

## ГІГІЄНА ПЛАНУВАННЯ І ЗАБУДОВИ НАСЕЛЕНИХ МІСЦЬ

---

## HYGIENE OF PLANNING AND BUILDING OF SETTLEMENTS

<https://doi.org/10.32402/hygiene2022.72.003>

УДК 613.5:725.5:728.2

### ВПЛИВ УМОВ РОЗМІЩЕННЯ ВБУДОВАНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ЖИТЛОВІ БУДИНКИ НА ЗДОРОВ'Я МЕДПРАЦІВНИКІВ, УМОВИ ПЕРЕБУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ТА САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНІ УМОВИ МЕШКАНЦІВ

Махнюк В.М.<sup>1</sup>, Чайка А.В.<sup>1</sup>, Чорна В.В.<sup>2</sup>, Махнюк В.В.<sup>3</sup>,  
Могильний С.М.<sup>1</sup>, Павленко Н.П.<sup>1</sup>, Мельниченко С.О.<sup>1</sup>, Пелех Л.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», Київ, Україна

<sup>2</sup> Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

<sup>3</sup> Державний податковий університет, м. Ірпінь, Україна

**Актуальність.** Відповідно до реформи галузі охорони здоров'я в Україні, передбачено надання медичних послуг населенню сімейними лікарями, більшість з яких проводять медичну діяльність у кабінетах, які розміщуються у житлових будинках на I та II поверхах [1,2].

Розташування закладів охорони здоров'я у вбудованих нежитлових приміщеннях житлових будинків здійснюється за індивідуальними проектами, які розробляються з метою пристосування будівельного об'єму житлового будинку під їх розміщення. Враховуючи, що зазначені медичні кабінети сімейної практики за містобудівним кодексом конструктивно пов'язані з житловою частиною будинку та прибудинковою територією і мають статус об'єктів повсякденного обслуговування населення, гіпотезою проведення комплексних гігієнічних досліджень стало питання вивчення впливу їх функціонування на умови праці (самопочуття, працездатність) медпрацівників, перебування пацієнтів та санітарно-гігієнічні умови проживання мешканців [3,4,5].

**Мета роботи.** Дослідження впливу прямих та опосередкованих індикативних показників архітектурно-планувальних рішень вбудованих у житлові будинки закладів охорони здоров'я на самопочуття та працездатність медичних працівників, умови перебування пацієнтів та санітарно-гігієнічні умови мешканців житлової частини будинку.

**Об'єкт та методи дослідження.** У анкетуванні брали участь 300 осіб, з них 100 – медпрацівники, 100 – пацієнти зазначених медичних закладів та 100 – мешканці житлових будинків, у яких розміщені вбудовані заклади охорони здоров'я (ЗОЗ). Респондентів медиків розділили на дві досліджувані групи: I група – сімейні лікарі (50 осіб), та II група – стоматологи (50 осіб). У роботі використовувалися аналітичний, соціологічний та статистичний методи досліджень.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За гіпотезою досліджень були визначені прямі індикативні показники, що впливають на організм людини, до яких віднесено: площу медичних приміщень; висоту медичних приміщень; мікроклімат медичних приміщень (температура повітря, вологість повітря, швидкість руху повітря), природне та штучне освітлення медичних приміщень; санітарно-протиепідемічний режим у приміщеннях вбудованого ЗОЗ та ін.

До опосередкованих індикативних показників були віднесені: архітектурно-планувальні рішення в частині організації та впорядкування оточуючої (в даному випадку

прибудинкової) території шляхом створення пішохідних доріжок з твердим асфальтованим покриттям, та їх використання людьми з особливими потребами; облаштування тимчасових міністоянок для автомобілів та велосипедів медпрацівників та пацієнтів на прибудинковій території; наявність окремого майданчика для збору ТПВ для потреб вбудованого ЗОЗ; планувальна організація пристосувань для людей з особливими потребами вхідної групи, медичних та допоміжних приміщень; достатність набору допоміжних приміщень (хол, окремі санвузли для медперсоналу та для пацієнтів, кімнати для відпочинку, для прийому їжі тощо); організація оптимального режиму роботи для медпрацівників шляхом впровадження електронної черги за попереднім записом пацієнтів; наявність короткотривалих перерв для відпочинку медпрацівників між прийомами пацієнтів; обладнання вбудованих ЗОЗ сучасною якісною комп'ютерною технікою для оптимізації робочого процесу.

**Висновки.** При вивченні впливу вбудованих ЗОЗ на самопочуття і працездатність медичних працівників встановлена наявність численних зв'язків між прямими та опосередкованими показниками архітектурно-планувальних рішень, та самопочуттям і працездатністю сімейних лікарів і стоматологів вбудованих ЗОЗ: погіршення самопочуття через відсутність достатнього повітрообміну приміщення (відсутність штучної припливно-витяжної вентиляції), що проявлялося втомленістю (бажанням відпочити – вийти на свіже повітря, відкрити вікно) ( $p < 0,001$ ); відсутністю короткотривалих перерв для відпочинку як сімейних лікарів, так і стоматологів між прийомами пацієнтів та їх працездатністю, що проявлялось зниженням уваги, концентрації та роздратуванням ( $p < 0,001$ ); відсутністю місця (вільної території) для зберігання власного автотранспорту сімейних лікарів та стоматологів, що спричиняло психогенне навантаження та роздратування ( $p < 0,001$ ); відсутністю окремого приміщення для психологічного розвантаження (відпочинку) сімейних лікарів та стоматологів ( $p < 0,001$ ).

За результатами досліджень встановлено, що для пацієнтів та мешканців найважливішими питаннями, які потребують вирішення при функціонуванні вбудованих ЗОЗ є: відсутність спеціальних автостоянок на прибудинковій території (I рейтингове місце); відсутність умов доступності вхідної групи до ЗОЗ для людей з особливими потребами (II рейтингове місце); вузькі коридори (III рейтингове місце).

**Ключові слова.** Анкетування, вбудовані у житлові будинки заклади охорони здоров'я, прямі та опосередковані індикативні показники архітектурно-планувальних рішень, самопочуття та працездатність медичних працівників, умови перебування пацієнтів, санітарно-гігієнічні умови мешканців житлових будинків.

## THE INFLUENCE OF THE LOCATION CONDITIONS OF BUILT-IN HEALTH CARE FACILITIES IN RESIDENTIAL BUILDINGS ON THE HEALTH OF NURSING WORKERS, PATIENTS' LOCATION CONDITIONS AND SANITARY AND HYGIENE CONDITIONS OF RESIDENTS

V.M. Makhniuk<sup>1</sup>, A.V. Chaika<sup>1</sup>, V.V. Chorna<sup>2</sup>, V.V. Makhniuk<sup>3</sup>,  
S.M. Mogilniy<sup>1</sup>, N.P. Pavlenko<sup>1</sup>, S.O. Melnichenko<sup>1</sup>, L.V. Pelekh<sup>1</sup>

<sup>1</sup> State Institution «O.M. Marzиеiev Institute for Public Health of the NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup> Vinnytsia National M.I. Pyrohov Medical University, Vinnytsia, Ukraine

<sup>3</sup> State Tax University, Irpin, Ukraine

**Topicality.** According to the reform of the health care industry in Ukraine, provision of medical services to the population by family doctors, most of whom conduct medical activities in offices located in residential buildings on the I and II floors, is provided [1,2].

*Location of health care facilities in built-in non-residential premises of residential buildings is carried out according to individual projects, which are developed in order to adjust the construction volume of the residential building for their placement. Taking into account that, according to the city planning code, the specified medical offices of family practice are constructively connected with the residential part of the house and the adjacent territory and have the status of objects of daily service of the population, the hypothesis of conducting complex hygienic studies was the question of studying the impact of their functioning on working conditions (well-being, working capacity) of medical workers, stay of patients and sanitary and hygienic living conditions of residents [3,4,5].*

**The goal of the work.** *Study of the impact of direct and indirect indicative indicators of architectural and planning decisions built into residential buildings of health care institutions on the well-being and working capacity of medical workers, the conditions of patients' stay, and the sanitary and hygienic conditions of residents of the residential part of the building.*

**Object and research methods.** *Three hundred people took part in the survey, of which 100 were medical workers, 100 were patients of the specified medical facilities, and 100 were residents of residential buildings with built-in health care facilities. Medical respondents were divided into two research groups: group I - family doctors (50 people), and group II - dentists (50 people).*

*Analytical, sociological and statistical research methods were used in the work.*

**Research results and their discussion.** *According to the research hypothesis, direct indicative indicators affecting the human body were determined, which include: the area of medical premises; height of medical premises; microclimate of medical premises (air temperature, air humidity, air movement speed), natural and artificial lighting of medical premises; sanitary and anti-epidemic regime in the premises of an integrated health care facility, etc.*

*The indirect indicative indicators included: architectural and planning decisions in terms of organization and arrangement of the surrounding (in this case, the adjacent) territory by creating pedestrian paths with a hard asphalt surface, and their use by people with special needs; arrangement of temporary mini-parking lots for cars and bicycles of medical workers and patients on the premises; availability of a separate site for the collection of solid household waste for the needs of an integrated health care facility; planning organization of facilities for people with special needs of the entrance group, medical and auxiliary premises; adequacy of the set of auxiliary premises (hall, separate bathrooms for medical personnel and for patients, rooms for rest, for eating, etc.); organization of the optimal work regime for medical workers by introducing an electronic queue based on patients' prior appointment; availability of short-term breaks for medical workers to rest between patient appointments; equipping built-in health care facilities with modern, high-quality computer equipment to optimize the work process.*

**Conclusions.** *When studying the impact of built-in health care facilities on the well-being and work capacity of medical workers, it was established that there are numerous connections between direct and indirect indicators of architectural and planning decisions, and the well-being and work capacity of family doctors and dentists of built-in health care facilities: deterioration of well-being due to the lack of sufficient air exchange of the room (absence of artificial supply and exhaust ventilation), which was manifested by fatigue (desire to rest - go out into the fresh air, open the window) ( $p<0.001$ ); lack of short-term rest breaks for both family doctors and dentists between patient appointments and their working capacity, which was manifested by a decrease in attention, concentration and irritation ( $p<0.001$ ); lack of space (free territory) for storing family doctors' and dentists' own vehicles, which caused psychogenic stress and irritation ( $p<0.001$ ); lack of a separate room for psychological relief (rest) of family doctors and dentists ( $p<0.001$ ).*

*Based on the results of the research, it was established that for patients and residents, the most important issues that need to be resolved in the functioning of built-in health care facilities are - the absence of special parking lots on the premises (Ist ranking place); lack of accessibility conditions for the entrance group to the health care facility for people with special needs (II rating place); narrow corridors (III ranking place).*

**Keywords.** *Questionnaires, health care facilities built into residential buildings, direct and indirect indicative indicators of architectural and planning decisions, well-being and working capacity of medical workers, conditions of patients' stay, sanitary and hygienic conditions of residents of residential buildings.*

**Актуальність.** Відповідно до реформи галузі охорони здоров'я в Україні, передбачено надання медичних послуг населенню сімейними лікарями, більшість з яких проводять медичну діяльність у кабінетах, які розміщуються у житлових будинках на I та II поверхах [1,2].

Розташування закладів охорони здоров'я у вбудованих нежитлових приміщеннях житлових будинків здійснюється за індивідуальними проектами, які розробляються з метою пристосування будівельного об'єму житлового будинку під їх розміщення. Враховуючи, що зазначені медичні кабінети сімейної практики за містобудівним кодексом конструктивно пов'язані з житловою частиною будинку та прибудинковою територією і мають статус об'єктів повсякденного обслуговування населення, гіпотезою проведення комплексних гігієнічних досліджень стало питання вивчення впливу їх функціонування на умови праці (самопочуття, працездатність) медпрацівників, перебування пацієнтів та санітарно-гігієнічні умови проживання мешканців [3,4,5].

**Мета роботи.** Дослідження впливу прямих та опосередкованих індикативних показників архітектурно-планувальних рішень вбудованих у житлові будинки закладів охорони здоров'я на самопочуття та працездатність медичних працівників, умови перебування пацієнтів та санітарно-гігієнічні умови мешканців житлової частини будинку.

**Об'єкт та методи дослідження.** У анкетуванні брали участь 300 осіб, з них 100 – медпрацівники, 100 – пацієнти зазначених медичних закладів та 100 – мешканці житлових будинків, у яких розміщені вбудовані заклади охорони здоров'я (ЗОЗ). Респондентів медиків розділили на дві досліджувані групи: I група – сімейні лікарі (50 осіб), та II група – стоматологи (50 осіб). Дослідження проводились за трьома анкетами: Анкета №1 – медпрацівників, Анкета №2 – для пацієнтів; Анкета №3 – мешканців. Анкети №1 та №2 містили 99 гігієнічних показників, Анкета №3 – 85.

У роботі використовувалися аналітичний, соціологічний та статистичний методи досліджень.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За гіпотезою досліджень були визначені прямі індикативні показники, що впливають на організм людини, до яких віднесено: площу медичних приміщень; висоту медичних приміщень; мікроклімат медичних приміщень (температура повітря, вологість повітря, швидкість руху повітря), природне та штучне освітлення медичних приміщень; санітарно-протиепідемічний режим у приміщеннях вбудованого ЗОЗ та ін.

До опосередкованих індикативних показників були віднесені: архітектурно-планувальні рішення в частині організації та впорядкування прибудинкової території шляхом створення пішохідних доріжок з твердим асфальтованим покриттям, та їх використання людьми з особливими потребами; облаштування тимчасових міністоянок для автомобілів та велосипедів медпрацівників та пацієнтів на прибудинковій території; наявність окремого майданчика для збору ТПВ для потреб вбудованого ЗОЗ; пристосування вхідної групи, медичних та допоміжних приміщень для потреб людей з особливими потребами; достатність набору допоміжних приміщень (хол, окремі санвузли для медперсоналу та для пацієнтів, кімнати для відпочинку, для прийому їжі тощо); організація оптимального режиму роботи для медпрацівників шляхом впровадження електронної черги за попереднім записом пацієнтів; наявність короткотривалих перерв для відпочинку медпрацівників між прийомами пацієнтів; обладнання вбудованих ЗОЗ сучасною якісною комп'ютерною технікою для оптимізації робочого процесу.

За результатами опитування респондентів медиків у двох досліджуваних групах виявлено найбільш важливі прямі та опосередковані індикативні показники при

функціонування вбудованих ЗОЗ, які на думку респондентів негативно впливають на їх самопочуття та працездатність.

За результатами дослідження 100% відповідей респондентів обох груп відмітили достатність площі та висоти медичних приміщень. У 40% випадків у першій досліджуваній групі відмітили відсутність автономної механічної припливно-витяжної системи вентиляції медичних приміщень, що у 1,05 рази перевищило показник респондентів з другої групи ( $p < 0,01$ ).

При оцінці факторів внутрішнього середовища медичних приміщень на самопочуття та працездатність медичних працівників, зокрема повітрообміну медичних приміщень за суб'єктивними реакціями організму, скарги на виникнення негативних реакцій організму під час виконання професійної діяльності відмітили 36% сімейних лікарів амбулаторної медичної практики, що у 1,8 рази перевищило зазначений показник серед стоматологів ( $p < 0,01$ ). При цьому погіршення самопочуття та зниження працездатності 36% сімейних лікарів пов'язано із відсутністю достатнього повітрообміну в медичних кабінетах без облаштування механічної припливно-витяжної вентиляції, що також перевищило у 1,44 рази показник у групі стоматологів ( $p < 0,01$ ). Погіршення самопочуття та зниження працездатності під час виконання професійної діяльності через відсутність достатнього повітрообміну проявлялося бажанням медпрацівників відпочити, вийти на свіже повітря, відкрити вікно.

Достатність умов природного та штучного освітлення на робочих місцях респондентів була забезпечена у 100% випадків.

Дотримання вимог санітарно-протиепідемічного режиму у вбудованому ЗОЗ в частині не пересікання руху пацієнтів і медичного персоналу (розмежування здорових та хворих пацієнтів – прийом у різні дні), здійснення вологого прибирання, генеральних прибирань, дезінфекційних заходів підтвердили сімейні лікарі у 96% та стоматологи – у 100% випадків.

Експлуатація високотехнологічного медичного обладнання (стоматологічна установка, дентальний рентгенівський апарат) у вбудованих ЗОЗ мало місце тільки в стоматкабінетах. Інженерні та архітектурно-планувальні заходи при розміщенні рентгенапаратів у 90% випадків передбачали захист огорожуючих конструкцій стін, стелі, підлоги приміщень та розмежування приміщень, в яких розміщене обладнання.

За опосередкованими індикативними показниками впливу на самопочуття та працездатність медичних працівників встановлено, що 60% сімейних лікарів та 68% стоматологів відмітили відсутність місць для паркування власного авто- та велотранспорту на оточуючій території вбудованого ЗОЗ. Про відсутність пішохідних доріжок до вбудованого ЗОЗ, пристосованих для людей з особливими потребами, заявили 40% сімейних лікарів та 26% стоматологів. Відсутність окремого контейнерного майданчика для збору ТПВ для потреб вбудованого ЗОЗ на території господарської зони житлового будинку відмітили 20% сімейних лікарів та 10% стоматологів. Вхідна група до вбудованого ЗОЗ розташовувалась з фасаду будинку (80% відповідей сімейних лікарів та 86% стоматологів); була не пристосована/недостатньо пристосована для людей з особливими потребами (60% – сімейних лікарів та 36% – стоматологів); відстань від вхідної групи вбудованого ЗОЗ до вхідної групи в житлову секцію становила 15 м та більше (80% – сімейних лікарів та 86% – стоматологів; становить менше 15 м (20% сімейних лікарів та 16% стоматологів).

За умовами інклюзивності сімейні лікарі (78%) та стоматологи (56%) визначили невідповідність пристосування допоміжних приміщень для людей з особливими потребами. Відсутність або недостатність пристосування медичних приміщень за умовами інклюзивності відмітили 40% сімейних лікарів (проти 20% стоматологів).

Сімейні лікарі у 40% випадків відмітили відсутність або недостатню кількість затребуваних допоміжних приміщень (кімнати відпочинку, окремі санвузли для медпрацівників та відвідувачів тощо), що у 2,5 рази більше ніж у стоматологів (16%).

Прийом пацієнтів за попереднім записом ведуть 74% сімейних лікарів та 90% стоматологів. 28% сімейних лікарів відмітили інтенсивну завантаженість понад нормативний

час робочої зміни, що проявлялось відчуттям втоми, зниженням концентрації уваги та працездатності за 2 години до кінця робочої зміни, а у другій групі таке явище спостерігалось у 2,8 рази менше (10% респондентів – стоматологів). Сімейні лікарі відмічали, що їх втомлюваність пов'язана безпосередньо із неможливістю робити перерви між прийомом пацієнтів, з психоемоційним напруженням під час спілкування з пацієнтами, в той час як для лікарів-стоматологів втомлюваність була спричинена робочою позою - стоячи, постійною концентрацією зорового органу, та тривалим статичним положенням рук при роботі.

До розробленої «Анкети №1» було включено питання за опитувальником Березовської Р.А. щодо ставлення медичних працівників до власного здоров'я як складової детермінанти збереження здоров'я та високої працездатності [4].

На питання щодо погіршення стану здоров'я 30% сімейних лікарів відповіли, що звертаються за допомогою до лікаря, в групі стоматологів звернень до лікаря було у 3 рази менше і становило 10% ( $p < 0,01$ ), в той час як самолікуванням займаються 70% сімейних лікарів, та серед стоматологів – 90%. На питання щодо пріоритетності значення різних показників при трудовій діяльності отримано наступні відповіді: першочергово медпрацівники відмітили збереження здоров'я, про що заявили 34% сімейних лікарів і 30% стоматологів; умови праці також є важливим показником, як відмітили 28% сімейних лікарів та 22% стоматологів; матеріальне благополуччя бажане для 32% респондентів другої досліджуваної групи та лише для 20% першої; улюблена робота (кар'єра) потрібна 18% та 16% респондентам відповідно.

При визначанні пріоритетних факторів впливу на стан здоров'я встановлено наступне, у групі сімейних лікарів на першому місці знаходиться спосіб життя/турбота про власне здоров'я – 36%, в той час у стоматологів цей показник набрав лише 20%, що у 1,8 рази менше ( $p < 0,01$ ); професійна майстерність надання медичних послуг була важливою для 14% сімейних лікарів та 32% стоматологів (що у 2,3 рази вище показника при  $p < 0,01$ ).

На рисунку 1 представлено характеристику умов функціонування вбудованих ЗОЗ з точки зору пацієнтів вбудованих ЗОЗ.

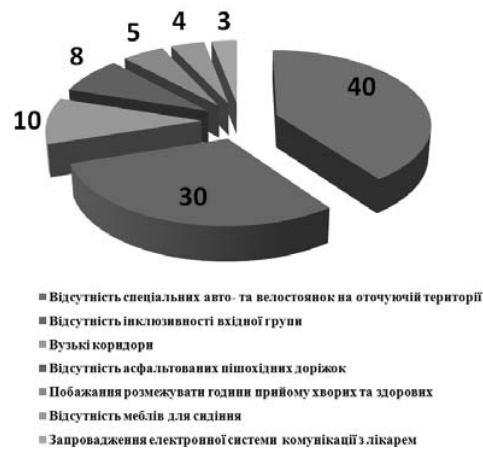


Рисунок 1. Оцінка пацієнтами умов функціонування вбудованих ЗОЗ.

У 40% випадків пацієнтів хвилювала відсутність спеціальних авто- та велостоянок на оточуючій території вбудованого ЗОЗ, у 30% відмітили відсутність пристосувань вхідної групи до вбудованого ЗОЗ для людей з особливими потребами (відсутність пандусів, ковзке покриття в зимову пору року, відсутність навісу від атмосферних опадів над вхідними дверима до вбудованого ЗОЗ тощо).

Частина пацієнтів, які відвідують вбудовані ЗОЗ відмітили вузькі коридори (10% випадків), у 8% випадків – відсутність асфальтованих пішохідних доріжок та висловили занепокоєння з приводу ускладненої епідемічної ситуації, пов'язаної з Covid-19, у зв'язку з

чим почувалися б безпечніше, якщо години прийому здорових та хворих або з підозрою на Covid-19 пацієнтів були б розмежовані, про що заявили 5% опитуваних. У 4% респонденти зазначали відсутність комфортних меблів для сидіння під час очікування в черзі, а 3% пацієнтів висловили побажання у запровадженні електронної системи телекомунікації лікар-пацієнт у зв'язку з епідемією Covid-19.

Найбільша кількість опитуваних мешканців при оцінці архітектурно-планувальної характеристики умов розміщення та функціонування вбудованих ЗОЗ занепокоєні стихійною парковкою автомобілів медпрацівників та пацієнтів вбудованих ЗОЗ на прибудинковій території, так відповіли 38% мешканців; 32% мешканців висловили побажання розміщення вхідної групи вбудованого ЗОЗ з глухого торця будинку з максимальним віддаленням від житлової секції; 14% опитуваних мешканців наголосили на побажаннях в облаштуванні окремих пішохідних доріжок до вбудованого ЗОЗ; у 6% випадків зазначали обов'язковість облаштування окремих вентиляційних систем у вбудованому ЗОЗ; у 5% мешканці наголосили на погіршенні санітарно-гігієнічного стану прибудинкової (прифасадної) території у зв'язку з організацією стихійного використання господарської зони для зберігання ТПВ; частина мешканців (3%) висловили побажання мати пільгові знижки на медичне обслуговування, оскільки в будинку, де вони проживають розміщено вбудований ЗОЗ; і 2% воліли б брати участь у прийнятті рішень щодо розміщення громадських об'єктів у житлових будинках, де вони проживають (рис. 2).

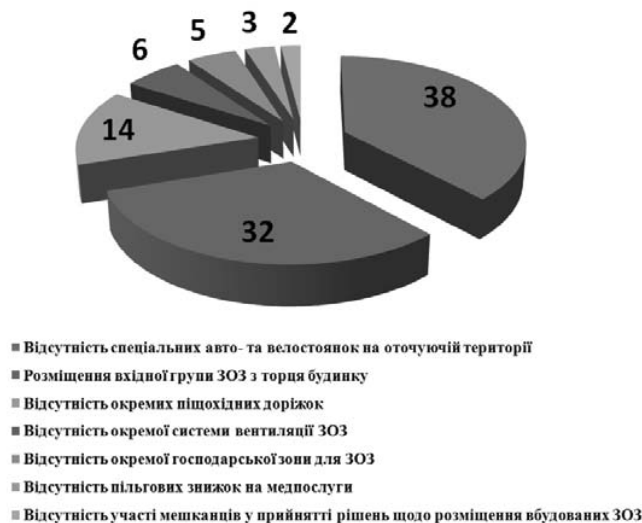


Рисунок 2. Оцінка мешканцями взаємовпливу вбудованого ЗОЗ та будинку.

### Висновки

При вивченні впливу вбудованих ЗОЗ на самопочуття і працездатність медичних працівників встановлена наявність численних зв'язків між прямими та опосередкованими показниками архітектурно-планувальних рішень, які є складовими технології надання медичних послуг, та самопочуттям і працездатністю сімейних лікарів і стоматологів вбудованих ЗОЗ: погіршення самопочуття через відсутність достатнього повітрообміну приміщення (відсутність штучної припливно-витяжної вентиляції), що проявлялося втомленістю, бажанням відпочити, вийти на свіже повітря, відкрити вікно ( $p < 0,001$ ); відсутністю короткотривалих перерв для відпочинку як сімейних лікарів, так і стоматологів між прийомами пацієнтів та їх працездатністю, що проявлялось зниженням уваги, концентрації та роздратуванням ( $p < 0,001$ ); відсутністю місця (вільної території) для зберігання власного автотранспорту сімейних лікарів та стоматологів, що спричиняло психогенне навантаження та роздратування ( $p < 0,001$ ); відсутністю окремого приміщення для психологічного розвантаження (відпочинку) сімейних лікарів та стоматологів ( $p < 0,001$ ).

За результатами досліджень встановлено, що для пацієнтів та мешканців найважливішими питаннями, які потребують вирішення при функціонуванні вбудованих ЗОЗ є – відсутність спеціальних автостоянок на прибудинковій території (I рейтингове місце); відсутність умов доступності вхідної групи до ЗОЗ для людей з особливими потребами (II рейтингове місце); вузькі коридори (III рейтингове місце).

**Внески авторів:**

Махнюк В.М. – концептуалізація, методологія, адміністрування проєкту, дослідження, формальний аналіз, написання – рецензування та редагування;

Чайка А.В. – дослідження, формальний аналіз, обробка отриманих результатів,;

Чорна В.В. – дослідження, формальний аналіз, участь в обґрунтуванні висновків;

Махнюк В.В. – дослідження, формальний аналіз, участь в обґрунтуванні висновків;

Могильний С.М. – дослідження, формальний аналіз, написання – рецензування та редагування, обробка отриманих результатів;

Павленко Н.П. – дослідження, формальний аналіз;

Мельниченко С.О. – дослідження, формальний аналіз;

Пелех Л.В. – дослідження, формальний аналіз.

**Фінансування.** Дослідження виконане у рамках НДР «Удосконалення гігієнічних підходів до планування громадської та житлової забудови» (шифр теми АМН.05.20, № держреєстрації 0120U100061).

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

1. Machniuk VM, Hopperia VG, Polka OO, Pavlenko NP, Ocheretyana GV. Hygiene and ecology in state regulation of urban planning. Polka NS (ed.). Kyiv: Medinform; 2020.
2. Makhniuk VM, Serdyuk EA, Chorna VV, Garkavy SS, Laptev VE. [New hygienic approaches to modern urban planning in Ukraine]. Serdyuk AM, Polka NS (eds.). Kyiv: Medinform; 2021. Ukrainian.
3. Chorna VV, Makhniuk VM, Khlestova SS, Humenyuk NI, Chaika GV. [The attitude of medical workers in the field of mental health care to their own health]. *Medicni perspektivi*. 2021;26(2):188-96. Ukrainian.  
doi: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.2.234733>
4. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2017;137(2):89-101.  
doi: <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
5. Byrne MJ, Tickle M, Glenny AM, Campbell S, Goodwin T, O'Malley L. A systematic review of quality measures used in primary care dentistry. *International Dental Journal*. 2019;69(4):252-64.  
doi: <https://doi.org/10.1111/idj.12453>

Надійшла до редакції / Received: 24.10.2022