

УДК 614.2:338.48
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;108-118>

От теории к практике: историческое развитие понятия «салютогенез» и внедрение салютогенного дизайна в медицинские организации в контексте повышения пациентоориентированности

П.С. Твилле*, Л.Г. Севаян, К.С. Трункова

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 119991, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

* Автор, ответственный за переписку, email: tuillet_p.s@staff.sechenov.ru

Аннотация

Введение. Концепция салютогенеза, в противопоставление патогенезу, фокусируется не на изучении болезней, а на подходах укрепления здоровья через преодоление стресса и развитие стрессоустойчивости. Данная практика особенно актуальна при внедрении пациентоориентированного подхода в медицинских организациях, в рамках которого важны не только непосредственные результаты лечения, но и пациентский опыт, уровень субъективного благополучия пациента при прохождении обследований и лечения. В данной статье рассматривается историческое развитие концепции салютогенеза и его имплементация в реальную практику улучшения условий лечения пациентов. Салютогенный подход анализируется как инструмент повышения пациентоориентированности при организации медицинской помощи. **Цель.** Представить историю развития концепции салютогенеза и обобщить опыт применения подходов салютогенного дизайна в контексте повышения уровня пациентоориентированности в медицинских организациях. **Материалы и методы.** Поиск оригинальных исследований проводился в базах данных MEDLINE/PubMed и Google Scholar с использованием ключевых слов и Mesh-терминов на английском и русском языках, включая salutogenic design, salutogenesis, salutogenic architecture, evidence-based design, health, health outcomes, patients, patients outcomes, patient-centered care, patient-centered approach и их русскоязычных аналогов. **Результаты.** Салютогенный дизайн в медицинских организациях помогает формировать устойчивую внутреннюю среду, что улучшает как пациентский опыт, так и удовлетворенность условиями работы со стороны персонала. Внедрение принципов салютогенного дизайна требует междисциплинарного подхода организации здравоохранения, архитектуры, психологии и других смежных областей. Существует большой опыт как исследований влияния внутренней среды медицинских организаций на физическое и психологическое состояние человека, так и практической реализации принципов салютогенного подхода в медицинской практике, что делает его перспективным инструментом повышения пациентоориентированности в системе здравоохранения.

Ключевые слова: салютогенный дизайн; салютогенез; пациентоориентированность; пациентоцентричность; медицинские организации; стресс; здоровьесберегающая среда

Для цитирования: Твилле П.С., Севаян Л.Г., Трункова К.С. От теории к практике: историческое развитие понятия «салютогенез» и внедрение салютогенного дизайна в медицинские организации в контексте повышения пациентоориентированности. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(1):108–118. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;108-118>

УДК 614.2:338.48
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;108-118>

From Theory to Practice: the Historical Development of Salutogenesis and Its Implementation in Medical Settings As an Element of Patient-centered Care

Polina. S. Tuillet*, Laura G. Sevanyan, Kristina S. Trunkova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 8 bldg. 2, Trubetskaya ul., Moscow, 119991, Russian Federation

* Corresponding author: email: tuillet_p_s@staff.sechenov.ru

Abstract

Introduction. The concept of salutogenesis, as opposed to pathogenesis, focuses not on the diseases but on approaches to enhancing health through stress management and resilience building. This approach is particularly relevant in implementing a patient-centered approach within medical organizations, where not only the direct treatment outcomes but also the patient experience and level of subjective well-being of the patient during examinations and treatment are crucial. This article examines the historical development of the concept of salutogenesis and its implementation in practice to improve treatment conditions for patients. The salutogenic approach is analysed as a tool for enhancing patient-centered approach in medical organizations. **Objective.** To present the history of the development of the concept of salutogenesis and to summarize the experience of applying salutogenic design approaches in the context of enhancing patient-centered care in medical organizations. **Materials and methods.** A search for original studies was conducted in the MEDLINE/PubMed and Google Scholar databases using keywords and MeSH terms in English and Russian, including “salutogenic design”, “salutogenesis”, “salutogenic architecture”, “biophilic design”, “health”, “health outcomes”, “patients”, “patient outcomes”, “patient-centered care”, “patient-centered approach”, and their Russian equivalents. **Results.** Salutogenic design in healthcare organizations helps create a resilient internal environment, enhancing both the patient experience and staff satisfaction with working conditions. Implementing salutogenic design principles requires an interdisciplinary approach involving healthcare management, architecture, psychology, and related fields. A substantial body of research highlights the influence of a healthcare organization's internal environment on individuals' physical and psychological well-being, as well as practical applications of the salutogenic approach in medical practice, making it a promising tool for enhancing patient-centered care in the healthcare system.

Keywords: salutogenic design; salutogenesis; patient-centered care; medical facilities; stress; health-promoting environment

For citation: Tuillet P.S., Sevanyan L.G., Trunkova K.S. From Theory to Practice: the Historical Development of Salutogenesis and Its Implementation in Medical Settings As an Element of Patient-centered Care. *City Healthcare*. 2025;6(1):108-118. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;108-118>

Введение

Салютогенез – это понятие, введенное американским социологом Аароном Антоновским во второй половине XX века. В противовес концепции патогенеза, изучающей механизмы возникновения болезней, салютогенез фокусируется на укреплении здоровья, в первую очередь через преодоление стресса и развитие стрессоустойчивости. Исследования, проведенные А. Антоновским и коллегами, включая наблюдения за людьми, выжившими в концлагерях, показали, что даже после травматического опыта определенное количество людей все же оставались психологически здоровыми и счастливыми, показывая высокий уровень адаптации [1]. Данная ситуация подтолкнула А. Антоновского к формулированию концепции салютогенеза, которая уделяет внимание тому, как люди справляются со стрессом и остаются здоровыми даже в самых экстремальных условиях. Подход, предложенный А. Антоновским, не только ориентирован на личностный уровень, но и применим на уровне групп в различных социальных контекстах [2]. В данной статье анализируется историческое развитие понятия «салютогенез», а также опыт его имплементации в контексте медицинских организаций. Салютогенный подход рассматривается как пример практики, ориентированной на повышение пациентоориентированности при организации медицинской помощи для снижения стресса во время пребывания пациентов в медицинских организациях.

Материалы и методы

Поиск оригинальных исследований осуществлялся в базах данных MEDLINE/PubMed (на английском языке) и Google Scholar (на английском и русском языках) с использованием ключевых слов и Mesh-терминов. Для поиска использованы поисковые запросы, содержащие следующие англоязычные ключевые слова и Mesh-термины: salutogenic design, salutogenesis, salutogenic architecture, evidence-based design, health, health outcomes, patients, patients outcomes, patient-centered care, patient-centered approach. А также их аналоги на русском языке: «салютогенный дизайн», «салютогенез», «салютогенная архитектура», «здоровье», «результаты лечения», «удовлетворенность медицинской помощью», «пациенты», «пациентоориентированность», «пациентоцентричность». Временного ограничения на период охвата поиска исследований не выставлялось. Стоит отметить, что значительная часть публикаций имеет исторический характер, что соответствует цели статьи – отразить развитие теоретической концепции салютогенеза в прикладную практику салютогенного дизайна.

Результаты

Концепция салютогенеза

В противовес доминировавшей патогенетической модели, которая отвечала на вопрос об отрицательных последствиях стрессоров на здоровье, А. Антоновский предложил концепцию салютогенеза [2]. В рамках новой парадигмы акцент был сделан на факторы, способствующие устойчивости к стрессовым воздействиям. Показано, что данные факторы могут иметь как психологическую природу (например, оптимизм как личностная черта), так и быть связаны с социальной средой (социальная поддержка) или даже с физическим окружением (уровень освещенности, озеленение пространства и т. д.).

Понятие салютогенеза имеет широкий спектр применения как на уровне индивида, так и на уровне социальных групп и даже общества в целом. Данная концепция предвосхитила исследовательскую парадигму позитивной психологии, которая также нацелена на изучение условий и процессов, способствующих благополучию и оптимальному функционированию людей, групп и общественных институтов. А. Антоновский выделяет ключевой фактор, способствующий укреплению здоровья, – чувство связности (sense of coherence), которое состоит из трех компонентов, описывающих взаимодействие человека с окружающим миром и собственным внутренним состоянием:

1. Постижимость: степень, в которой человек рассматривает стимулы, с которыми он сталкивается, как структурированную, согласованную информацию, способную быть предсказуемой.

2. Управляемость: отражает, насколько человек видит доступные ему ресурсы, что позволяет рассчитывать не только на собственные силы, но и на внешнюю помощь.

3. Осмысленность: эмоциональная вовлеченность человека в то, что происходит вокруг него.

Чувство связности играет критическую роль в поддержании здоровья через влияние на когнитивную оценку стресса. Люди с высоким уровнем чувства связности, возможно, могут более эффективно оценивать стрессовые ситуации и находить адекватные способы справиться с ними [3]. Напротив, люди с низким чувством связности, как правило, склонны видеть ситуацию как угрожающую, чувствовать большее напряжение и реагировать на стресс пассивно или непродуктивно. При этом люди с высоким чувством связности склонны рассматривать потенциальные угрозы как вызовы, видя в них новые возможности для самосовершенствования. Они активно стремятся к преодолению проблем, используя все имеющиеся ресурсы. Такие люди открыты для обратной связи и готовы изменить свои стратегии, если первоначальный подход не сработал. В результате

высокий уровень чувства связности способствует эффективному преодолению проблем и уменьшению напряжения, связанного со стрессом.

В соответствии с теорией салютогенеза, чувство связности стимулируется способностью человека ощущать связь с окружающей средой, эффективно функционировать в ней и находить смысл в окружающем мире [3]. В дизайне медицинских организаций создание пространства, которое поддерживает чувство связности, помогает формировать устойчивую внутреннюю среду, где пациенты и сотрудники ощущают связь с окружающим пространством, его функциональностью и эстетикой, что снижает уровень стресса и улучшает как пациентский опыт, так и удовлетворенность условиями работы со стороны персонала.

Таким образом, салютогенный дизайн – это практическое применение концепции салютогенеза, направленное на создание среды, которая способствует ощущению благополучия за счет снижения уровня стресса и воздействия положительных стимулов, что в свою очередь положительно влияет на психологическое здоровье и благополучие людей. Это делает данный подход актуальным при планировании дизайна медицинских организаций. Для эффективного применения салютогенного подхода в медицинских организациях важным является развитие дизайн-мышления у управленческих кадров системы здравоохранения, медицинских работников и иных смежных специалистов.

Дизайн-мышление

Концепция дизайн-мышления впервые предложена Гербертом Саймоном в книге «Науки об искусственном» («The Sciences of the Artificial» (1969) by Herbert A. Simon) в 1969 г. [4]. Изначально применяемое в технических областях, таких как робототехника и искусственный интеллект, сегодня дизайн-мышление используется в различных организациях для достижения разнообразных целей: от улучшения продуктов и услуг до решения сложных управленческих задач в условиях неопределенности. Главный принцип дизайн-мышления – ориентация на потребности конкретного человека или социальной группы и предложение практикоориентированных решений конкретных проблем [5].

В здравоохранении дизайн-мышление определяется как комплекс мер, направленных на улучшение медицинской помощи путем глубокого понимания потребностей пациентов и мониторинга удовлетворенности оказанной помощью.

Данный процесс состоит из нескольких этапов:

- Эмпатия: анализ проблемы с точки зрения пациента;
- Генерация идей: поиск креативных решений;
- Разработка решения: выбор и детализация

наилучшего варианта;

- Прототипирование: создание модели решения;
- Тестирование: проверка эффективности решения на практике [5].

Адаптация дизайн-мышления к деятельности системы здравоохранения, в частности к оценке удовлетворенности пациентов, позволяет трансформировать их потребности и запросы в реальные практики для улучшения медицинской помощи. Особую ценность дизайн-мышление представляет для совершенствования «клиентских путей» пациентов внутри медицинской организации через адаптацию внутренней среды, в том числе с использованием принципов салютогенного дизайна. Таким образом, дизайн-мышление становится инструментом управления изменениями в сфере здравоохранения с учетом пациентоориентированного подхода.

Опыт изучения влияния окружающей среды на человека в контексте медицинских организаций

В 2011 г. Международная академия дизайна и здоровья (The International Academy for Design and Health), объединяющая как подходы архитектуры, так и принципы укрепления общественного здоровья, установила, что дизайн, способствующий укреплению здоровья, является основным международным трендом в проектировании и строительстве [6].

Медицинские организации в развитых странах, будучи основным звеном в системе здравоохранения, часто ориентированы на патогенный подход, что ограничивает возможности улучшения качества медицинской помощи и совершенствования условий, в которых медицинская помощь оказывается. Однако принципы салютогенеза могут значительно повысить уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью через улучшение их пациентского опыта. Несмотря на это, внедрение салютогенных подходов в больницах сталкивается с определенными трудностями, включая необходимость инвестирования в создание поддерживающей среды для пациентов [7].

Существует ряд исследований, изучающих влияние внешних факторов окружающей среды на состояние здоровья человека. Одно из таких классических исследований, проведенное в 1996 г., посвящено влиянию солнечного света на пациентов с депрессией. Установлено, что пациенты, находившиеся в комнатах с более интенсивной инсоляцией, в среднем провели в больнице на 15% меньше времени (16,9 дней), чем те, кто был в темных комнатах (19,5 дней) [8]. Другой эксперимент также выявил значительное влияние солнечного света на здоровье пациентов. Было обнаружено, что в кардиологическом отделении интенсивной терапии пациенты, находившиеся в палатах с вы-

сокой инсоляцией, проводили там меньше времени, чем те, кто находился в менее освещенных палатах, особенно это касалось женщин, которые суммарно проводили на 30% меньше времени в больнице по сравнению с контрольной группой [9]. Даже такой показатель, как летальность пациентов при госпитализации по поводу инфаркта миокарда, в палатах с более высоким уровнем естественного освещения также был ниже: 7% по сравнению с 12% в менее освещенных палатах [9].

Влияние окружающей среды на здоровье человека в разных контекстах активно изучалось командами ученых из разных областей. В 1975 г. британский географ Джей Апплтон систематизировал данные о взаимосвязи между здоровьем человека и природным окружением («The Experience of Landscape» by Appleton, J.) [10]. Автор показал, как мы воспринимаем природные ландшафты вокруг себя, а также как это взаимодействие влияет на наше благополучие и эмоциональное состояние. В контексте здравоохранения более поздний систематический обзор, в ходе которого были проанализированы 30 публикаций, также выявил, что физические аспекты окружающей среды в медицинских организациях, такие как солнечный свет, биофильные и природные элементы, наличие окон, ароматы и пространственная организация, благоприятно влияют на здоровье и благополучие пациентов [8].

Большое количество исследований демонстрируют, что физическая среда в медицинских организациях оказывает влияние на пациентов как на эмоциональном, так и на физиологическом уровне. Например, улучшение условий в зонах ожидания связано с улучшением настроения и нормализацией физиологических показателей, таких как систолическое давление [11]. Другие исследования показали, что различные аспекты окружающей среды, такие как вид из окна или наличие растений, могут оказывать положительное воздействие на пациентов, снижая уровень стресса и повышая уровень субъективного комфорта [12, 13]. Установлено, что создание пространств в больницах, способствующих позитивному социальному взаимодействию, положительно влияет на удовлетворенность пациентов оказанной помощью [7].

Сегодня вопросы проектирования медицинских организаций играют ключевую роль в обеспечении качественного ухода и благополучия пациентов. «Теория поддерживающего дизайна Ульриха» (Ulrich's theory of supportive design), известная как «Ulrich's model», разработанная Роджером С. Ульрихом (англ. Ulrich, R. S.), послужила основой для его исследования («View Through a Window May Influence Recovery from Surgery»), опубликованного в 1984 г. в журнале Science [13].

Ульрих обнаружил, что виды на природные объекты способствуют более быстрому выздоровлению после операций. Теория поддерживающего дизайна Ульриха утверждает, что среда в организациях сферы здравоохранения, способствующая психологическому комфорту и благополучию, может положительно повлиять на выздоровление пациентов. Ключевые принципы дизайна включают в себя создание ощущения контроля, доступа к социальной поддержке, дополнительное включение позитивных отвлекающих факторов (например, объектов искусства), при этом минимизация негативных (например, шума, резких неприятных запахов) [14]. Это подчеркивает важность включения элементов «здоровьесберегающего дизайна» в медицинские организации для снижения стресса и улучшения общего самочувствия пациентов. Основные принципы салютотенного дизайна медицинских палат и их влияние на качество жизни пациентов и медицинских работников стационара, выявленные в ходе систематического обзора литературы Bartley J.M. и коллегами, резюмированы в таблице 1 [15].

Ведущие организации в области салютотенного дизайна

Актуальность проблемы внедрения салютотенного дизайна, а также разработки подходов к проведению междисциплинарных исследований по оценке эффективности данной практики подчеркивается наличием большого числа профильных организаций. В 2024 г. состоялся 13-й Всемирный конгресс по дизайну и здоровью, организованный Международной академией дизайна и здоровья при участии Миланского политехнического университета. Конгресс осветил новаторские исследования связи между дизайном и здоровьем, а также о влиянии проектируемой среды на благополучие человека [16].

Так, в США с 2016 г. существует Национальная организация искусств в здравоохранении (National Organization for Arts in Health, NOAH), занимающаяся продвижением и интеграцией искусства в контексте здравоохранения [29]. NOAH признает важность искусства для здоровья и стремится внедрить «терапию искусством» в клиническую практику, а также способствовать использованию арт-объектов в дизайне внутренней среды медицинских организаций.

В свою очередь, в Великобритании также есть профильная исследовательская группа по изучению дизайна в здравоохранении – Отдел исследований медицинской архитектуры (Medical Architecture Research Unit, MARU, MARU) при Лондонском университете Саут-Бэнк (London South Bank University). MARU имеет более чем 35-летний опыт исследований, консультирования и аккредитованного обучения специалистов, работа-

Таблица 1 – Взаимосвязь основных принципов дизайна медицинских палат и качества жизни пациентов и медицинских работников стационара (перевод на русский язык из статьи: Bartley J.M. – *Current views of health care design and construction: practical implications for safer, cleaner environments*) [15]

Table 1 – Correlation between the basic principles of ward design and the quality of life of patients and hospital medical staff (according to the article Bartley J.M. – *Current views of health care design and construction: practical implications for safer, cleaner environments*)

Особенности планировки и оснащения медицинских палат	Одноместная палата	Доступ к естественному освещению	Достаточное освещение	Ориентация окон на садово-парковую зону	Семейная зона в палатах	Ковровое покрытие	Шумопоглощающая отделка	Потолочные подъемники	Планировка процедурного кабинета	Адаптируемые палаты
Показатели эффективности работы системы здравоохранения										
Снижение внутрибольничных инфекций	**									
Снижение врачебных ошибок	*		*				*			*
Уменьшение боли		*	*	**			*			
Улучшение сна пациента	**	*	*				*			
Снижение стресса пациента	*	*	*	**	*		**			
Уменьшение депрессии		**	**	*	*					
Сокращение продолжительности пребывания		*	*	*						*
Улучшение конфиденциальности и приватности	**				*		*			
Улучшение общения с пациентами и членами семьи	**				*		*			
Социальная поддержка	*				*	*				
Повышение удовлетворенности пациентов										
Снижение травматизма персонала								**		*
Снижение стресса персонала	*	*	*	*			*			
Повышение эффективности работы персонала	*		*				*		*	*
Повышение удовлетворенности работой персонала	*	*	*	*			*			

*Указывает на то, что взаимосвязь между конкретным фактором среды и показателем эффективности работы помощи была прямо или косвенно указана в эмпирических исследованиях.

**Указывает на наличие особенно убедительных доказательств (совпадающих результатов многочисленных методологически тщательных исследований).

ющих в области планирования и проектирования зданий для здравоохранения [17].

Исследования и внедрение «исцеляющей» среды для организаций в сфере здравоохранения также проводятся и на уровне национальных систем здравоохранения различных европейских стран [18]. Именно поэтому объединение нарабатанного опыта применения салютогенного дизайна в здравоохранении, в частности в дизайне медицинских организаций, является важной задачей, особенно с учетом современных требований к развитию пациентоориентированности и пациентоцентричности.

Салютогенный дизайн как фактор пациентоориентированности

Энид Балинт (Enid Balint) в своей статье от 1969 г. «Возможности медицины, ориентированной на пациента» («The possibilities of patient-centered medicine») рассматривает два подхода к патологическим состояниям: медицина, ориентированная на заболевание (illness-orientated medicine), и пациентоориентированная медицина (patient-centred medicine) [18]. Заболевание-ориентированная медицина сосредоточена на лечении конкретной патологии. Пациентоориентированная медицина рассматривает пациента как личность, учитывая его индивидуальные особенности и контекст заболевания. Данный подход формирует комплексный взгляд на пациента, учитывая его физическое, психологическое и социальное благополучие. Таким образом, понятие «пациентоориентированность в здравоохранении» начало формироваться еще в прошлом веке.

В 2000 г. Мид и Бауэр (Mead N., Bower P.) провели обзор литературы по концепции пациентоориентированности, выделив пять измерений [19]. Первое измерение – биопсихосоциальная перспектива – включает в себя рассмотрение влияния болезни на пациента с учетом биологических, психологических и социальных аспектов. Второе измерение – пациент как личность – подразумевает индивидуализацию подхода к лечению с учетом особенностей пациента. Третье измерение – распределение полномочий и ответственности – связано с вовлечением пациента в процесс принятия решений о лечении. Четвертое измерение – терапевтический альянс – описывает значение позитивных отношений между врачом и пациентом для эффективного лечения. Пятое измерение – врач как человек – подчеркивает влияние личности и поведения врача на взаимодействие с пациентом.

Пациентоцентричность – это подход в медицине, который ставит пациента в центре внимания и ориентирован на его потребности, комфорт и результаты лечения. Однако на данный момент нет единого определения этого термина, возможно

из-за его разных интерпретаций, связанных с фокусом на технологиях, врачах или медицинских организациях, что не всегда соответствует истинному смыслу пациентоцентричности [20]. Некоторые авторы рассматривают пациентоцентричность как отношение к пациенту как к основному фокусу в системе здравоохранения, где учитываются его индивидуальные предпочтения, потребности и желания для оптимизации заботы о его здоровье. Поддержка данного подхода также означает включение личного опыта каждого пациента при принятии медицинских решений и взаимодействии с медицинским персоналом. Важным требованием является доступность и единое понимание медицинской информации как для врачей, так и для пациентов.

Таким образом, пациентоцентричность – это концепция, где основное внимание уделяется потребностям, предпочтениям и ценностям пациента, что подразумевает его центральное положение в процессе лечения.

Большое и постоянно растущее количество исследований свидетельствует о том, что физическая среда оказывает влияние на уровень пациентоцентричности организации через безопасность пациентов, эффективность работы персонала, субъективное с точки зрения пациента качество предоставляемой помощи, а также уровень физического и психологического комфорта при пребывании в медицинской организации. Планирование и создание проектных решений медицинской организации на основе этих данных для достижения наилучших результатов для пациентов, персонала и операционных процессов определяет суть концепции дизайна, основанного на научных данных (evidence-based design) [21]. Дизайн, основанный на научных данных, во многом схож с салютогенным дизайном, поскольку обе концепции изучают одни и те же факторы окружающей среды, влияющие на здоровье и благополучие человека. Для того чтобы эти практики имели под собой научное обоснование, критически важно проводить оценку уровня удовлетворенности пациентов при их внедрении. Сбор обратной связи об условиях оказания помощи является важной частью общего показателя удовлетворенности качеством оказываемой медицинской помощи. Поэтому измерение данного показателя необходимо для оценки эффективности мер, принимаемых для улучшения работы медицинских организаций [22].

При применении принципов салютогенного дизайна в медицинской среде требуется особое внимание к адаптации пространства к потребностям и комфорту пациентов, поскольку данный подход направлен в первую очередь на обеспечение психологического благополучия человека. Однако, согласно взглядам социальных психологов, сле-

дует отметить, что люди реагируют не на отдельные факторы окружающей среды, а воспринимают их в совокупности [23]. Следовательно, можно выделить следующие аспекты салютогенного дизайна, которые должны внедряться в виде единого комплекса мер: пространственный комфорт, приватность, автономия, сенсорный комфорт, безопасность и защищенность, а также социальный комфорт [24].

В рамках исследования были проанализированы мнения 236 пациентов (78 в США и 158 в Португалии) относительно следующих характеристик дизайна палат: отвлечение от мыслей о болезни, ощущение контроля над пространством и социальная поддержка, которые могли повлиять на уровень их удовлетворенности пребыванием в больнице [25]. Положительные комментарии о данных аспектах дизайна палат составили 71,4% респондентов. В частности, 33,2% пациентов отметили положительное отвлечение от своей болезни, 22,4% – ощущаемый контроль над пространством и 6,0% – социальную поддержку. Среди конкретных наиболее ценных характеристик, которые отметили пациенты, были доступ к интернету, чистота и функциональность помещения.

Результаты систематического обзора, охватившего 3373 случая госпитализации, продемонстрировали важность внедрения средств отвлечения, комфорта и релаксации в дизайн больничной среды в родовом блоке [26]. Элементы дизайна, способствующие отвлечению от боли, регулирование температуры в родовой комнате, создание домашней атмосферы в палате, а также сокрытие медицинского оборудования – все эти аспекты положительно влияли на родовой процесс и уровень боли, а также на показатели сердечного ритма у женщин и оценку новорожденного по шкале Апгар. Таким образом, внутренняя среда медицинских организаций и комплексное внедрение принципов салютогенного дизайна является важным аспектом пациентоориентированности на современном этапе развития системы здравоохранения.

Заключение

В научной литературе описано множество подходов к созданию оптимального дизайна и проектированию внутренней среды зданий, ориентированных на укрепление здоровья людей, среди которых: салютогенный дизайн, дизайн-мышление, теория поддерживающего дизайна Ульриха, «доказательный» дизайн (evidence-based design) и т.д. Однако все данные концепции, как в историческом контексте, так и на современном этапе, фокусируются на максимальном достижении комфорта и субъективного благополучия челове-

ка при контакте с окружающей средой. Для системы здравоохранения данные подходы стоит использовать при проектировании медицинских организаций для разработки комплексных проектов пациентоориентированной среды, включая: природные элементы в интерьере, контроль над условиями среды (автономия), создание общественных пространств и зон для уединения (социальный комфорт), чувство связности с пространством и т.д. Таким образом, салютогенный дизайн медицинских организаций напрямую связан с пациентоориентированностью через улучшение пациентского опыта, что в итоге приводит к повышению удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью – главной цели работы системы здравоохранения.

Список литературы

1. Antonovsky A., Bernstein J. Pathogenesis and Salutogenesis in War and Other Crises: Who Studies the Successful Copier?. Stress and coping in time of war: gene ralizations from the Israeli experience. Ed. N.A. Milgram. N.Y.: Brunner/Mazel, 1986; 52-65.
2. Antonovsky A. Health, Stress, and Coping. Jossey-Bass, 1979, 280.
3. Данилов А., Дилани А. Резервные возможности укрепления здоровья и экономического роста. Здоровая построенная среда. Спецвыпуск Института междисциплинарной медицины. – М.: Изд. Перо, 2018. – 40 с. ISBN 978-5-00122-352-8
4. Саймон Г. Науки об искусственном. Пер с англ. Изд. 2-е. - М.: Едиториал УРСС. 2004, 144. ISBN: 5-354-00759-3
5. Roberts J.P., Fisher T.R., Trowbridge M.J., Bent C. A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthc (Amst)*. 2016;4(1):11-14. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.12.002>
6. Drahota A., Ward D., Mackenzie H., et al. Sensory environment on health-related outcomes of hospital patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(3):CD005315. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005315.pub2>
7. Mittelmark M.B., Sagy S., Eriksson M., et al. The Handbook of Salutogenesis. *Cham (CH): Springer*. 2017. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
8. Dijkstra K., Pieterse M., Pruyn A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *J Adv Nurs*. 2006;56(2):166-181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x>
9. Beauchemin K.M., Hays P. Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *J R Soc Med*. 1998;91(7):352-354. <https://doi.org/10.1177/014107689809100703>
10. Appleton J. The Experience of Landscape. Wiley, 1996;296.
11. Leather, Philip J., Diane Beale, et al. Outcomes of Environmental Appraisal of Different Hospital Waiting Areas. *Environment and Behavior*. 2003;(35):842 - 869.
12. Park S.H., Mattson R.H. Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery. *J Altern Complement Med*. 2009;15(9):975-980. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0075>
13. Ulrich R.S. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 1984;224(4647):420-421. doi:10.1126/science.6143402
14. Ulrich R. Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes. Des. Health Proc. Second. 2001
15. Bartley J.M., Olmsted R.N., Haas J. Current views of health care design and construction: practical implications for safer, cleaner environments. *Am J Infect Control*. 2010;38(5 Suppl 1):S1-S12. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.04.195>
16. 13th World Congress on Design and Health Academy. [Electronic resource] URL: <https://healthmanagement.org/c/hospital/event/13th-world-congress-on-design-and-health-2024> (accessed: 25.10.2024).
17. Medical Architecture Research Unit [Electronic resource]. URL: <https://europeanhealthcaredesign2018.salus.global/conference-partner/medical-architecture-research-unit> (accessed: 25.10.2024).
18. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969;17(82):269-276.
19. Mead N., Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
20. Рассказова А. Организационная модель электронного здравоохранения на основе пациентоцентричности. Актуальные вопросы медицины. 2021;141-148.
21. The Center for Health Design [Electronic resource]. URL: <https://www.healthdesign.org/> (accessed: 25.10.2024).
22. Садовой М.А., Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Табакаев Н.А., Тюфилин Д.С., и др. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодить» или «пациент всегда прав»? *Бюллетень сибирской медицины*. 2017;16(1):152-161. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2017-1-152-161>
23. Moser G., Uzzell D. Environmental Psychology. 2007. doi:10.1002/0471264385.wei0517
24. Schreuder E., Lebesque L., Bottenheft C. Healing Environments: What Design Factors Really Matter According to Patients? An Exploratory Analysis. *HERD*. 2016;10(1):87-105. <https://doi.org/10.1177/1937586716643951>
25. Devlin A.S., Andrade C.C., Carvalho D. Qualities of Inpatient Hospital Rooms: Patients' Perspectives. *HERD*. 2016;9(3):190-211. <https://doi.org/10.1177/1937586715607052>
26. Nilsson C., Wijk H., Höglund L., Sjöblom H., Hessman E., Berg M. Effects of Birthing Room Design on Maternal and Neonate Outcomes: A Systematic Review. *HERD*. 2020;13(3):198-214. <https://doi.org/10.1177/1937586720903689>

References

1. Antonovsky A., Bernstein J. Pathogenesis and Salutogenesis in War and Other Crises: Who Studies the Successful Coper?. Stress and coping in time of war: generalizations from the Israeli experience. Ed. N.A. Milgram. N.Y.: Brunner/Mazel, 1986; 52-65. Antonovsky A. *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass, 1979, 280.
2. Antonovsky A. *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass, 1979, 280.
3. Danilov A., Dilani A. Potential for health and economic growth. In: Zdorovaja postroennaja sreda. Special issue. Moscow: Izdatel'stvo «Pero»; 2018. p. 40. (In Russ.). ISBN 9785-00122-352-8.
4. Simon H. The Sciences of the Artificial (2nd edition). Moscow: Editorial URSS; 2004. p. 144. (In Russ.). ISBN 5-354-00759-3.
5. Roberts J.P., Fisher T.R., Trowbridge M.J., Bent C. A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthc (Amst)*. 2016;4(1):11-14. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.12.002>
6. Drahota A., Ward D., Mackenzie H., et al. Sensory environment on health-related outcomes of hospital patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(3):CD005315. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005315.pub2>
7. Mittelmark M.B., Sagy S., Eriksson M., et al., eds. The Handbook of Salutogenesis. Cham (CH): Springer. 2017. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
8. Dijkstra K., Pieterse M., Pruyn A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *J Adv Nurs*. 2006;56(2):166-181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x>
9. Beauchemin K.M., Hays P. Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *J R Soc Med*. 1998;91(7):352-354. <https://doi.org/10.1177/014107689809100703>
10. Appleton J. The Experience of Landscape. Wiley, 1996;296 .
11. Leather, Philip J., Diane Beale, et al. Outcomes of Environmental Appraisal of Different Hospital Waiting Areas. *Environment and Behavior*. 2003;(35):842 - 869.
12. Park S.H., Mattson R.H. Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery. *J Altern Complement Med*. 2009;15(9):975-980. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0075>
13. Ulrich R.S. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 1984;224(4647):420-421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
14. Ulrich R. Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes. *Des. Health Proc. Second*. 2001.
15. Bartley J.M., Olmsted R.N., Haas J. Current views of health care design and construction: practical implications for safer, cleaner environments. *Am J Infect Control*. 2010;38(5 Suppl 1):S1-S12. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.04.195>
16. 13th World Congress on Design and Health Academy. Available from: <https://healthmanagement.org/c/hospital/event/13th-world-congress-on-design-and-health-2024>. Accessed 25 Oct 2024.
17. Medical Architecture Research Unit. Available from: <https://europeanhealthcaredesign2018.salus.global/conference-partner/medical-architecture-research-u...> Accessed 25 Oct 2024.
18. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969;17(82):269-276.
19. Mead N., Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
20. Rasskazova A. An organizational model of eHealth based on patient-centeredness *Aktual'nye voprosy mediciny truda*. 2021:141-148. (In Russ.).
21. The Center for Health Design. Available from: <https://www.healthdesign.org/>. Accessed 25 Oct 2024.
22. Sadovoj M.A., Kobjakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S., Tabakaev N.A., Tjufilin D.S., et al. Satisfaction with the quality of medical care: "You can't please everyone" or "the patient is always right". *Bulleten' sibirskoj mediciny*. 2017;16(1):152-161 (In Russ.). <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2017-1-152-161>
23. Moser G., Uzzell D. *Environmental Psychology*. 2007. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0517>
24. Schreuder E., Lebesque L., Bottenheft C. Healing Environments: What Design Factors Really Matter According to Patients? An Exploratory Analysis. *HERD*. 2016;10(1):87-105. <https://doi.org/10.1177/1937586716643951>
25. Devlin A.S., Andrade C.C., Carvalho D. Qualities of Inpatient Hospital Rooms: Patients' Perspectives. *HERD*. 2016;9(3):190-211. <https://doi.org/10.1177/1937586715607052>
26. Nilsson C., Wijk H., Höglund L., Sjöblom H., Hessman E., Berg M. Effects of Birthing Room Design on Maternal and Neonate Outcomes: A Systematic Review. *HERD*. 2020;13(3):198-214. <https://doi.org/10.1177/1937586720903689>

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Твилле Полина Сергеевна – канд. мед. наук, ассистент Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), <https://orcid.org/0000-0002-7146-1109>

Севанян Лаура Геворговна – ординатор Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), <https://orcid.org/0009-0009-3201-6131>

Трункова Кристина Сергеевна – главный специалист по развитию системы здравоохранения Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), <https://orcid.org/0000-0001-8689-1243>

Вклад авторов

Поиск литературы и анализ существующих практик и исследований: Севанян Л. Г., Трункова К.С.

Написание рукописи статьи: Твилле П.С., Севанян Л. Г.

Редактирование и утверждение финальной версии статьи: Твилле П.С.

Для корреспонденции

Твилле Полина Сергеевна
tuillet_p_s@staff.sechenov.ru

Статья поступила 01.11.2024. Принята к печати 04.12.2024. Опубликовано 28.03.2025.

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

About the authors

Polina S. Tuillet – Cand. Sci., Assistant Professor, Institute of Leadership and Health Management of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), <https://orcid.org/0000-0002-7146-1109>

Laura G. Sevanyan – Resident, Institute of Leadership and Health Management of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), <https://orcid.org/0009-0009-3201-6131>

Kristina S. Trunkova – Chief Specialist in Health System Development, Institute of Leadership and Health Management of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), <https://orcid.org/0000-0001-8689-1243>

Authors' contributions

Literature search and analysis of existing practices and research: Sevanyan L. G., Trunkova K.S.

Writing the manuscript of the article: Tuillet P.S., Sevanyan L. G.

Editing and approving the final version of the article: Tuillet P.S.

Corresponding author

Polina S. Tuillet
tuillet_p_s@staff.sechenov.ru

Received 01.11.2024. Accepted for publication 04.12.2024. Published 28.03.2025.