексно розглянуто каплички і храми при лікарнях як особливий тип сакрального простору, пов'язаний із медичною інституцією. Виявлено нові архітектурно-функціональні патерни, що відповідають потребам сучасного лікувального закладу та сприяють інтеграції культури духовності у медичний простір.

Практична значущість цих досліджень полягає у можливості їх використання в проектуванні та реконструкції лікарняних капличок для підвищення їхньої функціональності та емоційного комфорту пацієнтів і персоналу, а також у стратегіях створення інклюзивних сакральних середовищ у медичних закладах.

ЛІТЕРАТУРА

- [1] Гнатюк Л.Р. Протиріччя у формуванні художнього образу сакрального простору в архітектурі ХХ століття. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*. Вип. 56. Київ : КНУБА, 2020. С. 17–31. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2020.56.17-31>
- [2] Гнатюк Л.Р. Створення духовної атмосфери сакрального простору. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*. Київ : КНУБА, 2021. Вип. 59. С. 16–27. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2021.59>
- [3] Гнатюк Л.Р. Тенденції формотворення сакрального простору у ХХ столітті. *Містобудування та територіальне планування*. Київ : КНУБА, 2021. Вип. 76. С. 49–62. DOI: <https://doi.org/10.32347/2076-815x.2021.76.49-62>
- [4] Гнатюк Л. Роль мистецтва та символу у формуванні сакрального простору. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*. Вип. 58. Київ : КНУБА, 2020. С. 32–47. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2020.58.32-47>
- [5] Creating a Framework for Medical Professionalism: An Initial Consensus Statement From an Arab Nation / Abdel-Razig S., Ibrahim H., Alameri H., Hamdy H., Haleeqa K.A., Qayed K.I., Obaid L.O., Al Fahim M., Ezimokhai M., Sulaiman N.D., Fares S., Al Darei M.M., Shahin N.Q., Al Shamsi N.A., Alnooryani R.A., Al Falahi S.Z. *J Grad Med Educ*. 2016. Vol. 8(2). P. 165–172.

[6] Almansour H.A., Chaar B., Saini B. Fasting, Diabetes, and Optimizing Health Outcomes for Ramadan Observers: A Literature Review. *Diabetes Therapy*. 2017. Vol. 8(2). P. 227–249. URL: https://thediabeteskitchen.com.au/?gad_source=1&gad_campaignid=20632771141&gclid=CjwKCAiAw9vIBhBBEiwAraSATvwBt0Kk1fzFQ1dQFrPfqsYDBMaSrT8MinzK4ngVZFtjvvZfwfFGnhoCI-wQAvD_BwE (дата звернення 14.09.2025).

[7] Alqahtani M., Jones L.K. Quantitative study of oncology nurses' knowledge and attitudes towards pain management in Saudi Arabian hospitals. *Eur J Oncol Nurs*. 2015. Vol. 19(1). P. 44–49.

[8] Aniteye P., O'Brien B., Mayhew S. H. Stigmatized by association: challenges for abortion service providers in Ghana. *BMC Health Serv Res*. 2016. 486 p.

[9] Castaneda-Guarderas A., Glassberg J., Grudzen C.R., Ngai K.M., Samuels-Kalow M.E., Shelton E., Wall S.P., Richardson L.D. Shared Decision Making with Vulnerable Populations in the Emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2016. Vol. 23(12). P. 1410–1416.

[10] Chukwuneke F.N. Medical incidents in developing countries: A few case studies from Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2015. Vol. 18. P. 20–40.

[11] Epner D.E., Baile W.F. Patient-centered care: the key to cultural competence. *Ann Oncol*. 2012. P. 33–42. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mds086>

[12] Inhorn M.C., Serour G.I. Islam, medicine, and Arab-Muslim refugee health in America after 9/11. *Lancet*. 2011. Vol. 378(9794). P. 935–993. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61041-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61041-6).

[13] Gabbay E., McCarthy M.W., Fins J.J. The Care of the Ultra-Orthodox Jewish Patient. *J Relig Health*. 2017. Vol. 56(2). P. 545–560.

[14] Huang Y.L., Yates P., Prior D. Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *J Clin Nurs*. 2009. Vol. 18(24). P. 3421–3429. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02938.x>

[15] Jose M.M. Cultural, ethical, and spiritual competencies of health care providers responding to a catastrophic event. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2010. Vol. 22(4). P. 455–464. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2010.09.001>

[16] Karatay G., Bowers B., Karadağ E.B., Demir M.C. Cultural perceptions and clinical experiences of nursing students in Eastern Turkey. *Int Nurs Rev*. 2016. Vol. 63(4). P. 547–554. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12321>

[17] Le Doux J., Mann C., Demoratz M., Young J. Addressing Spiritual and Religious Influences in Care Delivery. *Prof Case Manag*. 2019. Vol. 24(3). P. 142–147. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000346>.

[18] Leong M., Olnick S., Akmal T., Copenhaver A., Razzak R. How Islam Influences End-of-Life Care: Education for Palliative Care Clinicians. *J Pain Symptom Manage*. 2016. Vol. 52(6). P. 771–774.

[19] Klein C., Albani C. Religiousness and mental health. An overview about findings, conclusions, and consequences for clinical practice. *Psychiatr Prax*. 2007. Vol. 34(2). P. 58–65. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2006-940095>

[20] Mona L.R., Cameron R.P., Clemency Cordes C. Disability culturally competent sexual healthcare. *Am Psychol.* 2017. Vol. 72(9). P. 1000–1010. DOI: <https://doi.org/10.1037/amp0000283>.

[21] Noble A., Engelhardt K., Newsome-Wicks M., Woloski-Wruble A. C. Cultural competence and ethnic attitudes of midwives concerning Jewish couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* Vol. 38(5). P. 544–555. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01056.x>

[22] Polzer Casarez R.L., Engebretson J.C. Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *J Clin Nurs.* 2012. Vol. 21(15–16). 107 p.

[23] Weissman J.S., Betancourt J., Campbell E.G., Park E.R., Kim M., Clarridge B., Blumenthal D., Lee K.C., Maina A.W. Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *JAMA.* 2005. Vol. 294(9). P. 1058–1067. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.294.9.1058>

REFERENCES

[1] Gnatiuk, L.R. (2020). Contradictions in the Formation of the Artistic Image of Sacred Space in XX Century architecture [Protyrichchia u formuvanni khudozhnoho obrazu sakralnoho prostoru v arkhitekturi XX stolittia] *Suchasni problemy arkhitektury ta mistobuduvannja*, 56, 17–31. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2020.56.17-31> [in Ukrainian].

[2] Gnatiuk, L.R. (2021). Creating a spiritual atmosphere of sacred space [Stvorennia dukhovnoi atmosfery sakralnoho prostoru] *Suchasni problemy arkhitektury ta mistobuduvannja*, 59, 16–27. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2021.59> [in Ukrainian].

[3] Gnatiuk, L.R. (2021). Trends in the formation of sacred space in the twentieth century [Tendentsii formotvorennia sakralnoho prostoru u XX stolitti] *Urban planning and territorial planning*, 76, 49–62. DOI: <https://doi.org/10.32347/2076-815x.2021.76.49-62> [in Ukrainian].

[4] Gnatiuk, L. (2020). The role of art and symbol in the formation of sacred space [Rol mystetstva ta symbolu u formuvanni sakralnoho prostoru] *Suchasni problemy arkhitektury ta mistobuduvannja*, 58, 32–47. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2020.58.32-47> [in Ukrainian].

[5] Abdel-Razig, S., Ibrahim, H., Alameri, H., Hamdy, H., Haleeqa, K.A., Qayed, K.I., Obaid, L.O., Al Fahim, M., Ezimokhai, M., Sulaiman, N.D., Fares, S., Al Darei, M.M., Shahin, N.Q., Al Shamsi, N.A., Alnooryani, R.A., & Al Falahi, S.Z. (2016). Creating a framework for medical professionalism: An initial consensus statement from an Arab nation. *Journal of Graduate Medical Education*, 8(2), 165–172 [in English].

[6] Almansour, H.A., Chaar, B., & Saini, B. (2017). Fasting, diabetes, and optimizing health outcomes for Ramadan observers: A literature review. *Diabetes Therapy*, 8(2), 227–249 [in English].

[7] Alqahtani, M., & Jones, L.K. (2015). Quantitative study of oncology nurses' knowledge and attitudes towards pain management in Saudi Arabian hospitals. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 44–49 [in English].

[8] Aniteye, P., O'Brien, B., & Mayhew, S.H. (2016). Stigmatized by association: Challenges for

abortion service providers in Ghana. *BMC Health Services Research*, 16(1), Article 486 [in English].

[9] Castaneda-Guarderas, A., Glassberg, J., Grudzen, C.R., Ngai, K.M., Samuels-Kalow, M.E., Shelton, E., Wall, S. P., & Richardson, L.D. (2016). Shared decision making with vulnerable populations in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 23(12), 1410–1416 [in English].

[10] Chukwuneke, F.N. (2015). Medical incidents in developing countries: A few case studies from Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 18, 20–40 [in English].

[11] Epner, D.E., & Baile, W.F. (2012). Patient-centered care: The key to cultural competence. *Annals of Oncology*, 33–42. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mds086> [in English]

[12] Inhorn, M.C., & Serour, G.I. (2011). Islam, medicine, and Arab-Muslim refugee health in America after 9/11. *The Lancet*, 378(9794), 935–993. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61041-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61041-6) [in English].

[13] Gabbay, E., McCarthy, M.W., & Fins, J.J. (2017). The care of the Ultra-Orthodox Jewish patient. *Journal of Religion and Health*, 56(2), 545–560 [in English].

[14] Huang, Y.L., Yates, P., & Prior, D. (2009). Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), 3421–3429. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02938.x> [in English].

[15] Jose, M.M. (2010). Cultural, ethical, and spiritual competencies of health care providers responding to a catastrophic event. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(4), 455–464. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2010.09.001> [in English].

[16] Karatay, G., Bowers, B., Karadağ, E.B., & Demir, M.C. (2016). Cultural perceptions and clinical experiences of nursing students in Eastern Turkey. *International Nursing Review*, 63(4), 547–554. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12321> [in English].

[17] Le Doux, J., Mann, C., Demoratz, M., & Young, J. (2019). Addressing spiritual and religious influences in care delivery. *Professional Case Management*, 24(3), 142–147. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000346> [in English].

[18] Leong, M., Olnick, S., Akmal, T., Copenhaver, A., & Razzak, R. (2016). How Islam influences end-of-life care: Education for palliative care clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 771–774 [in English]

[19] Klein, C., & Albani, C. (2007). Religiousness and mental health. An overview about findings, conclusions, and consequences for clinical practice. *Psychiatrische Praxis*, 34(2), 58–65. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2006-940095> [in English].

[20] Mona, L.R., Cameron, R.P., & Clemency Cordes, C. (2017). Disability culturally competent sexual healthcare. *American Psychologist*, 72(9), 1000–1010. DOI: <https://doi.org/10.1037/amp0000283> [in English]

[21] Noble, A., Engelhardt, K., Newsome-Wicks, M., & Woloski-Wruble, A.C. (2009). Cultural competence and ethnic attitudes of midwives concerning Jewish couples. *Journal of Obstetric, Gynecologic &*

Neonatal Nursing, 38(5), 544–555. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01056.x> [in English]

[22] Polzer Casarez, R.L., & Engebretson, J.C. (2012). Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15–16), 107 [English].

[23] Weissman, J.S., Betancourt, J., Campbell, E.G., Park, E.R., Kim, M., Clarridge, B., Blumenthal, D., Lee, K.C., & Maina, A.W. (2005). Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *JAMA*, 294(9), 1058–1067. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.294.9.1058> [in English].

ABSTRACT

Gnatiuk L. Integration of modern sacred space into hospital complexes: architectural, planning and socio-cultural aspects

The article is devoted to the study of architectural and planning principles of integrating sacred spaces into complex functional complexes, in particular, large churches (such as chapels) and hospital institutions (as independent churches or chapels). Attention is focused on the functional-semantic conditioning of architectural solutions reflecting the spiritual needs of the congregation and the specific conditions of operation. Domestic and foreign examples demonstrating the evolution and typological variability of these architectural forms are analyzed.

The purpose of the research to investigate the features of the formation of chapels and churches at hospitals as specific sacred spaces that perform the functions of spiritual support for patients, medical staff, and visitors in the context of modern medical architecture.

Methodology. A comprehensive approach was used, including the analysis of architectural and functional features of chapels in various hospitals, the study of historical and modern trends in creating hospital sacred spaces, as well as a comparative analysis of European and Ukrainian examples. Methods of visual analysis, historical-architectural comparison, and socio-cultural interpretation were applied.

Results. Key architectural features of chapels and churches in hospitals have been established that contribute to the creation of a zone of spiritual peace, support, and rehabilitation. Their spatial and symbolic significance in the context of the hospital environment, interaction with urban space, and influence on the psychological state of visitors are considered.

Scientific novelty. For the first time, chapels and churches in hospitals are comprehensively considered as a special type of sacred space associated with a medical institution. New architectural and functional patterns have been identified that meet the needs of a modern medical facility and contribute to the integration of the culture of spirituality into the medical space.

Practical relevance. The research results can be used in the design and reconstruction of hospital chapels and churches to enhance their functionality and emotional comfort for patients and staff, as well as in strategies for creating inclusive sacred environments in medical institutions.

Keywords: contemporary architecture, hospital chapels, churches at hospitals, sacred space, medical architecture, spiritual support, medical environment.

AUTHOR'S NOTE:

Gnatiuk Liliia, Candidate of Architecture, Associate Professor, Associate Professor at the Department of Computer Design and Graphics Technologies, State University «Kyiv Aviation Institute», Kyiv, Ukraine, e-mail: liliia.hnatiuk@npp.kai.edu.ua, orcid: 0000-0001-5853-9429.

Стаття подана до редакції: 14.10.2025.

Стаття прийнята до опублікування: 10.11.2025.

Стаття опублікована: 20.11.2025.