

НАУЧНАЯ СТАТЬЯ / RESEARCH PAPER

УДК 725.5

DOI: 10.22227/2305-5502.2025.3.7

Архитектура паллиативных учреждений стран Африки

Асмик Рубеновна Ключко*Национальный исследовательский Московский государственный строительный университет (НИУ МГСУ); г. Москва, Россия***АННОТАЦИЯ**

Введение. Предпринята попытка охарактеризовать текущее состояние паллиативной помощи, выявить особенности и характерные черты в архитектурном проектировании паллиативных учреждений стран Африки. Актуальность исследования связана с необходимостью изучения международного опыта в области архитектурной организации паллиативной помощи в сложной социальной, экономической, логистической и эпидемиологической ситуации.

Материалы и методы. Проанализированы научные статьи на тему архитектурного проектирования паллиативных учреждений в странах Африки, логистических взаимосвязей, социально-экономических и эпидемиологических условий для развития паллиативной помощи, опубликованные в 2008–2024 гг., представленные на порталах eLibrary, Scopus, PubMed, Web of Science.

Результаты. Представлена краткая история развития паллиативной помощи на Африканском континенте. Выявлены основные сложности на пути развития этой сферы. Приведены характерные черты и особенности формирования архитектурной среды паллиативных учреждений стран Африки, среди них функциональные, стилистические, климатические, культурные, религиозные, социальные, эпидемиологические и экономические. Особенности проектирования паллиативных учреждений в странах Африки демонстрируют, как архитектурные решения становятся инструментом адаптации к уникальным условиям, сохраняя баланс между функциональностью, культурными традициями, эстетикой и гуманностью.

Выводы. Основные архитектурные отличия от мировых аналогов состоят в том, что африканские учреждения чаще строятся с учетом предельной минимизации затрат на строительство и эксплуатацию и максимальным упором на функциональность, гибкость и устойчивость здания. Ограниченные ресурсы смещают акцент с высокотехнологичных решений и наличия специализированных медицинских помещений, принятых в развитых странах, на простоту и устойчивость архитектурных решений, обеспечивающих их эксплуатационную экономичность и долговечность.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хосписы Африки, паллиативные центры Африки, архитектура хосписов, архитектура африканских стран, проектирование хосписа, архитектура паллиативных учреждений

Благодарности. Автор выражает глубокую признательность редакционной коллегии журнала и анонимным рецензентам за уделенное время и оказанное внимание.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Ключко А.Р. Архитектура паллиативных учреждений стран Африки // Строительство: наука и образование. 2025. Т. 15. Вып. 3. Ст. 7. URL: <http://nso-journal.ru>. DOI: 10.22227/2305-5502.2025.3.7

Автор, ответственный за переписку: Асмик Рубеновна Ключко, KlochkoAR@mgsu.ru.

Architecture of palliative care institutions in Africa

Asmik R. Klochko*Moscow State University of Civil Engineering (National Research University) (MGSU);
Moscow, Russian Federation***ABSTRACT**

Introduction. This study attempts to characterize the current state of palliative care, to identify the features and characteristics in the architectural design of palliative institutions in African countries. The relevance of this paper is related to the need to study international experience in the field of architectural organization of palliative care in a complex social, economic, logistical and epidemiological situation.

Materials and methods. Scientific papers on the architectural design of palliative care facilities in African countries, logistical relationships, socio-economic and epidemiological conditions for the development of palliative care, published in 2008–2024, presented on the portals eLibrary, Scopus, PubMed, Web of Science, were analyzed.

Results. A brief history of the development of palliative care on the African continent is presented. The main difficulties in the development of this area have been identified. The paper presents the characteristic features and peculiarities of the architectural environment of palliative institutions in Africa, including functional, stylistic, climatic, cultural, religious, social, epidemiological and economic. The design features of palliative care facilities in African countries demonstrate how architectural solutions become a tool for adapting to unique conditions, while maintaining a balance between functionality, cultural traditions, aesthetics and humanity.

Conclusions. The main architectural differences from world analogues are that African institutions are more often built with the utmost minimization of construction and operation costs and maximum emphasis on the functionality, flexibility and

sustainability of the building. Limited resources shift the focus from high-tech solutions and the availability of specialized medical facilities, adopted in developed countries, to simplicity and sustainability of architectural solutions that ensure their operational efficiency and durability.

KEYWORDS: hospices of Africa, palliative centres of Africa, hospice architecture, architecture of African countries, hospice design, architecture of palliative institutions

Acknowledgements. The author expresses deep gratitude to the editorial board of the journal and anonymous reviewers for their time and attention.

FOR CITATION: Klochko A.R. Architecture of palliative care institutions in Africa. *Stroitel'stvo: nauka i obrazovanie* [Construction: Science and Education]. 2025; 15(3):7. URL: <http://nsso-journal.ru>. DOI: 10.22227/2305-5502.2025.3.7

Corresponding author: Asmik R. Klochko, KlochkoAR@mgsu.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Паллиативная помощь в развитых странах стремительно эволюционирует, но в странах Африки, где этот вид помощи катастрофически необходим, он все еще находится в зачаточном состоянии [1]. Социальные условия в сфере организации паллиативной помощи в странах Африки отражают многочисленные проблемы, связанные с ограниченными ресурсами; культурными особенностями региона; отсутствием законов, регулирующих сферу паллиатива; отсутствием необходимой инфраструктуры вплоть до плохой логистики доступа к сельским отдаленным районам; проблемами с электроснабжением и связью; распространением вируса иммунодефицита человека и т.д. [2].

Здесь существует культурный барьер в обсуждении тем смерти и умирания, что делает паллиативную помощь чувствительной темой для обсуждения. В части традиционных сообществ страдания и боль воспринимаются как часть жизненного пути, которую нужно пройти самостоятельно, и это очень сдерживает людей в обращении за помощью. Принято, что в африканских культурах уход за больными и умирающими оказывает семья, но это становится довольно значимой проблемой в условиях бедности.

Сейчас паллиативная помощь интегрирована в национальную систему здравоохранения некоторых африканских стран (например, Уганды, ЮАР,

Кении), и это может стать образцом для других регионов, в которых сеть паллиативной помощи отсутствует. В ряде африканских стран существует ограниченное количество паллиативных центров, сталкивающихся с дефицитом квалифицированного персонала. Так, даже в относительно развитой в вопросах оказания паллиативной помощи Уганде с населением около 50 млн чел. на период начала 2024 г. работало всего несколько сотен сертифицированных специалистов.

Правительства многих африканских стран выделяют ограниченные средства на паллиативную службу, поэтому основными организаторами развития паллиативной помощи оказываются некоммерческие организации, нестабильно финансируемые из международных ассоциаций. Но без скоординированных усилий по развитию и финансированию паллиативной помощи в рамках систем здравоохранения охват остается низким.

Имеющиеся разноформатные паллиативные учреждения не могут вместить большое количество людей одновременно. Сотрудники паллиативной службы вынуждены организовывать выездные службы, возглавляемые медсестрами при поддержке социальных работников, врачей и духовных наставников, часто работающих на добровольных началах. При этом паллиативная помощь остается малодоступной, особенно для жителей отдаленных территорий.



Рис. 1. Отдел паллиативной помощи в больнице «Мать милосердия» в Гиделе (Судан) — единственная больница в радиусе 500 км обслуживает более миллиона человек

Помещения, в которых оказывается паллиативная помощь, чаще всего не предназначены специально для этой функции, располагаются в структуре больниц (рис. 1), церквях, частных домах и в других однофункциональных переоборудованных пространствах, статичных по своей структуре и не способных адаптироваться к каким-то изменениям [3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалы и методы данного исследования предусматривают анализ публикаций по тематике архитектурного проектирования хосписов на территории Африки, логистических взаимосвязей, социально-экономических и эпидемиологических условий для развития паллиативной помощи, опубликованных в 2008–2024 гг., представленных на порталах eLibrary, Scopus, PubMed, Web of Science. Также применяется междисциплинарный подход, учитывающий влияние культурных, медицинских, демографических, социологических, управленческих аспектов на архитектурное проектирование хосписов на территории африканских стран.

История развития паллиативной помощи в Африке берет свое начало с Зимбабве, где в 1979 г. был основан первый хоспис «Остров» (Island) (рис. 2). Первоначальными целями стали оказание прямой паллиативной помощи на дому тем, у кого выявлены болезни, угрожающие жизни, а также обслуживание членов семей в связи с тяжелой утратой.

Хоспис «Остров» основала Морин Баттерфилд, чья дочь умерла от рака шейки матки в 1977 г. В 1979 г. во время поездки в Англию Морин узнала о зарождающемся хосписном движении, посетила симпозиум в Университете WITS в Йоханнесбурге, чтобы послушать выступление Сесили Сондерс [4–11], в 1967 г. основавшей первый современный хоспис в Лондоне, где оказывалась высококачественная паллиативная помощь. Вернувшись домой в Зимбабве, Морин организовала новую службу в Хараре. Island — это аббревиатура с английского, расшифровывается и переводится как «интегрированная, значимая жизнь и смерть». В 2014 г. компания расширила номенклатуру услуг и сменила название на Island Hospice & Healthcare. Сегодня этот хоспис управляет четырьмя филиалами по стране, сотрудничает с Министерством здравоохранения и социального обеспечения детей, чтобы интегрировать паллиативную помощь в систему здравоохранения и обеспечить ее получение всеми жителями Зимбабве, которые нуждаются в ней [12].

В Южной Африке услуги паллиативной помощи появились в негосударственном секторе в 1980-х гг., когда были созданы первые хосписы для пациентов с онкологическими заболеваниями и ВИЧ. Но эти учреждения оказались доступны только состоятельным гражданам [13].

Значимой в сфере паллиатива для африканских стран является компания Hospice Africa, основан-



Рис. 2. Хоспис «Остров» в Хараре, Зимбабве¹

¹ Island Hospice & Healthcare. URL: <https://www.findhealthclinics.com/ZW/Harare/261496887279618/Island-Hospice-%26-Healthcare#:~:text=Island%20Hospice%20Service%20Zimbabwe%20was,and%20a%20comprehensive%20bereavement%20service>

ная в 1992 г. в Ливерпуле (Великобритания), позже расширившая свои клинические и вспомогательные операции по всему миру. Открыв штаб-квартиру в Уганде, она разработала доступную и соответствующую культурным традициям Африки модель паллиативной помощи, которая тиражируется во всей Африке. Клинические бригады ежедневно оказывают пациентам комплексную паллиативную помощь в клинике или на дому. Также оказывается работа с партнерскими организациями во многих странах Африки, чтобы продвигать паллиативную помощь на континенте.

С 2000 г. паллиативная помощь стала развиваться по всему континенту. К 2016 г. в восьми африканских странах разработаны национальные программы паллиативной помощи [14]. К 2017 г. в 50 % африканских учреждений здравоохранения были штатные сотрудники, отвечающие за паллиативную помощь². К 2020 г. во многих больницах и учебных заведениях Африки созданы отделения хосписов и паллиативной помощи, в общей сложности 1085 служб паллиативной помощи, несмотря на экономические трудности и пандемию COVID-19 [15].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Можно утверждать, что на сегодняшний день в африканских странах система паллиативной службы активно развивается, в своих проявлениях она разноформатна, зависима от многочисленных факторов, поскольку адаптируется к условиям региона, социально-экономическим реалиям, ограниченным ресурсам, уровню развития инфраструктуры и культурным особенностям.

Приведем характерные черты и особенности формирования архитектурной среды паллиативных учреждений стран Африки.

Функциональные особенности архитектурных решений

Несмотря на то что в настоящее время преобладает подход к лечению, ориентированный на пребывании в медицинских учреждениях, более популярным вариантом в Африке является лечение на дому. Пациенты с онкологией, ВИЧ, терминальной стадией почечной недостаточности, прогрессирующими неврологическими расстройствами и туберкулезом, особенно лекарственно-устойчивым, предпочитают получать паллиативную помощь выездными бригадами на дому. Поэтому большинство современных учреждений паллиативной помощи в Африке сочетают стационарное лечение, зоны дневного ухода и отделение ухода на дому, что важно в сложных логистических условиях и обеспечивает поддержку пациентам с разным уровнем потребностей.

² APCA Atlas of Palliative Care in Africa // African Palliative Care Association. 2017. URL: <https://africanpalliativecare.org/resource-center/apca-atlas-palliative-care-africa>

В структуре паллиативного учреждения акцентируется внимание на наличии специальных зон и помещений социальной и психологической поддержки населения.

Важной функциональной особенностью паллиативных учреждений и хосписов африканских стран служит внедрение помещений, обеспечивающих образовательную функцию, где организовывается обучение медсестер, волонтеров и членов семьи базовым навыкам ухода за тяжелобольными. Например, хоспис «Африка Уганда» [16, 17], пионер и лидер в области паллиативной помощи в Африке с момента своего основания в 1993 г., сочетает медицинские услуги с широкой программой обучения местного персонала, что помогает расширять доступ к помощи по всей стране.

Пространства современных паллиативных учреждений африканских стран проектируются с учетом возможности их трансформации и адаптации под другие функции. Например, залы могут использоваться как для терапии, так и для образовательных или развлекательных мероприятий. Это со своей стороны позволяет минимизировать затраты на строительство и эксплуатацию здания в условиях ограниченных ресурсов.

Особое внимание уделяется функциональной простоте санитарного и хозяйственного обслуживания. Помещения для приготовления пищи, санитарной обработки, постирочные и другие проектируются компактно, по упрощенным функциональным связям без сложных логистических путей и ответвлений.

Здания паллиативных учреждений строятся в основном одноэтажными, без сложных коммуникаций (рис. 3).

Стилистические особенности архитектурных решений

Архитектурные проекты традиционно выполняются из местных строительных материалов, таких как глиняный кирпич, сырцовый кирпич, солома, древесина, уголь, мел, что в условиях ограниченного финансирования делает здания экономичными, а также экологичными и гармонично интегрированными в окружающую среду. Взаимосвязь здания с природой, украшение этническими мотивами и узорами придает ему композиционное разнообразие и играет культурную и терапевтическую роль, позволяющую пациентам и их близким находить утешение в естественной привычной среде (рис. 4).

Климатические особенности, влияющие на архитектурные решения

В архитектурных проектах паллиативных учреждений стран Африки активно используются архитектурные решения, обеспечивающие комфорт без использования дорогостоящих технологий. Например, решения учитывают сложные климатиче-

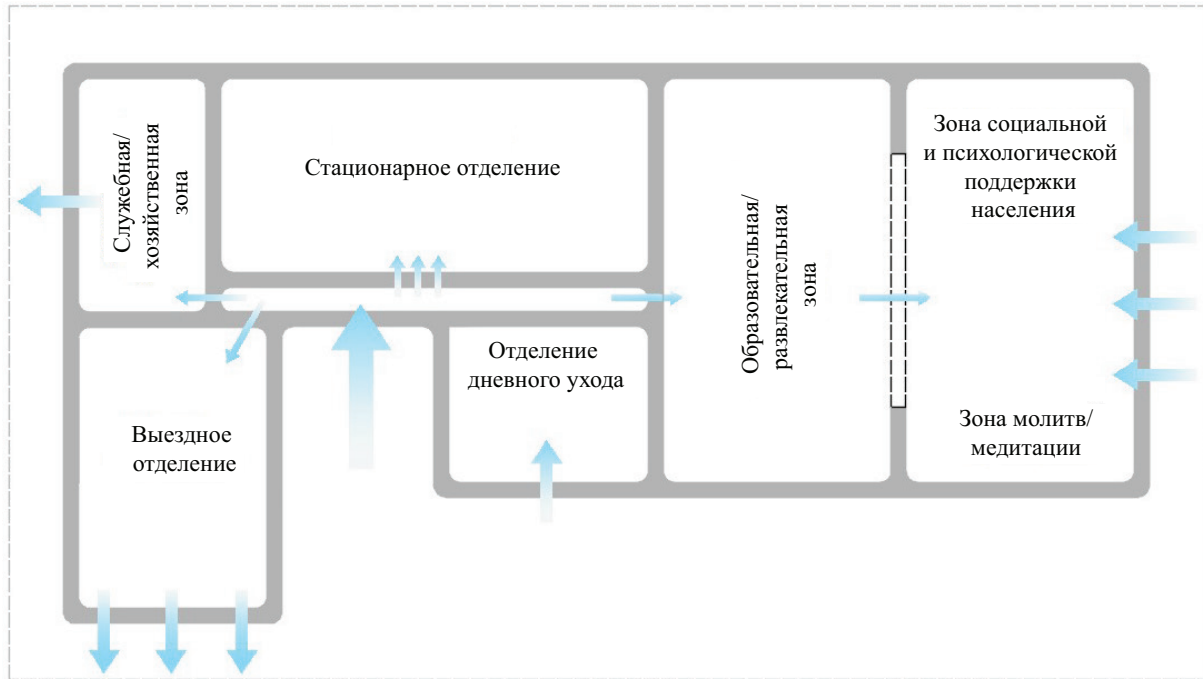


Рис. 3. Пример функциональной схемы паллиативного учреждения африканских стран

ские условия внедрением в структуру проекта широких навесов, созданием зеленых терапевтических зон, открытых затененных пространств (террас, внутренних дворов, галерей), улучшающих микроклимат внутри здания. Тепловая масса утрамбованной земли, примененной в конструкции наружных стен,

позволяет регулировать микроклимат помещений; методы естественной вентиляции минимизируют их перегрев. Естественное освещение интенсивно используется для сокращения энергозатрат. В зонах жаркого и сухого климата размеры проемов минимизируют, с максимально освещаемой стороны вы-



a



b



c



d



Рис. 4. Применение местных материалов и этнических мотивов в архитектуре стран Африки³: *a* — Нубия; *b* — Южно-Африканская Республика; *c* — Нигерия; *d* — Гана; *e* — Марокко; *f* — Уганда

страивают глухие стены. В зонах влажных тропиков расширяют проемы для усиления проветривания.

Культурные и религиозные особенности, влияющие на архитектурные решения

Во многих африканских странах паллиативная помощь работает в связке с культурными обычаями и религиозными традициями, что помогает легче адаптировать население к такой форме помощи и принять лечение. Общественные зоны и помещения проектируются достаточно обширными, позволяющими вмещать многолюдные коллективы, поддерживая коллективный дух африканских сообществ. Обязательное наличие комнат для собра-

ний, внутренних дворов, залов для проведения мероприятий обеспечивают условия взаимодействия пациентов с близкими. Обязательные зоны для медитаций и молитв обычно оснащаются элементами традиционной африканской символики.

Социальные и эпидемиологические особенности, влияющие на архитектурные решения

Глобальная эпидемия ВИЧ для африканских стран находится в катастрофическом состоянии — примерно 1/5 часть взрослого населения заражена этим вирусом. Именно поэтому многие африканские паллиативные учреждения адаптированы именно к борьбе с ВИЧ/СПИД и отличаются по своей

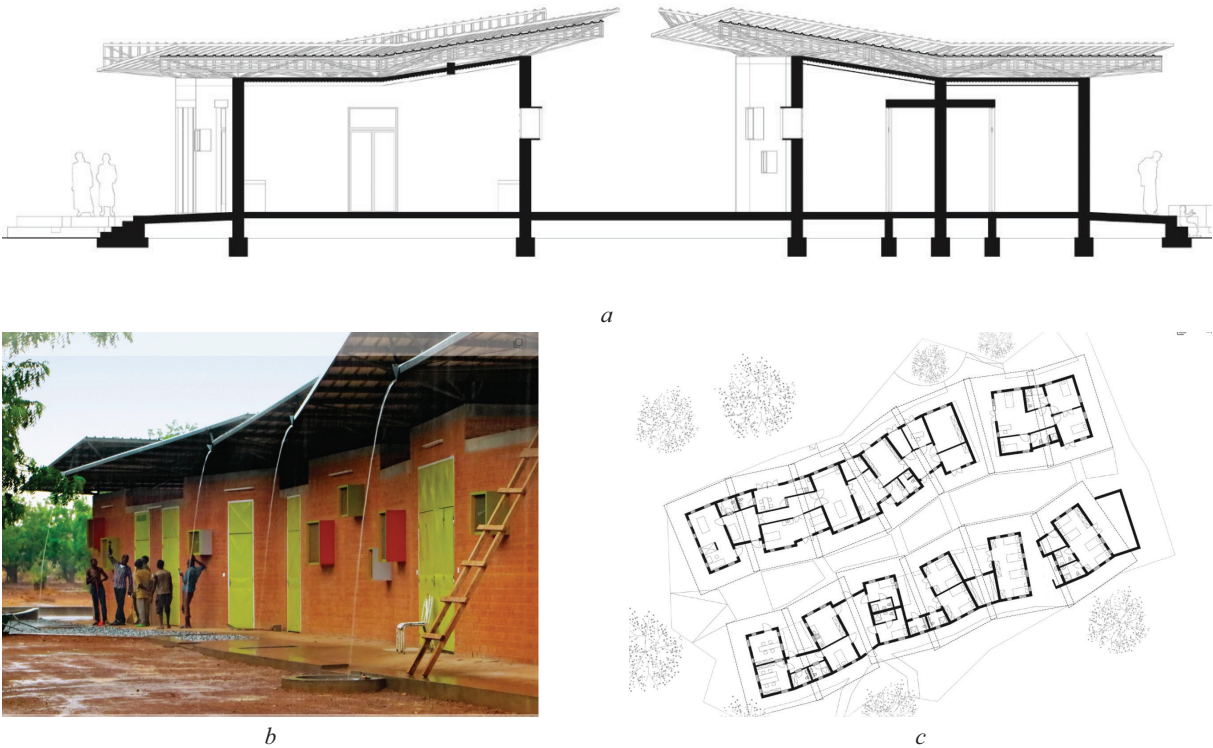


Рис. 5. Модульные решения на примере медицинского центра, г. Лео, Буркина-Фасо, архитектор Диебедо Фрэнсис Кере, 2017 г.

³ Surgical and Health Center, Léo. URL: <https://arquitecturaviva.com/works/surgical-and-health-center-in-leo#>

функциональной организации и архитектурным решениям. Чаще всего они представляют собой групповые резиденции или жилые дома на несколько инфицированных человек, предоставляющих от 4 до 50 койко-мест с расширенным уходом, круглосуточной поддержкой и консультациями. В крупных городах существует также ряд хосписов с более традиционной программой. Но все же в африканских странах понятие «хоспис» в силу плачевной ситуации с распространением вируса иммунодефицита человека определяется более широко, отражая всю серьезность кризиса.

Экономические особенности, влияющие на архитектурные решения

Практически вся архитектурная деятельность в африканских странах сталкивается с крайней нехваткой средств и сложностями финансирования, что приводит к необходимости ставить вопросы минимизации затрат во главу угла. Выше были перечислены особенности, так или иначе касающиеся вопросов экономии средств. Это создание простых функциональных связей и структур, проектирование компактных одноэтажных зданий, применение местных материалов, всесторонний учет клима-

тических особенностей и другое. Также с точки зрения экономичности становятся популярными модульные конструкции [20], которые дают возможность поэтапно строить паллиативные учреждения по мере увеличения финансирования (рис. 5).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ

Особенности проектирования паллиативных учреждений в странах Африки демонстрируют, как архитектурные решения становятся инструментом адаптации к уникальным условиям, сохраняя баланс между функциональностью, культурными традициями, эстетикой и гуманностью.

Можно резюмировать, что основные архитектурные отличия от мировых аналогов состоят в том, что африканские учреждения чаще строятся с учетом предельной минимизации затрат на строительство и эксплуатацию и максимальным упором на функциональность, гибкость и устойчивость здания. Ограниченные ресурсы смещают акцент с высокотехнологичных решений и наличия специализированных медицинских помещений, принятый в развитых странах, на простоту и устойчивость архитектурных решений, обеспечивающих их эксплуатационную экономичность и долговечность.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. *Van der Plas W.Y., Benjamens S., Kruijff Sch.* The increased need for palliative cancer care in Sub-Saharan Africa // *European Journal of Surgical Oncology*. 2020. Vol. 46. Issue 7. Pp. 1373–1376. DOI: 10.1016/j.ejso.2020.03.212. EDN HEYFXK.
2. *Powell R.A., Downing J., Radbruch L., Mwangi-Powell F.N., Harding R.* Advancing palliative care research in Sub-Saharan Africa: from the Venice declaration, to Nairobi and beyond // *Palliative Medicine*. 2008. Vol. 22. Issue 8. Pp. 885–887. 10.1177/0269216308098094
3. *Narot S.* Rethinking the design for palliative care; exploring the concept of multigenerational living in Durban. The School of Built Environment and Development Studies University of KwaZulu-Natal Durban, South Africa, 2019. URL: <https://core.ac.uk/download/304374386.pdf>
4. *Клочко А.Р., Ясенецкая И.Г.* Современные тенденции в архитектурном проектировании хосписов // *Строительство: наука и образование*. 2020. Т. 10. № 2. С. 2. DOI: 10.22227/2305-5502.2020.2.2. EDN GCRCTJ.
5. *Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б.* Реформа больниц в новой Европе / пер. с англ. М. : Весь мир, 2002. 320 с.
6. *Adams A.* Home and/or Hospital: The Architectures of End-of-Life Care // *Change Over Time*. 2016. Vol. 6. Issue 2. Pp. 248–263. DOI: 10.1353/cot.2016.0015
7. *Ahuja N.* End Stages // *Places Journal*. 2018. DOI: 10.22269/180515
8. *Громова А.С., Литвинова О.Г.* Проектирование хосписов в концепции салютогенеза // *Вестник Томского государственного архитектурно-строительного университета*. 2021. Т. 23. № 2. С. 9–23. DOI: 10.31675/1607-1859-2021-23-2-9-23. EDN YHZQHC.
9. *Клочко А.* Хосписы в инфраструктуре городов РФ // *Проект Байкал*. 2021. Т. 18. № 70. С. 162–168. DOI: 10.51461/projectbaikal.70.1908. EDN CTUQER.
10. *Klochko A.R.* Trends in the Design of Hospices and Palliative Centers in the Russian Federation // *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*. 2022. Vol. 988. P. 052068. DOI: 10.1088/1755-1315/988/5/052068
11. *Kotgirwar Y.* Trends in Hospice Architecture // *Seminar and Technical writing-II* PA 494. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.2.13285.65763
12. *Zvakawapano W.* I am and I will: remembering how Africa's first hospice was founded 40 years ago // *Ehospice*. 2019. URL: https://ehospice.com/sa_posts/i-am-and-i-will-remembering-how-africas-first-hospice-was-founded-40-years-ago/
13. *Jencks C., Heathcote E.* Architecture and Health // *The Architecture of Hope: Maggie's Cancer Caring Centres*. London : Frances Lincoln, 2015.

14. Luyirika E.B. K., Namisango E., Garanganga E., Monjane L., Ginindza N., Madonsela G. *et al.* Best practices in developing a national palliative care policy in resource limited settings: lessons from five African countries // *Ecancermedicalscience*. 2016. Vol. 10. DOI: 10.3332/ecancer.2016.652

15. Connor S. *Global Atlas of Palliative Care*; 2nd edition. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020.

16. Mah K., Namisango E., Luyirika E., Ntizi-mira C., Hales S., Zimmermann C. *et al.* Quality of Dy-

ing and Death of Patients with Cancer in Hospice Care in Uganda // *JCO Global Oncology*. 2023. Issue 9. DOI: 10.1200/GO.22.00386

17. Reid E., Lukoma M., Ho D., Bagasha P., Leng M., Namukwaya L. Palliative care needs and barriers in an urban Ugandan Emergency Department: A mixed-methods survey of emergency healthcare workers and patients // *African Journal of Emergency Medicine*. 2023. Vol. 13. Issue 4. Pp. 339–344. DOI: 10.1016/j.afjem.2023.11.005

Поступила в редакцию 16 мая 2025 г.

Принята в доработанном виде 11 июня 2025 г.

Одобрена для публикации 19 июня 2025 г.

ОБ АВТОРЕ: **Асмик Рубеновна Клочко** — кандидат архитектуры, доцент, доцент кафедры архитектуры; **Национальный исследовательский Московский государственный строительный университет (НИУ МГСУ)**; 129337, г. Москва, Ярославское шоссе, д. 26; KlochkoAR@mgso.ru.

INTRODUCTION

Palliative care in developed countries is evolving rapidly, but in African countries, where this type of care is desperately needed, it is still in its infancy [1]. The social conditions surrounding the organization of palliative care in African countries reflect numerous problems related to limited resources; cultural characteristics of the region; the absence of laws regulating the field of palliative care; the lack of necessary infrastructure, including poor logistics for accessing remote rural areas; problems with electricity supply and communications; the spread of human immunodeficiency virus, etc. [2].

There is a cultural barrier to discussing death and dying, which makes palliative care a sensitive topic. In some traditional communities, suffering and pain are seen as part of the journey of life that must be travelled alone, and this greatly discourages people from seeking help. It is generally accepted that in African cultures, care for the sick and dying is provided by the family, but this becomes quite a significant problem in conditions of poverty.

Palliative care is now integrated into the national health systems of some African countries (e.g. Uganda, South Africa, Kenya), and this could serve as a model for other regions where there is no palliative care network. A number of African countries have a limited number of palliative care centres, which face a shortage of qualified personnel. For example, even in Uganda, which is relatively well developed in terms of palliative care, with a population of about 50 million, there were only a few hundred certified specialists working at the beginning of 2024.

The governments of many African countries allocate limited funds to palliative care services, so the main organizers of palliative care development are non-profit

organizations that receive unstable funding from international associations. However, without coordinated efforts to develop and finance palliative care within health care systems, coverage remains low.

The existing palliative care facilities, which vary in format, cannot accommodate large numbers of people at the same time. Palliative care staff are forced to organize outreach services led by nurses with the support of social workers, doctors and spiritual mentors, often working on a voluntary basis. At the same time, palliative care remains inaccessible, especially for residents of remote areas.

The premises where palliative care is provided are most often not specifically designed for this function, but are located within hospitals (Fig. 1), churches, private homes and other single-purpose converted spaces that are static in structure and unable to adapt to change [3].

MATERIALS AND METHODS

The materials and methods of this study involve the analysis of publications on the topics of architectural design of hospices within African territories, logistical relationships, socio-economic and epidemiological conditions for the development of palliative care published between 2008 and 2024, submitted to eLibrary, Scopus, PubMed, Web of Science portals. An interdisciplinary approach is also applied, taking into account the influence of cultural, medical, demographic, sociological, managerial aspects on the architectural design of hospices within African countries.

The history of palliative care in Africa dates back to Zimbabwe, where the first Island hospice was established in 1979 (Fig. 2). The initial aims were to provide direct palliative care in the home for those diagnosed



Fig. 1. Palliative care unit at Mother of Mercy Hospital in Gidel, Sudan — the only hospital within a 500 km radius serving more than one million people

with life-threatening illnesses and to provide bereavement services for family members.

The Island Hospice was founded by Maureen Butterfield, whose daughter died of cervical cancer in 1977. In 1979, during a trip to England, Maureen learned about the emerging hospice movement and attended a symposium at WITS University in Johannesburg to hear a presentation by Cecily Saunders [4–11], who founded the first modern hospice in London in 1967, where high-quality palliative care was provided. Re-

turning home to Zimbabwe, Maureen organized a new service in Harare. Island is an acronym that stands for ‘integrated, meaningful life and death’. In 2014, the company expanded its range of services and changed its name to Island Hospice & Healthcare. Today, this hospice operates four branches across the country and works with the Ministry of Health and Child Welfare to integrate palliative care into the healthcare system and ensure that all Zimbabweans who need it receive it [12].



Fig. 2. The “Island” Hospice in Harare, Zimbabwe¹

¹ Island Hospice & Healthcare. URL: <https://www.findhealthclinics.com/ZW/Harare/261496887279618/Island-Hospice-%26-Healthcare#:~:text=Island%20Hospice%20Service%20Zimbabwe%20was,and%20a%20comprehensive%20bereavement%20service>

In South Africa, palliative care services appeared in the non-governmental sector in the 1980s, when the first hospices for patients with cancer and HIV were established. However, these facilities were only accessible to wealthy citizens [13].

Hospice Africa, founded in 1992 in Liverpool (United Kingdom) and later expanding its clinical and support operations worldwide, is a significant player in the field of palliative care for African countries. Opening its headquarters in Uganda, it developed an affordable and culturally appropriate model of palliative care for Africa, which is being replicated throughout the continent. Clinical teams provide comprehensive palliative care to patients on a daily basis in clinics or at home. It also works with partner organizations in many African countries to promote palliative care on the continent.

Since 2000, palliative care has been developing across the continent. By 2016, eight African countries had developed national palliative care programmes [14]. By 2017, 50 % of African health care facilities had staff responsible for palliative care². By 2020, hospice and palliative care units had been established in many hospitals and educational institutions in Africa, with a total of 1,085 palliative care services, despite economic difficulties and the COVID-19 pandemic [15].

RESEARCH RESULTS

It can be argued that today, palliative care services are actively developing in African countries. These services take many forms and depend on numerous factors, as they adapt to regional conditions, socio-economic realities, limited resources, infrastructure development levels, and cultural characteristics.

Below are the characteristic features and peculiarities of the architectural environment of palliative care facilities in African countries.

Functional features of architectural solutions

Although the current approach to treatment is focused on hospitalization, home care is a more popular option in Africa. Patients with cancer, HIV, end-stage renal failure, progressive neurological disorders and tuberculosis, especially drug-resistant tuberculosis, prefer to receive palliative care from visiting teams at home. Therefore, most modern palliative care facilities in Africa combine inpatient treatment, day care areas, and home care services, which is important in complex logistical conditions and provides support to patients with varying levels of needs.

The structure of palliative care facilities emphasizes the availability of special areas and rooms for social and psychological support for the population.

An important functional feature of palliative care facilities and hospices in African countries is the introduction of educational facilities where nurses, volunteers and family members are trained in basic skills for caring

for the seriously ill. For example, Africa Uganda Hospice [16, 17], a pioneer and leader in palliative care in Africa since its founding in 1993, combines medical services with a comprehensive training programme for local staff, which helps to expand access to care throughout the country.

The spaces of modern palliative care facilities in African countries are designed with the possibility of transformation and adaptation to other functions in mind. For example, rooms can be used for therapy as well as for educational or recreational activities. This, in turn, minimizes the costs of construction and operation of the building in conditions of limited resources.

Particular attention is paid to the functional simplicity of sanitary and utility services. Rooms for food preparation, sanitation, laundry and other purposes are designed to be compact, with simplified functional connections without complex logistics routes and branches.

Palliative care facilities are mainly built as single-storey buildings without complex communications (Fig. 3).

Stylistic features of architectural solutions

Architectural designs are traditionally made of local building materials such as clay bricks, raw bricks, straw, wood, coal, chalk, which in conditions of limited funding makes the buildings economical, as well as ecological and harmoniously integrated into the environment. The building's relationship with nature, decoration with ethnic motifs and patterns gives it compositional diversity and plays a cultural and therapeutic role, allowing patients and their loved ones to find solace in a natural familiar environment (Fig. 4).

Climatic features influencing architectural solutions

Architectural designs for palliative care facilities in African countries actively use architectural solutions that provide comfort without the use of expensive technologies. For example, solutions take into account complex climatic conditions by incorporating wide canopies into the project structure and creating green therapeutic areas and open shaded spaces (terraces, courtyards, galleries) that improve the microclimate inside the building. The thermal mass of compacted earth used in the construction of exterior walls allows the microclimate of rooms to be regulated, while natural ventilation methods minimize overheating. Natural lighting is used extensively to reduce energy consumption. In hot and dry climates, the size of openings is minimized, and solid walls are built on the side with maximum exposure to sunlight. In humid tropical areas, openings are enlarged to improve ventilation.

Cultural and religious characteristics influencing architectural solutions

In many African countries, palliative care works in conjunction with cultural customs and religious traditions, which helps the population to adapt more easily to this form of care and accept treatment. Public areas and rooms are designed to be spacious enough to accommodate large groups of people, supporting the col-

² APCA Atlas of Palliative Care in Africa. African Palliative Care Association. 2017. URL: <https://africanpalliativecare.org/resource-center/apca-atlas-palliative-care-africa>

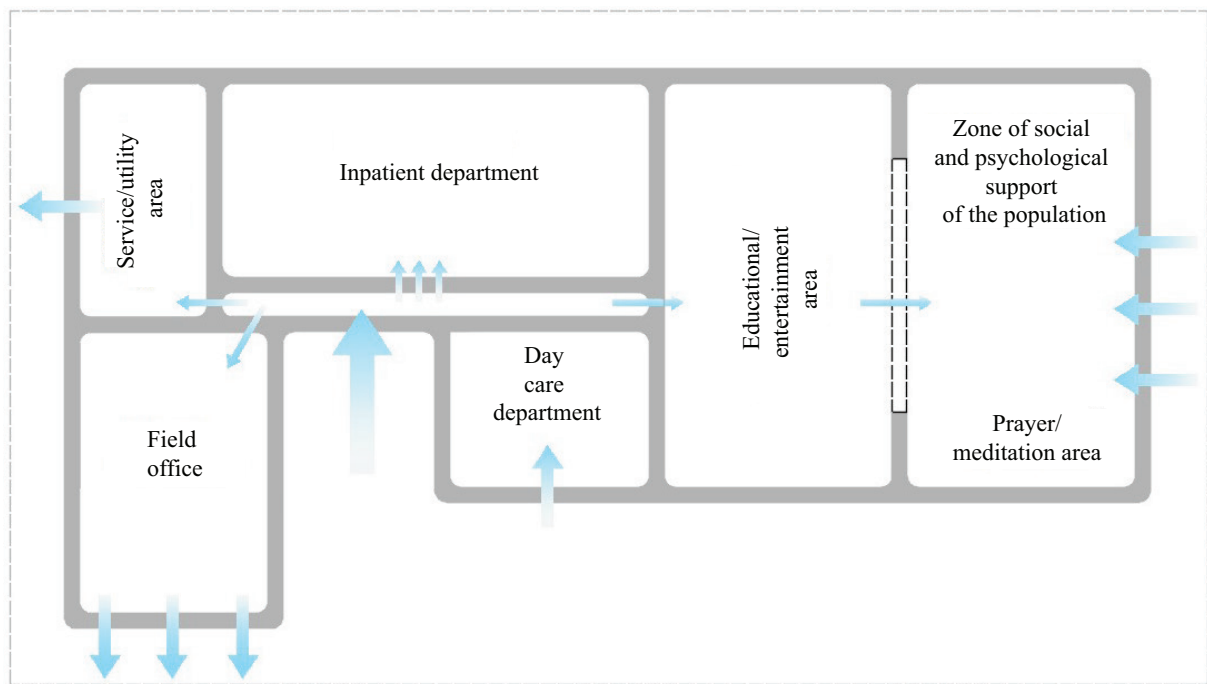


Fig. 3. Example of a functional diagram of an African palliative care facility

lective spirit of African communities. The mandatory presence of meeting rooms, courtyards, and event halls provides conditions for patients to interact with their loved ones. Mandatory areas for meditation and prayer are usually equipped with elements of traditional African symbolism.

Social and epidemiological characteristics influencing architectural solutions

The global HIV epidemic is catastrophic for African countries, with approximately one-fifth of the adult population infected with the virus. This is why many African palliative care facilities are specifically adapted



a



b



c



d



Fig. 4. Use of local materials and ethnic motifs in African architecture³: a — Nubia; b — Republic of South Africa; c — Nigeria; d — Ghana; e — Morocco; f — Uganda

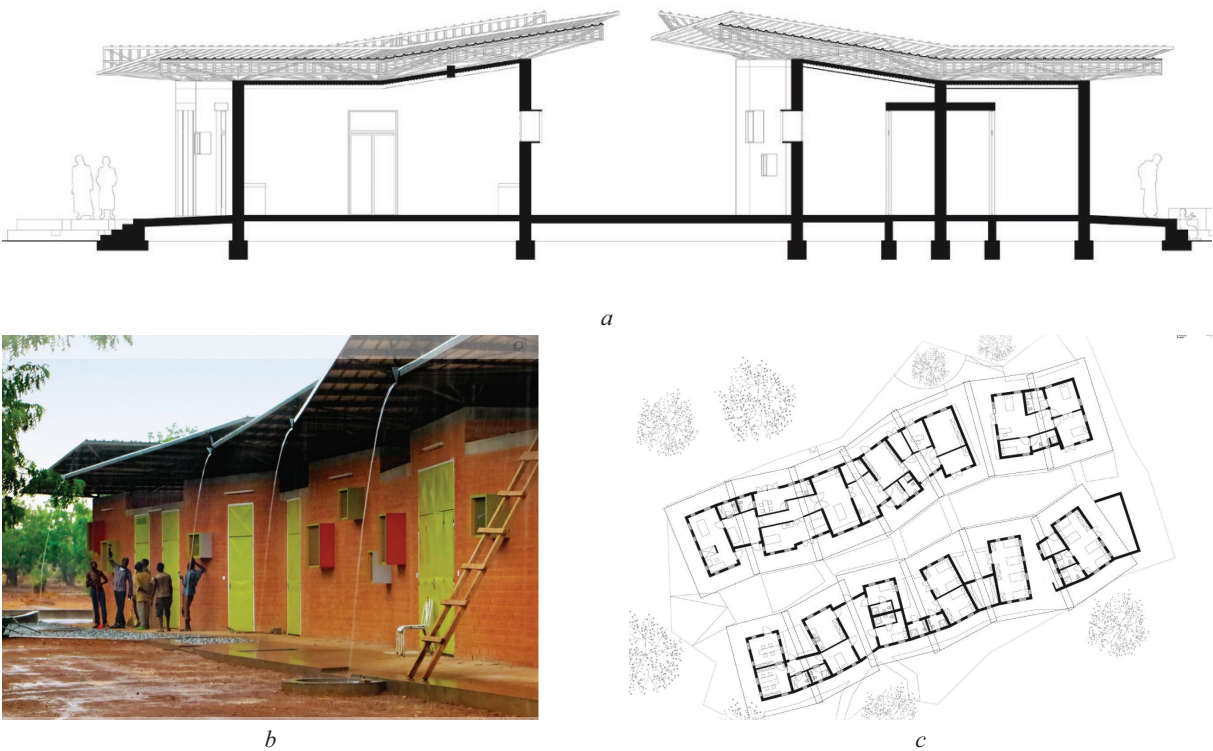


Fig. 5. Modular solutions as an example of a medical centre, Leo, Burkina Faso, architect Diébédo Francis Kéré, 2017

to combat HIV/AIDS and differ in their functional organization and architectural solutions. Most often, they are group residences or residential homes for several infected people, providing 4 to 50 beds with extended care, round-the-clock support and counselling. In large cities, there are also a number of hospices with more traditional programmes. However, in African countries, due to the dire situation with the spread of the human immunodeficiency virus, the concept of a ‘hospice’ is defined more broadly, reflecting the seriousness of the crisis.

Economic features affecting architectural solutions

Virtually all architectural activities in African countries are faced with extreme scarcity of funds and

difficulties in financing, resulting in the need to put cost minimization issues at the forefront. Above have been listed the features that in one way or the other relate to cost-saving issues. These include creating simple functional links and structures, designing compact single-storey buildings, using local materials, taking full account of climatic conditions and more. Modular designs are also becoming popular in terms of cost-effectiveness [20], which enable palliative care facilities to be built in phases as funding increases (Fig. 5).

CONCLUSION AND DISCUSSION

The design features of palliative care facilities in African countries demonstrate how architectural solutions become a tool for adapting to unique contexts

³ Surgical and Health Centre, Léo. URL: <https://arquitecturaviva.com/works/surgical-and-health-center-in-leo#>

while maintaining a balance between functionality, cultural traditions, aesthetics and humanity.

It can be summarized that the main architectural differences from their global counterparts are that African institutions are more often built with the utmost minimization of construction and operating costs and

maximum emphasis on building functionality, flexibility and sustainability. Limited resources shift the emphasis from the high-tech solutions and availability of specialized medical spaces adopted in developed countries to simplicity and sustainability of architectural solutions that ensure their operational economy and longevity.

REFERENCES

1. Van der Plas W.Y., Benjamens S., Kruijff Sch. The increased need for palliative cancer care in Sub-Saharan Africa. *European Journal of Surgical Oncology*. 2020; 46(7):1373-1376. DOI: 10.1016/j.ejso.2020.03.212. EDN HEYFXK.
2. Powell R.A., Downing J., Radbruch L., Mwangi-Powell F.N., Harding R. Advancing palliative care research in Sub-Saharan Africa: from the Venice declaration, to Nairobi and beyond. *Palliative Medicine*. 2008; 22(8):885-887. 10.1177/0269216308098094
3. Narot S. *Rethinking the design for palliative care; exploring the concept of multigenerational living in Durban*. The School of Built Environment and Development Studies University of KwaZulu-Natal Durban, South Africa, 2019. URL: <https://core.ac.uk/download/304374386.pdf>
4. Klochko A.R., Yaseneckaya Iu.G. Modern trends in architectural design of hospices. *Construction: Science and Education*. 2020; 10(2):2. DOI: 10.22227/2305-5502.2020.2.2. EDN GCRCTJ. (rus.).
5. Figueres J., McKee M., Mossialos E., Saltman R.B. *Hospital reform in new Europe; Translated from English*. Moscow, The Whole World, 2003; 320. (rus.).
6. Adams A. Home and/or Hospital: The Architectures of End-of-Life Care. *Change Over Time*. 2016; 6(2):248-263. DOI: 10.1353/cot.2016.0015
7. Ahuja N. End Stages. *Places Journal*. 2018. DOI: 10.22269/180515
8. Gromova A.S., Litvinova O.G. Salutogenesis concept for hospice design. *Journal of Construction and Architecture*. 2021; 23(2):9-23. DOI: 10.31675/1607-1859-2021-23-2-9-23. EDN YHZQHC. (rus.).
9. Klochko A. Hospices in the infrastructure of the cities of the RF. *Project Baikal*. 2021; 18(70):162-168. DOI: 10.51461/projectbaikal.70.1908. EDN CTUQER. (rus.).
10. Klochko A.R. Trends in the Design of Hospices and Palliative Centers in the Russian Federation. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*. 2022; 988:052068. DOI: 10.1088/1755-1315/988/5/052068
11. Kotgirwar Y. Trends in Hospice Architecture. *Seminar and Technical writing-II PA 494*. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.2.13285.65763
12. Zvakawapano W. I am and I will: remembering how Africa's first hospice was founded 40 years ago. *Ehospice*. 2019. URL: https://ehospice.com/sa_posts/i-am-and-i-will-remembering-how-africas-first-hospice-was-founded-40-years-ago/
13. Jencks C., Heathcote E. *Architecture and Health. The Architecture of Hope: Maggie's Cancer Caring Centres*. London, Frances Lincoln, 2015.
14. Luyirika E.B. K., Namisango E., Garanganga E., Monjane L., Ginindza N., Madonsela G. et al. Best practices in developing a national palliative care policy in resource limited settings: lessons from five African countries. *Ecancermedicalscience*. 2016; 10. DOI: 10.3332/ecancer.2016.652
15. Connor S. *Global Atlas of Palliative Care; 2nd ed*. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020.
16. Mah K., Namisango E., Luyirika E., Ntirimira C., Hales S., Zimmermann C. et al. Quality of Dying and Death of Patients with Cancer in Hospice Care in Uganda. *JCO Global Oncology*. 2023; 9. DOI: 10.1200/GO.22.00386
17. Reid E., Lukoma M., Ho D., Bagasha P., Leng M., Namukwaya L. Palliative care needs and barriers in an urban Ugandan Emergency Department: A mixed-methods survey of emergency healthcare workers and patients. *African Journal of Emergency Medicine*. 2023; 13(4):339-344. DOI: 10.1016/j.afjem.2023.11.005

Received May 16, 2025.

Adopted in revised form on June 11, 2025.

Approved for publication on June 19, 2025.

BIONOTES: Asmik R. Klochko — Candidate of Architecture, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Architecture; **Moscow State University of Civil Engineering (National Research University) (MGSU)**; 26 Yaroslavskoe shosse, Moscow, 129337, Russian Federation; KlochkoAR@mgsu.ru.