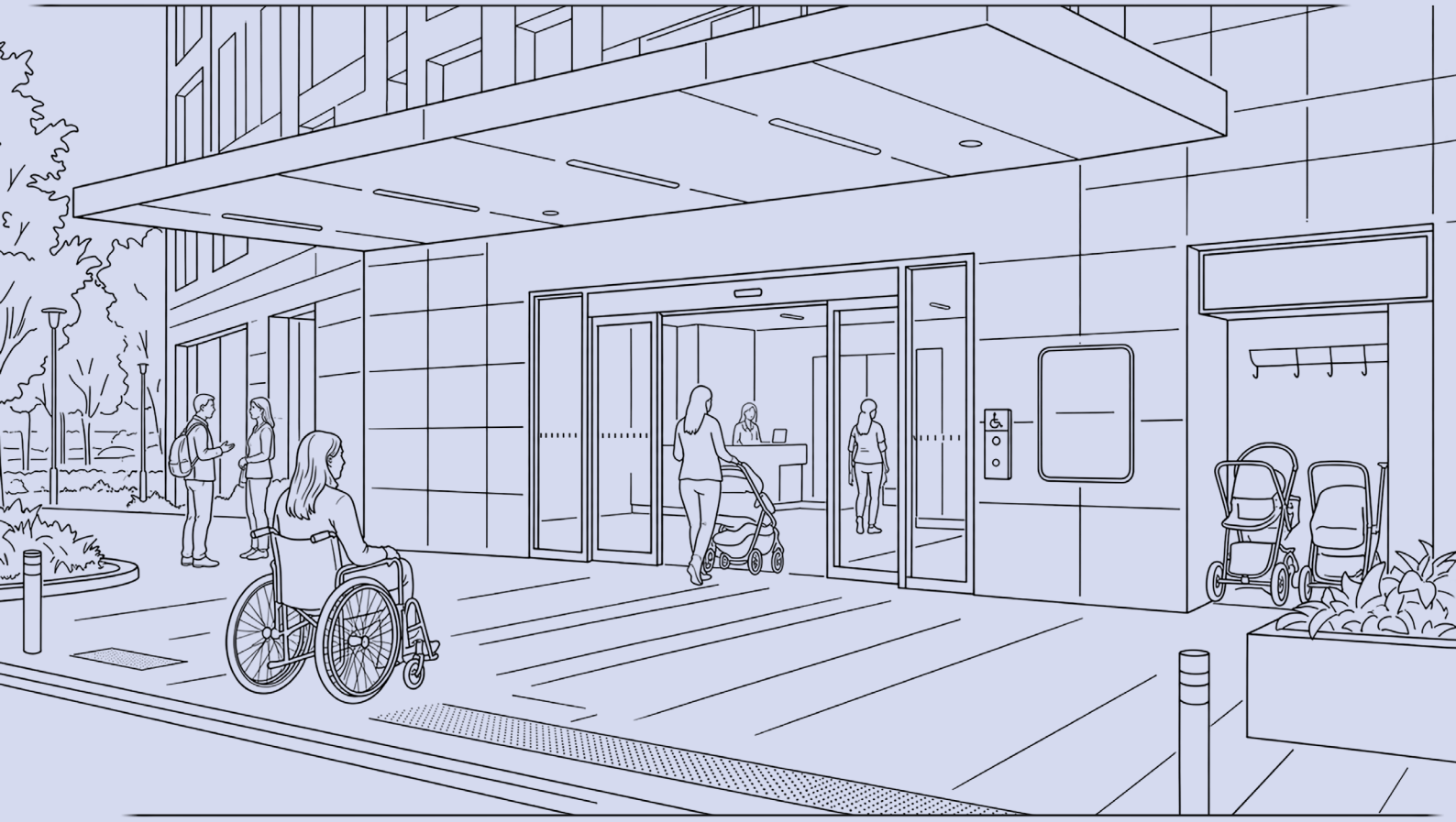
Norway

Atlas Alliance

НАІУ Національна Асамблея людей з інвалідністю України
Всеукраїнське громадське об'єднання

The Norwegian Federation of Organisations of Persons with Disabilities

# ПРОСТІР ІНКЛЮЗИВНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ



**Методичний посібник**

Київ — 2026

Методичний посібник «Простір інклюзивної гінекологічної допомоги» підготовлено в межах проєкту «Здоров’я жінки», який реалізується Національною Асамблеєю людей з інвалідністю України у партнерстві з Норвезькою Федерацією прав осіб з інвалідністю.

Упорядники: Тетяна Жидкова, кандидат технічних наук, доцент Національного університету «Київський авіаційний інститут», консультантка Національної Асамблеї людей з інвалідністю з питань доступності.

Лариса Байда, керівниця проєкту «Здоров’я жінки».

Консультант: Ярослав Грибальський, експерт з питань доступності Національної Асамблеї людей з інвалідністю України.

# Зміст

**ВСТУП** . . . . . 4

**Розділ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ** . . . . . 5

1.1 Мета і сфера застосування . . . . . 5

1.2 Терміни та визначення . . . . . 5

1.3 Нормативні та методичні засади . . . . . 6

1.4 Основні принципи формування інклюзивного середовища закладів акушерсько-гінекологічної допомоги . . . . . 7

**Розділ 2. КАТЕГОРІЇ КОРИСТУВАЧІВ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА ЗАКЛАДІВ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ** . . . . . 10

**Розділ 3. ТЕРИТОРІЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я** . . . . . 12

3.1 Загальні вимоги . . . . . 12

3.2 Паркування та зони висадки . . . . . 13

3.3 Пішохідні маршрути та благоустрій . . . . . 13

3.4 Навігація та інформаційна доступність . . . . . 15

3.5. Особливості функціонування в умовах надзвичайних ситуацій. . . . . 17

3.6 Особливості забезпечення доступності під час реконструкції та ремонтних робіт . . . . . 17

**Розділ 4. ВНУТРІШНІЙ ПРОСТІР ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРИМІЩЕННЯ** . . . . . 19

4.1 Загальні принципи формування внутрішнього простору . . . . . 19

4.2 Вхідна група . . . . . 21

4.3 Вестибюль, інформація та навігація . . . . . 24

4.4. Горизонтальні та вертикальні комунікаційні простори . . . . . 27

4.5. Зони очікування. . . . . 31

4.6 Загальні принципи організації санітарно-гігієнічних приміщень . . . . . 36

4.7. Приміщення та робочі місця персоналу . . . . . 40

4.8. Вимоги до організації функціональних блоків . . . . . 42

4.9. Освітлення, колір, матеріали та сенсорний комфорт . . . . . 42

4.10 Багаторівнева просторово-ієрархічна система організації захищеного середовища . . 43

**Розділ 5. ФУНКЦІОНАЛЬНІ БЛОКИ** . . . . . 47

5.1. Загальні вимоги до функціональних блоків . . . . . 47

5.2. Амбулаторний блок . . . . . 51

5.3. Стаціонарний блок . . . . . 73

5.4. Пологовий блок . . . . . 91

СПИСОК ДЖЕРЕЛ . . . . . 114

# ВСТУП

Формування інклюзивного середовища в закладах охорони здоров'я — це обов'язкова умова для того, щоб кожна жінка мала рівний доступ до медичної допомоги, почувалася в безпеці, зберегла власну гідність і максимальну самостійність. Для закладів акушерсько-гінекологічного профілю ці вимоги є особливо важливими. Адже тут необхідно враховувати особливості різних періодів життя жінки, специфіку оглядів, лікування та пологів, а також створювати комфортні умови для близьких, які її підтримують, та для медичного персоналу.

Ці методичні матеріали не стосуються загальних питань будівництва, архітектури чи дизайну медичних закладів. Наша увага зосереджена виключно на тих архітектурно-планувальних, ергономічних та інформаційних рішеннях, які безпосередньо впливають на доступність простору. Головна мета — створити доступне середовище, яким зручно та рівноправно можуть користуватися жінки з різними порушеннями й потребами.

Цей посібник покликаний визначити практичні кроки для створення інклюзивного середовища в закладах акушерсько-гінекологічного профілю. В їх основу покладено принципи універсального дизайну, розумного пристосування та людиноцентричності, де пріоритетом є потреби, комфорт і гідність жінки. Також рекомендації спираються на доказове проєктування, вимоги безпеки та суворий інфекційний контроль. Вони не замінюють чинних будівельних, санітарних чи протипожежних норм і не встановлюють загальних правил проєктування лікарень. Їхня мета – деталізувати та систематизувати вимоги до безбар'єрності конкретних приміщень і функціональних зон. Вони допомагають адаптувати простір під специфіку акушерсько-гінекологічної допомоги, роблячи кожен етап перебування жінки в закладі безпечним і комфортним.

Методологічну основу документа становлять чинні нормативні документи України у сфері проєктування закладів охорони здоров'я та безбар'єрності, міжнародні стандарти доступності, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, Facility Guidelines Institute, International Health Facility Guidelines, NHS та інших професійних організацій, а також результати попередніх наукових і методичних напрацювань.

Національна Асамблея людей з інвалідністю України сподівається, що посібник стане в пригоді архітекторам, проєктувальникам, дизайнерам, керівникам закладів охорони здоров'я, фахівцям з безбар'єрності та іншим учасникам та учасницям процесу створення інклюзивного медичного середовища.

Посібник підготовлено в межах проєкту «Здоров'я жінки», який реалізується Національною Асамблеєю людей з інвалідністю України за підтримки та в партнерстві з Норвезькою Федерацією прав осіб з інвалідністю та Atlas Alliance.

# Розділ 1.
# ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

## 1.1 Мета і сфера застосування

Методичний посібник розроблено для формування єдиних підходів до проєктування, нового будівництва, реконструкції, капітального ремонту, модернізації та технічного переоснащення закладів охорони здоров'я і їхніх структурних підрозділів, у яких надається акушерсько-гінекологічна допомога в амбулаторних і стаціонарних умовах.

**Об'єктом** цього посібника є території, будівлі, споруди, структурні підрозділи, функціональні приміщення та маршрути руху в закладах охорони здоров'я, у яких надається амбулаторна, стаціонарна, консультативно-діагностична, акушерська та гінекологічна допомога.

***Предметом*** цього посібника є архітектурно-планувальні, функціонально-технологічні, інженерно-технічні, ергономічні, інформаційно-комунікаційні та організаційні рішення щодо створення інклюзивного, безпечного, доступного та людиноцентричного середовища.

Положення цього посібника доповнюють, а не замінюють вимоги законодавства, будівельних норм, стандартів, санітарних регламентів та інших нормативно-правових актів, обов'язкових під час проєктування і функціонування закладів охорони здоров'я.

## 1.2 Терміни та визначення

У цьому посібнику терміни вживаються у такому значенні.

- ***Інклюзивне середовище*** **закладу акушерсько-гінекологічної допомоги** — сукупність архітектурних, планувальних, інженерних, інформаційних, цифрових, комунікаційних та організаційних рішень, що забезпечують рівний, безпечний і гідний доступ до медичних послуг усім пацієнткам, зокрема й із різними порушеннями, а також належні умови для осіб, які їх супроводжують, відвідувачів і персоналу.
- ***Безбар'єрність*** — характеристика фізичного, інформаційного, цифрового та організаційного середовища, яка забезпечує можливість самостійного, безпечного та рівноправного користування простором, послугами й інформацією всіма людьми.
- ***Доступність*** — забезпечення особам з інвалідністю доступу нарівні з іншими до фізичного оточення, транспорту, інформації та зв'язку, зокрема інформаційно-комунікаційних технологій і систем, послуг відкритих або таких, що надаються населенню як у міських, так і сільських районах.

- ***Універсальний дизайн*** — підхід до проєктування будівель, просторів, приміщень, обладнання, інформації та послуг, що забезпечує можливість їх використання максимально широким колом людей без необхідності спеціальної адаптації або спеціалізованого проєктування.
- ***Розумне пристосування*** — необхідні та доцільні зміни або модифікації, що не створюють непропорційного чи невиправданого навантаження та забезпечують конкретній особі можливість користування середовищем, отримання медичної допомоги або виконання професійних обов'язків нарівні з іншими.
- ***Людиноцентричний підхід*** — підхід до організації медичної допомоги, за якого потреби, безпека, гідність, автономність, комфорт та права пацієнтки є визначальними при ухваленні архітектурних, технологічних та організаційних рішень.
- ***Жінки з інвалідністю*** — особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.
- ***Пацієнтки, які потребують супроводу*** — пацієнтки, які через вік, стан здоров'я, особливості пересування, орієнтування, сприйняття інформації, комунікації або психоемоційного стану потребують допомоги іншої особи під час перебування в закладі та отримання медичної допомоги.
- ***Особа, яка здійснює супровід*** — законний представник, член сім'ї, асистент, перекладач жестової мови, соціальний працівник або інша довірена особа, яка надає пацієнтці необхідну допомогу під час перебування в закладі.

## 1.3 Нормативні та методичні засади

Під час розроблення посібника враховано вимоги законодавства України, державних будівельних норм, національних стандартів, санітарних регламентів та інших нормативно-правових актів у сферах охорони здоров'я, містобудування, інклюзивності та безбар'єрності, пожежної безпеки, цивільного захисту, охорони праці й забезпечення санітарного та епідемічного добробуту населення.

Методичною основою посібника є міжнародні документи та керівні матеріали з проєктування інклюзивних і людиноцентричних закладів охорони здоров'я, зокрема досвід Європейського Союзу, його держав-членів, Австралії та США.

Положення міжнародних документів використано для узагальнення досвіду різних країн в організації доступного медичного середовища, забезпечення гідності та приватності пацієнток, універсального дизайну, травмоінформованого проєктування, сенсорної та комунікаційної доступності, безпечного супроводу, функціонального зонування та безперервності медичної допомоги.

Під час розроблення цього посібника враховано реалії тривалої воєнної загрози: ризики ракетних і дронових ударів, руйнування будівель та мереж. Особливу увагу приділено безпечній евакуації пацієнток до захищених просторів, резервуванню систем життєзабезпечення та забезпеченню безперервної роботи закладу.

Особливості функціонування закладів акушерсько-гінекологічного профілю в умовах воєнного стану визначаються наявністю пацієнток, переміщення яких може бути обмеженим або неможливим без припинення медичного втручання, — зокрема жінок під час пологів, породіль, пацієнток після оперативного втручання, новонароджених та осіб, які потребують інтенсивної терапії.

У зв'язку з цим архітектурно-планувальні та інженерні рішення повинні забезпечувати не лише можливість евакуації або переміщення до просторів із вищим рівнем захисту, а й формування захищених просторів різного рівня у структурі будівлі, резервування систем життєзабезпечення та продовження невідкладної медичної допомоги.

У цьому посібнику безпека розглядається як комплексна властивість архітектурного середовища, що забезпечується шляхом формування багаторівневої системи взаємопов'язаних захищених просторів — від території та зовнішніх захисних елементів до внутрішніх захищених просторів, приміщень тимчасового перебування, маршрутів переміщення до захищених просторів та захисних споруд цивільного захисту.

У разі відмінностей між положеннями міжнародних рекомендацій та вимогами законодавства України пріоритет мають чинні нормативно-правові акти, державні будівельні норми та національні стандарти України.

## 1.4 Основні принципи формування інклюзивного середовища закладів акушерсько-гінекологічної допомоги

Формування інклюзивного середовища закладів акушерсько-гінекологічної допомоги повинно ґрунтуватися на принципах універсального дизайну, доступності, людиноцентричного підходу, ергономіки, безпеки та безперервності медичної допомоги. Інклюзивність має розглядатися як неодмінна характеристика всього лікувально-діагностичного середовища та забезпечувати рівний, безпечний і комфортний доступ до медичної допомоги для всіх категорій користувачів.

### Принцип рівності та недискримінації

Архітектурні, технологічні та організаційні рішення не повинні створювати прямих або непрямих обмежень у доступі до медичної допомоги за ознаками віку, стану здоров'я, інвалідності, способу комунікації, соціального становища або інших індивідуальних характеристик.

### Принцип універсальності та адаптивності

Просторові, планувальні та інженерні рішення повинні забезпечувати можливість використання середовища максимально широким колом користувачів і, за потреби, легко адаптуватися до їхніх індивідуальних потреб без суттєвої перебудови.

### Принцип безперервності маршруту

Доступність повинна забезпечуватися на всіх етапах перебування пацієнтки в закладі — від прибуття на територію, висадження з транспортного засобу та входу до будівлі до проходження діагностики, лікування, госпіталізації або виписки. Маршрут

повинен бути безпечним, логічним, безперервним і придатним для самостійного пересування, пересування із супроводом, використання крісел колісних, каталок та іншого допоміжного обладнання.

### Принцип гідності та приватності

Медичний простір повинен забезпечувати повагу до гідності, конфіденційності та автономії пацієнтки, можливість контролювати рівень візуальної, акустичної та фізичної приватності, а також належні умови для консультацій, оглядів, лікувальних і санітарно-гігієнічних процедур.

### Принцип забезпечення супроводу та підтримки пацієнтки

Архітектурно-планувальні рішення повинні передбачати можливість перебування поруч із пацієнткою особи, яка здійснює її супровід або підтримку, якщо це зумовлено станом здоров'я, віком чи індивідуальними потребами. Простір повинен забезпечувати безпечне і функціонально доцільне перебування такої особи без перешкод для надання медичної допомоги, роботи персоналу та дотримання санітарно-протиепідемічного режиму.

### Принцип сенсорної та комунікаційної доступності

Навігація, інформація, засоби оповіщення та комунікації повинні бути зрозумілими й доступними для користувачів із різними сенсорними, мовленнєвими та когнітивними особливостями.

### Принцип фізичного та психологічного комфорту

Архітектурне середовище повинно сприяти зниженню тривожності, формуванню відчуття безпеки та довіри завдяки ергономічним рішенням, комфортному освітленню, акустиці, зрозумілій навігації та можливості усамітнення.

### Принцип травмоінформованого проєктування

Архітектурне середовище повинно враховувати можливий досвід фізичної або психологічної травми, запобігати повторній травматизації та підтримувати відчуття безпеки, передбачуваності, довіри, приватності й контролю над ситуацією.

### Принцип безпеки

Архітектурні, конструктивні, інженерні, технологічні та організаційні рішення повинні мінімізувати ризики травмування, падіння, інфікування, дезорієнтації, несанкціонованого доступу та виникнення інших небезпечних ситуацій для пацієнток, новонароджених, персоналу й осіб, які здійснюють супровід.

### Принцип безперервності медичної допомоги

Організація простору та інженерних систем повинна забезпечувати безперервність діагностики, лікування, оперативних втручань, пологової допомоги, реабілітації та догляду як у звичайних умовах, так і під час аварійних ситуацій або порушення роботи окремих систем. Функціонально пов'язані приміщення повинні розташовуватися з

урахуванням мінімізації переміщень пацієнток, скорочення часу транспортування та можливості швидкого надання невідкладної допомоги.

### Принцип готовності до надзвичайних ситуацій

Інклюзивне середовище повинно забезпечувати захист усіх користувачів під час надзвичайних ситуацій шляхом евакуації, переміщення до захищених просторів або укриття на місці залежно від стану пацієнтки та етапу надання медичної допомоги. Планувальні та інженерні рішення повинні передбачати доступні шляхи переміщення, місця очікування допомоги, резервні системи життєзабезпечення та можливість продовження невідкладних медичних втручань.

### Принцип стійкості та багаторівневого захисту

Архітектурно-планувальні, конструктивні та інженерні рішення повинні забезпечувати стійкість закладу до зовнішніх загроз, локалізацію можливих пошкоджень і збереження критично важливих функцій. Захист пацієнток, новонароджених, персоналу, медичного обладнання та систем життєзабезпечення повинен формуватися як багаторівнева система, що охоплює територію закладу, зовнішні захисні елементи будівлі, функціональне зонування, маршрути переміщення до захищених просторів, зони підвищеної безпеки та споруди цивільного захисту.

Рівень захисту окремих приміщень і зон повинен визначатися з урахуванням їх функціонального призначення, тривалості перебування людей, мобільності пацієнток, можливості припинення або перенесення медичного втручання, критичності обладнання та необхідності безперервного функціонування під час надзвичайної ситуації.

Наведені принципи є взаємопов’язаними та повинні застосовуватися комплексно під час проєктування, будівництва, реконструкції, капітального ремонту й експлуатації закладів акушерсько-гінекологічної допомоги. Їх комплексне впровадження забезпечує створення безпечного, доступного, функціонального та людиноцентричного медичного середовища для всіх категорій користувачів.

# Розділ 2.
# КАТЕГОРІЇ КОРИСТУВАЧІВ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА ЗАКЛАДІВ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Під час проєктування, реконструкції, облаштування та експлуатації закладів акушерсько-гінекологічної допомоги необхідно враховувати різноманітність потреб користувачок, зумовлених віком, фізіологічним станом, функціональними можливостями, станом здоров'я, психоемоційними особливостями та потребою у супроводі. Інклюзивне середовище повинно забезпечувати рівний, безпечний і недискримінаційний доступ до приміщень, обладнання та медичних послуг відповідно до функціональної ролі та потреб усіх користувачів.

Користувачів закладів акушерсько-гінекологічної допомоги доцільно класифікувати за віковими, фізіологічними, функціональними та соціальними особливостями, які визначають вимоги до формування інклюзивного середовища:

- за віковими особливостями – діти, підлітки, дорослі жінки, жінки літнього віку;
- за фізіологічним та клінічним станом — вагітні, породіллі, пацієнтки після оперативних втручань, пацієнтки, які звернулися для планового гінекологічного лікування, профілактичного огляду чи відновлення репродуктивного здоров'я, жінки в період менопаузи/клімаксу;
- за функціональними особливостями — особи з різними порушеннями: фізичними, зору, слуху, когнітивними або психічними порушеннями, а також пацієнтки з тимчасовими порушеннями;
- за потребою в додатковій підтримці — особи, які потребують супроводу, пацієнтки з надмірною масою тіла, жінки, які потребують індивідуалізованого підходу;
- за особливими обставинами – пацієнтки, які постраждали внаслідок воєнних дій, внутрішньо переміщені особи, жінки, які пережили полон, катування, сексуальне насильство, пов'язане зі збройним конфліктом, або інші травматичні події;
- за функціональною роллю — пацієнтки, особи, які здійснюють супровід і підтримку, медичні працівники та інший персонал закладу;
- особи, які супроводжують та підтримують пацієнтку — члени сім'ї, партнери, законні представники, опікуни, асистенти осіб з інвалідністю або інші особи, присутність яких зумовлена віком пацієнтки, станом здоров'я, функціональними обмеженнями чи бажанням пацієнтки під час отримання медичної допомоги.

Наведена класифікація користувачів є основою для визначення вимог до формування інклюзивного середовища закладів акушерсько-гінекологічної допомоги. Під час проєктування слід враховувати можливе поєднання різних характеристик і потреб однієї особи, застосовуючи комплексні архітектурно-планувальні рішення, що забезпечують доступність, безпеку та функціональність середовища для всіх користувачів.

# Розділ 3.
# ТЕРИТОРІЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 3.1 Загальні вимоги

Територія закладу акушерсько-гінекологічної допомоги є початковою ланкою маршруту користувачів і працівників та повинна забезпечувати безпечний, безперервний і зрозумілий доступ до будівель, входів і функціональних зон, призначених для їхнього користування.

Під час проєктування та облаштування території необхідно забезпечити:

- безперервний безбар'єрний маршрут від межі земельної ділянки, зупинок громадського транспорту, місць висадки пасажирів і пасажирок, а також паркування до доступного входу в будівлю;
- доступність будівель, входів, відкритих просторів, зон відпочинку та елементів благоустрою, призначених для користування відвідувачами й працівниками;
- можливість самостійного або супроводжуваного пересування осіб, які користуються кріслами колісними, милицями, ходунками, протезами, дитячими візками та іншими допоміжними засобами реабілітації;
- можливість безпечного переміщення пацієнток у кріслах колісних і на каталках;
- доступ до головного та інших функціональних входів, приймальних і консультативно-діагностичних підрозділів, а за їх наявності — до приймального відділення, пологового блоку та відділення невідкладної медичної допомоги;
- логічне функціональне зонування території, зрозумілу навігацію та візуальний зв'язок між основними елементами маршруту;
- безперервний доступний маршрут до захисної споруди цивільного захисту або іншого захищеного простору;
- безпечні умови пересування територією під час повітряної тривоги, евакуації та інших надзвичайних ситуацій.

Планувальна організація території повинна враховувати основні сценарії користування закладом: планове відвідування, прибуття пацієнток, які потребують невідкладної допомоги, пересування осіб із супроводом, транспортування пацієнток у кріслах колісних або на каталках, пересування працівників, рух спеціалізованого транспорту, а також переміщення до захищених просторів.

Безбар'єрні маршрути не повинні без необхідності перетинатися зі шляхами руху спеціалізованого, господарського та іншого автомобільного транспорту. У місцях

перетину необхідно передбачати належну оглядовість, попереджувальне позначення та засоби зниження швидкості руху транспортних засобів.

## 3.2 Паркування та зони висадки

Біля доступного входу до закладу рекомендується передбачати спеціально організовану зону короткочасної зупинки транспортних засобів для безпечної посадки та висадки пасажирів, зокрема осіб з порушеннями мобільності, користувачів допоміжних засобів реабілітації, вагітних, пацієнток після медичних втручань та осіб, які потребують супроводу (рис. 3.1).

Зону посадки та висадки рекомендується захищати навісом від атмосферних опадів і сонячного випромінювання. Навіс не повинен зменшувати нормативну висоту проїзду спеціалізованого транспорту або створювати перешкоди для використання підйомних платформ.

Покриття для цієї зони повинно бути твердим, рівним, неслизьким, без вибоїн, відкритих стиків і перепадів висот. Відстань від місця висадки до доступного входу необхідно мінімізувати.

На території закладу слід передбачати паркувальні місця відповідно до вимог чинних будівельних норм, зокрема місця для транспортних засобів осіб з інвалідністю та спеціалізованого медичного транспорту.

Доступні паркувальні місця необхідно розташовувати поблизу доступного входу та з'єднувати з ним безперервним безбар'єрним маршрутом. Такий маршрут не повинен проходити позаду припаркованих автомобілів або змушувати користувача рухатися проїзною частиною.

Габарити паркувальних місць і прилеглих зон повинні забезпечувати:

- безпечне відкривання дверей транспортного засобу;
- пересаджування людини з автомобіля до крісла колісного;
- використання підйомних платформ та інших допоміжних пристроїв;
- розміщення особи, яка здійснює супровід;
- безпечний виїзд крісла колісного безпосередньо на пішохідний маршрут.

Зони висадки, доступні паркувальні місця та напрямок руху до входу повинні бути позначені зрозумілими інформаційними знаками, видимими з під'їзних шляхів.

## 3.3 Пішохідні маршрути та благоустрій

Пішохідні маршрути повинні утворювати безперервну систему, що забезпечує можливість самостійного або супроводжуваного пересування відвідувачок і персоналу незалежно від їхнього віку, стану здоров'я та функціональних можливостей.

Ширину маршрутів, поздовжні й поперечні ухили, параметри пандусів, місця для розвороту крісел колісних, зони відпочинку та безпечні ділянки перед входами необхідно визначати відповідно до чинних державних будівельних норм.

Основні пішохідні маршрути повинні бути:

- логічними та найкоротшими;
- вільними від постійних і тимчасових перешкод;
- захищеними від накопичення води, снігу та льоду;
- достатньо освітленими;
- обладнаними зрозумілою навігацією;
- придатними для пересування осіб із порушеннями мобільності, зору та орієнтування.

Покриття безбар'єрних маршрутів повинно бути твердим, рівним, неслизьким, стійким до атмосферних впливів та забезпечувати безпечне пересування за різних погодних умов.

На безбар'єрних маршрутах рекомендується застосовувати матеріали, які:

- забезпечують плавне пересування крісел колісних, дитячих візків, каталок і ходунків;
- не створюють надмірної вібрації;
- не мають відкритих швів, щілин та інших нерівностей, що перешкоджають руху коліс або створюють ризик спотикання;
- не створюють небезпечного відблиску, який ускладнює орієнтування.

Не допускається застосовувати сипучі матеріали, покриття з великими нерівними елементами та інші матеріали, що ускладнюють пересування або створюють ризик падіння.

Озеленення повинно сприяти формуванню комфортного мікроклімату, затіненню маршрутів і місць відпочинку, зменшенню шуму та психологічному комфорту користувачок.

Не допускається розміщувати рослини, які:

- зменшують нормативну ширину проходу;
- закривають інформаційні знаки або погіршують оглядовість;
- мають колючки, токсичні плоди або інші небезпечні властивості;
- створюють значний ризик сезонних алергічних реакцій;
- спричиняють надмірне засмічення або роблять покриття слизьким.

Місця короткочасного відпочинку, обладнані лавами, місцями для розміщення крісел колісних, навісами, урнами, елементами озеленення та достатнім освітленням рекомендується передбачати уздовж основних маршрутів, поблизу входів до функціональних корпусів закладу поза межами основної смуги руху (рис. 3.1).




*Рисунок 3.1 – Пішохідні маршрути на території закладу акушерсько-гінекологічної допомоги*

Місця відпочинку доцільно обладнувати:

- лавами зі спинками та підлокітниками;
- сидіннями різної висоти;
- вільними місцями поруч із лавами для розміщення крісел колісних і дитячих візків;
- навісами або іншими засобами захисту від сонця й атмосферних опадів;
- урнами, освітленням та елементами навігації.

**Безпека пішохідних маршрутів забезпечується належним освітленням, ефективним** водовідведенням, своєчасним очищенням покриття, технічним обслуговуванням, відсутністю небезпечних перешкод і захистом на ділянках перепаду висот.

## 3.4 Навігація та інформаційна доступність

Система навігації на території закладу повинна забезпечувати безперервність орієнтування вздовж основних маршрутів із використанням візуальних, тактильних та, за потреби, звукових засобів передавання інформації.

Система навігації повинна зберігати функціональність під час аварійного відключення електропостачання, повітряної тривоги та інших надзвичайних ситуацій. Маршрути до захисних споруд цивільного захисту необхідно позначати безперервно та зрозуміло із забезпеченням видимості навігаційних елементів у разі відключення основного освітлення.

Усі навігаційні та інформаційні елементи повинні бути узгоджені за змістом, графічним оформленням, термінологією, системою позначень і принципами розміщення. Вони мають формувати єдину систему орієнтування та відповідати вимогам ДБН В.2.2.-10 «Заклади охорони здоров'я» та ДБН В.2.2-40. «Інклюзивність будівель та споруд».

На території закладу рекомендується передбачати:

- покажчики напрямків руху;
- інформаційні стенди та схеми території із позначенням місця перебування користувача;
- позначення будівель, входів і функціональних зон;
- маркування безбар'єрних маршрутів;
- позначення доступних паркувальних місць і зон висадки;
- покажчики напрямку руху до захисних споруд цивільного захисту та інших захищених просторів;
- інформацію про тимчасові зміни маршрутів, ремонтні роботи або обмеження доступу.

Навігаційні елементи слід розміщувати біля в'їздів і входів на територію, у місцях початку та розгалуження маршрутів, поблизу паркувальних місць, зон висадки, переходів через проїзну частину, входів до будівель, основних функціональних підрозділів і на маршрутах до захисних споруд.

Покажчики та інформаційні елементи повинні бути добре помітними, контрастними, читабельними та розташованими в межах зручного поля зору. Їх не повинні закривати рослини, транспортні засоби, елементи благоустрою або тимчасові конструкції.

Для передавання інформації рекомендується використовувати короткі й однозначні формулювання, загальнозрозумілі піктограми та єдиний стиль графічного оформлення. Розмір шрифту, контрастність, висота розміщення та освітлення інформаційних елементів повинні забезпечувати їхнє сприйняття користувачами з різними функціональними можливостями.

Для осіб із порушеннями зору слід передбачати тактильні направляючі та попереджувальні елементи, контрастне позначення входів, сходів, пандусів, переходів та інших важливих орієнтирів. На інформаційних елементах, призначених для безпосереднього користування, доцільно застосовувати рельєфні символи, рельєфно-крапковий шрифт Брайля та інші доступні способи передавання інформації.

Навігація повинна бути зрозумілою для осіб із когнітивними порушеннями та користувачок, які вперше перебувають на території закладу. Необхідно уникати складних формулювань, надмірної кількості інформації, неоднозначних скорочень і перевантаження простору покажчиками.

Кольорове кодування може застосовуватися для позначення маршрутів і функціональних зон, однак не повинно бути єдиним способом передавання інформації. Колір необхідно дублювати текстом, піктограмами, номерами або іншими графічними позначеннями.

Для підвищення інформаційної доступності можуть використовуватися QR-коди з посиланням на інтерактивні карти, електронні інформаційні табло, мобільні навігаційні сервіси, аудіоінформування та інформаційні матеріали в доступних форматах. Цифрові й електронні засоби повинні доповнювати, а не замінювати стаціонарну систему навігації.

Система навігації повинна зберігати функціональність під час аварійного відключення електропостачання, повітряної тривоги та інших надзвичайних ситуацій. Маршрути до захисних споруд цивільного захисту необхідно позначати безперервно, зрозуміло та з урахуванням можливого використання резервного освітлення.

У разі тимчасової зміни доступного маршруту необхідно завчасно встановлювати зрозумілі покажчики обхідного шляху та забезпечувати його безпечність для осіб, які користуються кріслами колісними, ходунками, милицями або потребують супроводу.

## 3.5. Особливості функціонування в умовах надзвичайних ситуацій.

Під час проєктування території закладу необхідно передбачати можливість його функціонування в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема в умовах воєнного стану. Планувальні рішення повинні забезпечувати альтернативні маршрути під'їзду до будівлі, можливість одночасного прибуття кількох автомобілів екстреної медичної допомоги.

Також планувальні рішення мають враховувати потребу в одночасному переміщенні значної кількості людей під час повітряної тривоги, щоб не допускати утворення небезпечних скупчень біля входів, на вузьких ділянках маршрутів та перед входами до захисних споруд. На ділянці медичного закладу мають бути передбачені місця для розміщення спеціалізованого транспорту та можливість евакуації пацієнтів із використанням спеціалізованих транспортних засобів.

Маршрут до захисної споруди цивільного захисту або іншого захищеного простору повинен бути безперервним, доступним, позначеним засобами навігації та придатним для пересування осіб, які користуються кріслами колісними, ходунками, милицями або потребують супроводу. Цей маршрут слід відокремлювати від шляхів руху автомобільного транспорту.

## 3.6 Особливості забезпечення доступності під час реконструкції та ремонтних робіт

Під час реконструкції, капітального ремонту, модернізації або технічного переоснащення закладу охорони здоров'я необхідно забезпечувати безперервний і безпечний доступ пацієнток, інших відвідувачів та працівників до будівель, приміщень і послуг, що продовжують функціонувати.

Роботи слід організовувати поетапно, з урахуванням можливості тимчасового обмеження окремих маршрутів, входів, паркувальних місць або функціональних

зон. На кожному етапі необхідно передбачати доступні альтернативні маршрути, які забезпечують можливість самостійного або супроводжуваного пересування осіб із різними функціональними можливостями.

Тимчасові маршрути повинні:

- бути безперервними, безбар'єрними та достатніми за шириною для пересування жінок у кріслах колісних, із ходунками, милицями, дитячими візками, на каталках або медичних ліжках;
- мати тверде, рівне, неслизьке покриття без перепадів висот, відкритих швів і небезпечних перешкод;
- бути відокремленими від зон виконання будівельних робіт, руху будівельної техніки, місць складування матеріалів і будівельних відходів;
- мати належне основне та аварійне освітлення;
- бути захищеними від пилу, шуму, атмосферних опадів та інших несприятливих впливів, наскільки це можливо;
- забезпечувати доступ до санітарно-гігієнічних приміщень, місць очікування, ліфтів, укриттів та інших функціонально необхідних зон.

У місцях тимчасової зміни маршруту необхідно встановлювати зрозумілі й добре помітні покажчики, схеми обхідного шляху та інформацію про доступні входи. Тимчасова навігація повинна бути узгоджена з основною системою орієнтування закладу та передбачати візуальні, а за потреби — тактильні й звукові засоби передавання інформації.

Інформацію про тимчасові обмеження, зміну входів, маршрутів руху, місць паркування та доступу до функціональних підрозділів необхідно завчасно доводити до відома користувачів через інформаційні стенди, офіційний вебсайт, електронні сервіси запису та інші доступні канали комунікації.

Не допускається перекриття єдиного доступного входу або безбар'єрного маршруту без попереднього облаштування рівноцінного альтернативного шляху.

Під час виконання робіт необхідно забезпечувати доступ до захисних споруд цивільного захисту та інших захищених просторів. Тимчасові маршрути до них повинні бути позначеними, освітленими, вільними від будівельних матеріалів, обладнання й інших перешкод та придатними для переміщення осіб, які потребують супроводу або транспортування.

У разі неможливості повного усунення всіх бар'єрів в межах одного етапу реконструкції необхідно визначати черговість робіт з урахуванням пріоритетності безперервного маршруту, доступного входу, санітарно-гігієнічних приміщень, основних функціональних зон, укриттів та робочих місць працівників.

Після завершення кожного етапу робіт необхідно перевіряти безпечність, доступність і зрозумілість маршрутів до відновлення звичайної схеми користування територією та будівлею.

# Розділ 4.
# ВНУТРІШНІЙ ПРОСТІР ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРИМІЩЕННЯ

## 4.1 Загальні принципи формування внутрішнього простору

Внутрішній простір закладу акушерсько-гінекологічної допомоги повинен забезпечувати функціональну організацію лікувально-діагностичних процесів, безпеку, доступність, санітарно-гігієнічні умови, психологічний і сенсорний комфорт користувачів, а також можливість безперервного функціонування закладу в умовах надзвичайних ситуацій. Просторові рішення мають формувати цілісне середовище, у якому вимоги функціональності, універсального дизайну та безпеки взаємопов'язані й не розглядаються як окремі складові.

Організація внутрішнього простору повинна враховувати склад і особливості основних груп користувачів: пацієнток, персоналу, відвідувачів та осіб, які їх супроводжують. Особливу увагу необхідно приділяти потребам вагітних, породіль, пацієнток із тимчасовим або постійним обмеженням мобільності, осіб із порушеннями зору, слуху, а також пацієнток, які потребують допомоги під час переміщення.

Функціональна організація приміщень повинна забезпечувати логічні взаємозв'язки між функціональними зонами та послідовність лікувально-діагностичних процесів. Планувальні рішення мають сприяти чіткому розмежуванню потоків пацієнток, персоналу та відвідувачів, а також чистих і використаних матеріалів, медичних відходів та інших потоків, перетин яких може знижувати безпеку або ефективність роботи закладу.

Просторові параметри внутрішнього середовища доцільно визначати з урахуванням реальних сценаріїв користування простором, а не лише габаритів окремої пацієнтки. Необхідно враховувати самостійне пересування людини, пересування з використанням крісла колісного, ходунків або інших засобів мобільності, рух із супроводом, а також транспортування пацієнтки на каталці чи функціональному ліжку. Для кожного сценарію має бути забезпечений необхідний простір для руху, маневрування, розходження та виконання відповідних функціональних дій (рис. 4.1).

Безбар'єрний маршрут повинен формуватися як **безперервна система**, що поєднує вхід до будівлі, вестибюль, горизонтальні та вертикальні комунікації, функціональні та санітарно-гігієнічні приміщення та інші необхідні для пацієнток зони. На маршруті не повинні виникати перешкоди або зміни умов користування, які унеможливлюють самостійне або безпечне переміщення людини чи потребують необґрунтованого обходу.

Організація внутрішнього середовища повинна забезпечувати не лише фізичну доступність, а й можливість самостійного орієнтування та користування простором. Для цього необхідно поєднувати зрозумілу планувальну структуру, візуальну, тактильну та інші форми навігації, достатню контрастність елементів, зрозумілу систему позначень та передбачуваність основних маршрутів.

При формуванні внутрішнього середовища необхідно враховувати потребу у візуальній, акустичній та просторовій приватності пацієнток. Розташування приміщень, напрямки руху, огляд із комунікаційних зон, організація зон очікування та вибір огороджувальних елементів повинні запобігати небажаному візуальному й акустичному контакту під час огляду, лікувальних і гігієнічних процедур, переодягання та інших приватних процесів.

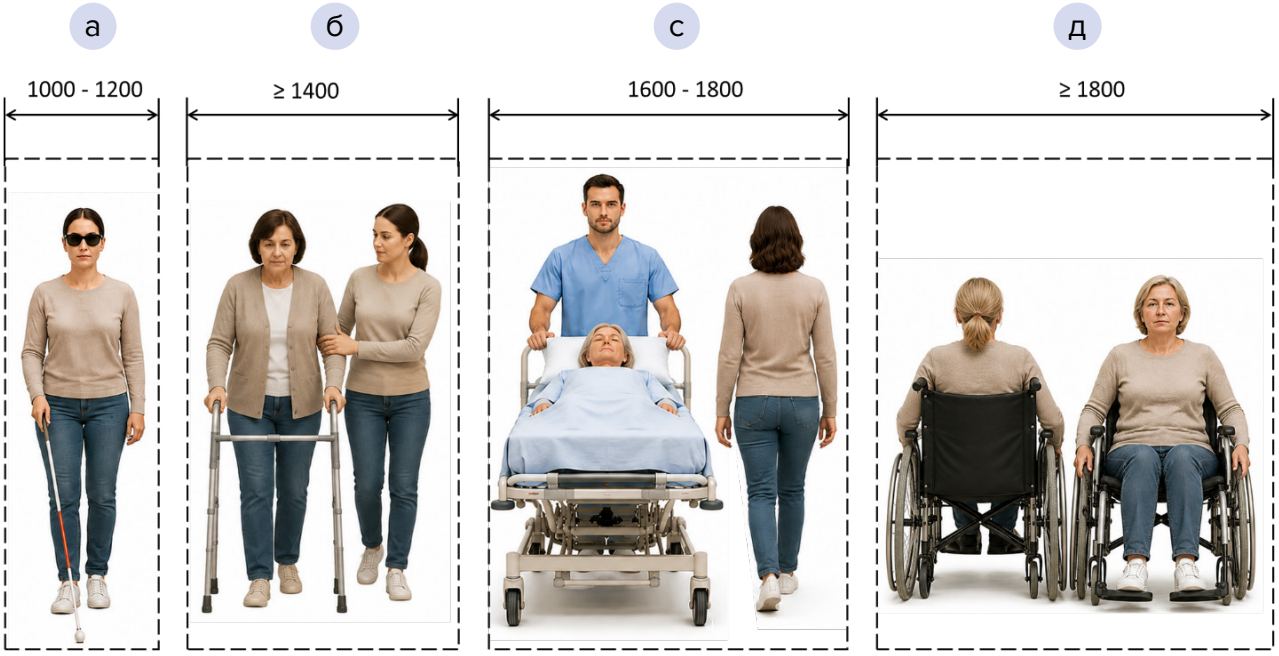



*Рисунок 4.1 – Просторові параметри пересування користувачок:*

а – самостійне пересування з порушенням зору з використанням білої тростини;
б – пересування з ходунками за підтримки супровідника;
в – транспортування пацієнтки на медичній каталці або функціональному ліжку та зустрічний рух відвідувачів та персоналу;
г – одночасне зустрічне пересування двох користувачок крісел колісних.

Оздоблення та обладнання внутрішнього середовища повинні відповідати характеру медичного закладу й забезпечувати безпечну експлуатацію, довговічність, можливість регулярного очищення і дезінфекції, стійкість до механічних впливів та зручність технічного обслуговування. Візуальне середовище має сприяти орієнтуванню та психологічному комфорту, не створюючи надмірного візуального або сенсорного навантаження.

Організація освітлення, кольорового середовища, вибір матеріалів, акустики та інформаційних елементів повинна враховувати різні сенсорні потреби користувачок. Контрастність доцільно використовувати для виявлення важливих функціональних

елементів, але колір не повинен бути єдиним засобом передавання інформації. Водночас слід уникати надмірної кількості кольорів, візуального шуму, різких відблисків та інших рішень, що можуть ускладнювати орієнтування або створювати сенсорний дискомфорт.

Зони очікування, відпочинку та короткочасного перебування повинні передбачати можливість вибору способу користування відповідно до фізичного стану, віку, антропометричних характеристик і мобільності людини. Місця для користувачок крісел колісних, вагітних та інших пацієнток доцільно інтегрувати в загальну систему меблів і просторової організації, уникаючи їх необґрунтованого відокремлення від інших користувачок.

Внутрішній простір повинен бути організований з урахуванням можливості зміни звичайних маршрутів і функціональних сценаріїв у разі надзвичайної ситуації. Планування має забезпечувати зрозумілі та доступні шляхи переміщення, можливість безпечного транспортування пацієнтів із різним рівнем мобільності та, відповідно до функціонального призначення приміщень і умов загрози, можливість продовження критично важливих лікувальних процесів.

Просторову організацію закладу доцільно розглядати як багаторівневу систему, у якій повсякденна функціональна організація внутрішнього середовища взаємодіє із системою захисту цивільного населення. Розташування функціональних зон, комунікацій та приміщень має враховувати можливість поетапного переміщення користувачок відповідно до їхньої мобільності та потреби в медичній допомозі, а також взаємозв’язок внутрішніх просторів із захисною спорудою цивільного захисту.

Конкретні планувальні, конструктивні, інженерні, санітарно-гігієнічні та протипожежні рішення повинні відповідати вимогам чинних нормативних документів. Положення цього розділу визначають принципи організації внутрішнього середовища та не замінюють нормативних вимог до проєктування, обладнання й експлуатації закладів охорони здоров’я.

## 4.2 Вхідна група

Вхідна група є початковою ланкою внутрішнього безбар’єрного маршруту та забезпечує перехід від прилеглої території до внутрішнього простору закладу охорони здоров’я. Її архітектурно-планувальна організація повинна забезпечувати безпечний, зручний, самостійний і зрозумілий доступ до будівлі для всіх категорій користувачів.

Планувальна організація вхідної групи повинна враховувати різні сценарії користування входом, зокрема самостійне пересування, пересування з використанням крісла колісного, ходунків або інших засобів мобільності, рух із супроводом, а також транспортування пацієнта на каталці чи функціональному ліжку. Простір перед входом, у тамбурі та безпосередньо за входом має забезпечувати можливість безпечного проходження, зупинки та необхідного маневрування.

До складу вхідної групи залежно від архітектурно-планувального рішення будівлі, можуть входити ґанок або вхідний майданчик, сходи, пандуси та/або підіймальні пристрої, вхідні двері, тамбури та інші елементи.

Планувальні параметри вхідної групи, шляхи руху всередині будівлі, ширина дверей закладів охорони здоров'я повинні відповідати вимогам чинних будівельних норм.

Під час проєктування вхідної групи необхідно забезпечити:

- безперервний безбар'єрний маршрут від пішохідних шляхів, місць паркування та зон висадки пасажирів до внутрішніх приміщень будівлі;
- можливість самостійного користування вхідною групою, а також пересування з особою, яка супроводжує та підтримує пацієнтки;
- безпечне пересування користувачок крісел колісних та інших допоміжних засобів пересування;
- у закладах, де це передбачено функціональними процесами, безпечне транспортування пацієнток на медичних каталках і ліжках;
- достатній простір для маневрування та розходження користувачок;
- розмежування потоків відповідно до функціональної структури закладу, організації медичного процесу та вимог інфекційного контролю.

Архітектурно-планувальні рішення вхідної групи повинні забезпечувати належне освітлення, застосування рівних і неслизьких покриттів, візуальну контрастність основних функціональних елементів, доступність інформації та навігації, а також безпосередній і зрозумілий зв'язок із вестибюлем.

Перед головним входом доцільно передбачати:

- захисний навіс над вхідним майданчиком;
- вільний простір, достатній для маневрування користувачок крісел колісних, осіб із дитячими візками та, за необхідності, медичних каталок;
- рівне, тверде та неслизьке покриття;
- організоване водовідведення, що запобігає накопиченню води, утворенню калюж та ожеледі;
- належне освітлення входу та підходів до нього;
- контрастне маркування прозорих і скляних поверхонь;
- автоматичні двері або двері, що не потребують значного фізичного зусилля для відкривання;
- доступну систему виклику персоналу—у випадках, коли необхідність такої допомоги передбачена функціональним призначенням закладу;
- місце або приміщення для тимчасового зберігання дитячих візків, якщо це відповідає профілю та місткості закладу. (рис. 4.2).

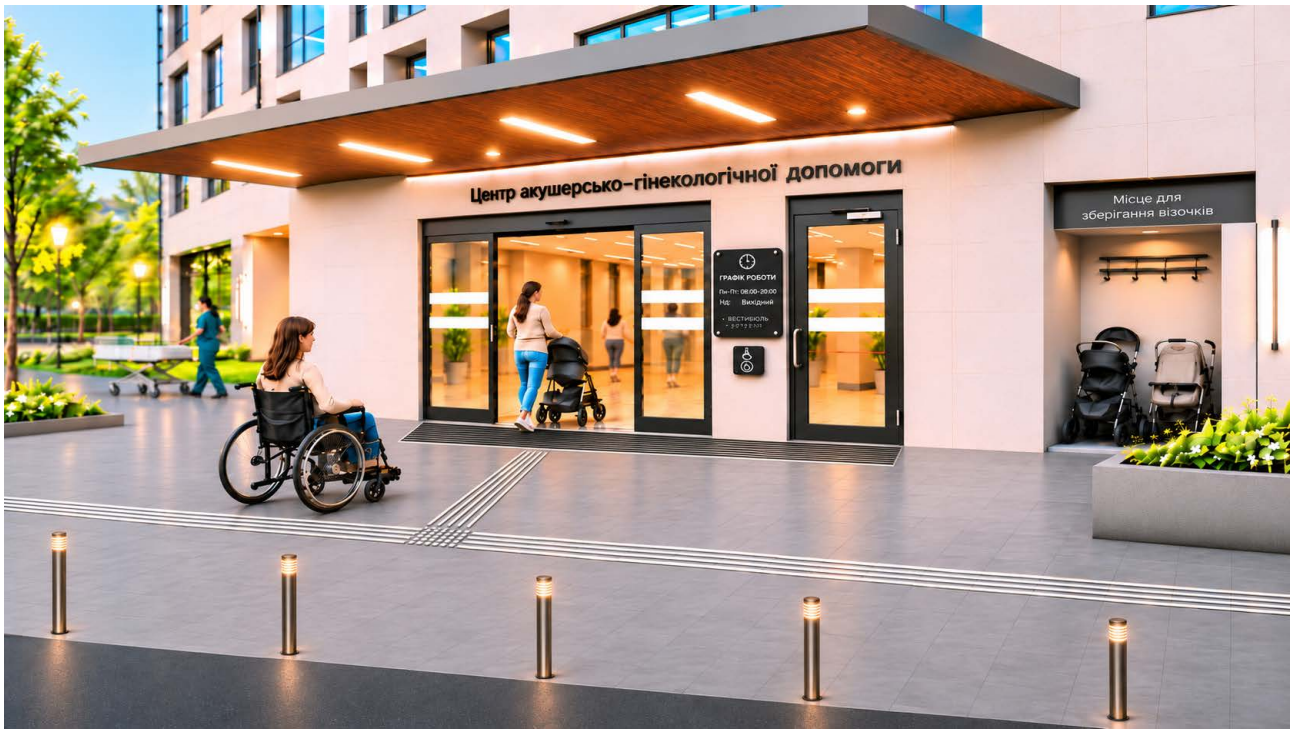



*Рисунок 4.2 – Схема організації головного входу*

На безбар'єрному маршруті не допускається влаштування порогів та інших перепадів рівня підлоги, що створюють перешкоди для пересування. Двері до приміщень, розташованих уздовж такого маршруту, а також двері між коридорами слід проєктувати без порогів.

У багатофункціональних закладах охорони здоров'я систему входів слід формувати з урахуванням функціонального призначення підрозділів, способу надходження пацієнток та необхідності розмежування потоків.

Головний громадський вхід через центральний вестибюль призначається для амбулаторних пацієнтів та пацієнток, відвідувачів, осіб, які супроводжують та підтримують пацієнток, та інших користувачок закладу. З центрального вестибюля забезпечують безпосередній доступ до амбулаторного блоку та організовані контрольовані маршрути відвідувачок до стаціонарних і пологових підрозділів.

Для приймання пацієнток, які надходять до стаціонарного або пологового блоку для госпіталізації, у тому числі на медичному транспорті, слід передбачати окремі спеціалізовані входи, функціонально пов'язані з відповідними зонами приймання. Такі входи повинні забезпечувати безперешкодне переміщення пацієнток пішки, на кріслі колісному, медичній каталці, ліжку або з використанням інших засобів переміщення без необхідності проходження через центральний вестибюль.

Доступ відвідувачок до стаціонарних і пологових підрозділів може здійснюватися з центрального вестибюля за визначеними маршрутами з необхідним контролем доступу.

Операційні та інші приміщення з обмеженим режимом доступу не повинні включатися до загальнодоступних маршрутів. Для відвідувачок та осіб, які супроводжують і

підтримують пацієнток, передбачають доступ лише до відповідних зон очікування та інших дозволених приміщень.

У самостійно розташованих функціональних блоках система входів визначається їх функціональним призначенням і технологічними процесами.

Розміри тамбурів повинні забезпечувати безперешкодний рух і маневрування користувачок крісел колісних, осіб із дитячими візками, користувачок, які використовують інші допоміжні засоби, а у випадках, передбачених функціональним призначенням входу, — транспортування пацієнток на медичних каталках і ліжках.

Відкриті дверні полотна не повинні перекривати основний напрямок руху та необхідний простір для маневрування. Розташування і напрямок відкривання дверей мають забезпечувати можливість безпечного проходження користувачок, зокрема тих, які користуються кріслами колісними, ходунками, а також пацієнток, яких транспортують на каталці або функціональному ліжку.

У межах тамбура необхідно забезпечити достатній простір для безпечного переміщення та маневрування користувачок, зокрема осіб, які користуються кріслами колісними, ходунками або іншими засобами мобільності. При визначенні планувальних параметрів тамбура слід враховувати положення дверних полотен у відкритому стані та можливість одночасного або послідовного проходження користувачок через зовнішні та внутрішні двері.

Покриття підлоги тамбура повинно бути рівним, стійким до ковзання та придатним для пересування на кріслі колісному. Вхідні двері, дверні полотна, ручки та інші функціонально значущі елементи повинні бути візуально помітними на тлі прилеглих поверхонь. Скляні двері та прозорі огородження необхідно позначати контрастним маркуванням відповідно до вимог доступності.

## 4.3 Вестибюль, інформація та навігація

Вестибюль є головним внутрішнім розподільчим простором закладу охорони здоров’я, який забезпечує організацію потоків пацієнток, відвідувачів, осіб, які супроводжують та підтримують пацієнтку, і персоналу між вхідною групою та функціональними підрозділами. Разом із коридорами, холами, рекреаційними зонами, ліфтовими холами та іншими елементами горизонтальних і вертикальних комунікацій він формує єдину систему внутрішніх комунікацій закладу.

Внутрішні комунікації повинні формувати логічну, послідовну та інтуїтивно зрозумілу систему переміщення між функціональними зонами закладу. Маршрути руху користувачок мають бути зрозумілими та логічними, із мінімально необхідною кількістю змін напрямку та без необґрунтованих обходів.

Під час планування необхідно забезпечити:

- чітке функціональне зонування внутрішнього простору;
- розділення потоків пацієнток, персоналу, відвідувачів, чистих і використаних матеріалів відповідно до профілю закладу та вимог інфекційного контролю;

- мінімізацію небажаного перехрещення потоків;
- безперервний безбар'єрний маршрут від вхідної групи до функціональних підрозділів;
- достатню ширину та конфігурацію комунікаційних просторів для одночасного пересування різних категорій користувачок;
- можливість безпечного транспортування пацієнток на кріслах колісних, медичних каталках і функціональних ліжках;
- доступність вертикальних комунікацій, санітарно-гігієнічних приміщень, зон очікування та шляхів до захисної споруди цивільного захисту;
- зрозумілу систему візуальної, тактильної та, за необхідності, звукової навігації.

***Інформаційно-довідкове обслуговування та реєстрація.*** Організація інформаційно-довідкового обслуговування та реєстрації пацієнток визначається функціональною структурою закладу охорони здоров'я.

У багатофункціональних закладах, до складу яких входять амбулаторні, стаціонарні, пологові та інші функціональні блоки, у головному вестибюлі доцільно передбачати інформаційно-довідковий пункт, призначений для первинного інформування, орієнтування та маршрутизації користувачок.

Реєстратуру амбулаторного прийому в такому разі доцільно розміщувати у складі амбулаторного блоку або безпосередньо при вході до нього. Таке рішення дає змогу розмежувати загальні потоки користувачів закладу та потоки амбулаторних пацієнток.

В амбулаторних підрозділах з окремим входом реєстратуру доцільно розміщувати у вестибюлі або в безпосередньому функціональному зв'язку з ним. У цьому разі вона може поєднувати функції реєстрації, інформування та первинної маршрутизації пацієнтів.

Інформаційно-довідковий пункт і реєстратура повинні бути доступними для жінок із різними порушеннями та забезпечувати можливість самостійного звернення користувачок крісел колісних, жінок із порушеннями зору, слуху, мовлення та іншими комунікаційними потребами. Планувальні рішення інформаційно-довідкового пункту повинні передбачати:

- стійку з робочими поверхнями різної висоти для обслуговування жінок, які звертаються стоячи, та користувачок крісел колісних;
- вільний простір перед доступною частиною стійки, достатній для під'їзду та маневрування на кріслі колісному;
- можливість візуального контакту між працівником чи працівницею і пацієнткою;
- індукційну петлю або інші засоби підтримки комунікації з жінками з порушеннями слуху;
- можливість письмової та цифрової комунікації;
- можливість конфіденційного спілкування;
- доступне розміщення електронних інформаційних табло та, за наявності, системи електронної черги.

***Інформаційна зона*** Інформаційна зона повинна містити схему будівлі, інформацію про розташування основних функціональних підрозділів, план евакуації, інформацію про маршрут до захисної споруди цивільного захисту, інформацію про права пацієнток та контакти служб допомоги, графік роботи підрозділів. Подання інформації має бути доступним для різних категорій користувачок; текстову інформацію доцільно доповнювати зрозумілими піктограмами, контрастними графічними позначеннями та цифровими засобами отримання додаткової інформації.

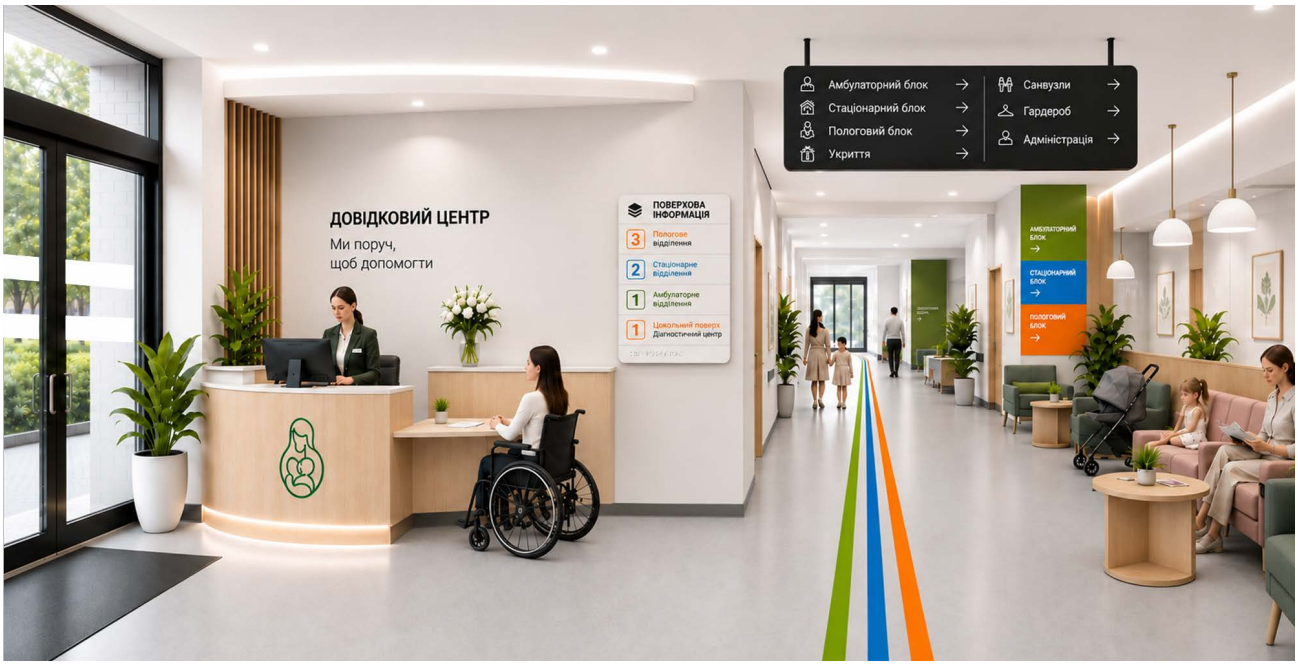



*Рисунок 4.3 – Приклад оформлення вестибюля*

***Система орієнтування та навігації.***

Внутрішні комунікаційні простори повинні формувати інтуїтивно зрозумілу систему орієнтування, яка дає змогу пацієнтці визначити своє місцезнаходження, напрямок руху та розташування основних функціональних підрозділів без необхідності постійного звернення до персоналу.

Система навігації повинна передбачати:

- інформаційні покажчики у вузлових точках маршрутів та місцях зміни напрямку руху;
- логічне кольорове та/або графічне кодування функціональних зон;
- візуальне виділення дверей, дверних прорізів, ручок та інших функціонально значущих елементів;
- тактильні та візуальні орієнтири;
- зрозумілу нумерацію та позначення приміщень;
- дублювання важливої інформації у формах, доступних для жінок із порушеннями зору, слуху та іншими комунікаційними потребами.

Візуальне орієнтування у внутрішньому просторі рекомендується забезпечувати контрастним виділенням основних поверхонь і функціонально значущих елементів інтер'єру. Зміна кольору або тону може використовуватися для позначення маршрутів, функціональних зон і місць зміни напрямку руху. Кольорове кодування слід поєднувати з текстовими покажчиками, номерами, стрілками та іншими засобами навігації; колір не повинен бути єдиним способом передавання інформації.




*Рисунок 4.4 – Приклад організації навігації у вузловій точці внутрішнього маршруту*

## 4.4. Горизонтальні та вертикальні комунікаційні простори

Основними горизонтальними комунікаційними просторами закладу охорони здоров'я є коридори. Їхня ширина має відповідати вимогам чинних ДБН щодо інклюзивності будівель і споруд, проєктування закладів охорони здоров'я та галузевих нормативних документів.

***Коридори.*** Ширина коридорів повинна визначатися їхнім функціональним призначенням та інтенсивністю руху користувачів. Ширина коридорів повинна бути не менше ніж:

а) клінічні та діагностичні структурні підрозділи закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, окрім відділень інтенсивної терапії, операційних і пологових відділень – 2,4 м;

б) відділення інтенсивної терапії, операційні та пологові відділення – 2,8 м; в) амбулаторно-поліклінічні заклади – 2 м;

Ширина коридорів при реконструкції повинна бути не менше ніж:

а) клінічні та діагностичні структурні підрозділи закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, окрім відділень інтенсивної терапії, операційних і пологових відділень –2,0 м;

б) відділення інтенсивної терапії, операційні та пологові відділення - 2,4

м; в) амбулаторно-поліклінічні заклади –1,85 м.

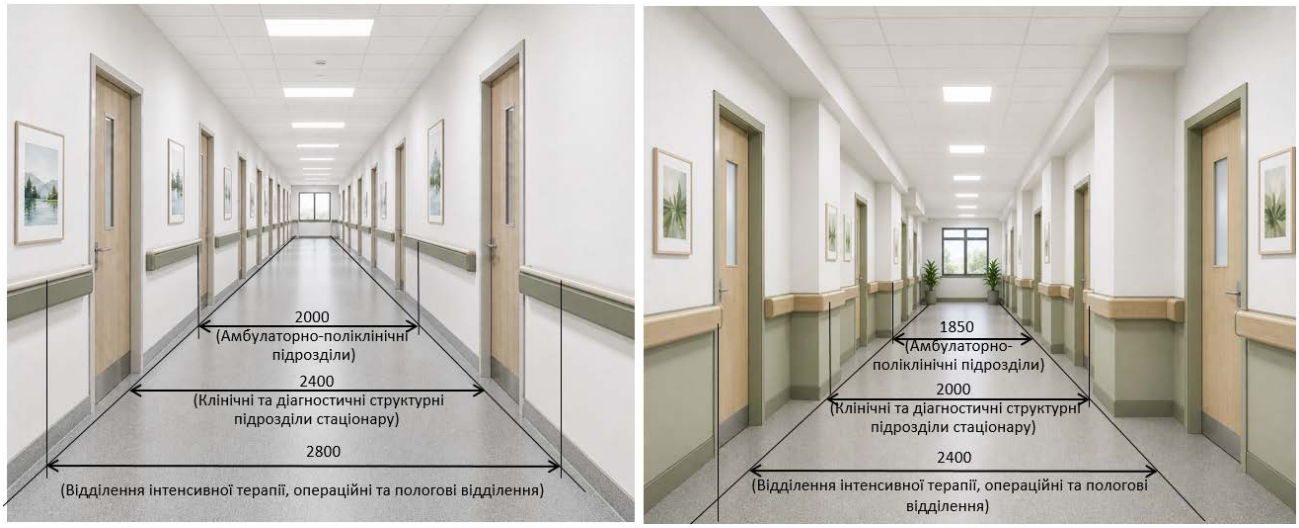



*Рисунок 4.5 – Схема вимірювання ширини коридору*

Усі зазначені розміри повинні забезпечувати чисту (вільну) ширину проходу без звуження меблями, обладнанням, інформаційними стендами та іншими елементами, розташованими в межах комунікаційного простору. Розміщення поручнів, пожежних шаф та інших стаціонарних елементів повинно здійснюватися відповідно до вимог чинних нормативних документів зі забезпеченням необхідної вільної ширини шляху руху. У місцях інтенсивного руху рекомендується передбачати локальні розширення проходів, майданчики для роз'їзду користувачів крісел колісних та безпечного маневрування каталок. Службові коридори можуть мати меншу ширину відповідно до чинних нормативних документів.

## Шляхи руху та маневрування

Шляхи руху в межах функціональних блоків повинні бути вільними від меблів, обладнання, інформаційних стендів та інших предметів, що можуть звужувати прохід або створювати перешкоди для пересування.

Дверні блоки на внутрішніх шляхах руху, зокрема міжкоридорні двері, необхідно проєктувати без порогів зі збереженням єдиного рівня покриття підлоги по обидва боки дверного прорізу. Елементи дверного блока не повинні утворювати виступів або перепадів, що перешкоджають пересуванню користувачок, які використовують крісла колісні, ходунки, а також руху пацієнток на медичних каталках і функціональних ліжках.

Ширину проходів і коридорів визначають з урахуванням характеру медико-технологічних процесів та фактичних сценаріїв їхнього використання, зокрема

можливості зустрічного руху пацієнток, переміщення жінки з особою супроводу, використання крісел колісних, ходунків, каталок і медичних ліжок (рис. 4.1).

У місцях зміни напрямку руху, біля входів до приміщень та в інших функціонально значущих точках необхідно забезпечувати достатній вільний простір для маневрування та позиціонування.

У разі обмеженої ширини окремих ділянок коридорів, насамперед під час реконструкції існуючих будівель, слід передбачати локальні розширення – роз'їзні ділянки, які забезпечують можливість безпечного зустрічного руху, маневрування та зміни напрямку пересування. Такі ділянки повинні залишатися постійно вільними і не використовуватися для розміщення місць очікування, меблів, мобільного обладнання або інших предметів.

Ніші для меблів, місць очікування, обладнання та інформаційних елементів повинні формуватися поза необхідним вільним габаритом шляху руху.

Вертикальні комунікації повинні забезпечувати безбар'єрний зв'язок між усіма поверхами та функціональними зонами закладу, доступними для пацієнток, відвідувачів і персоналу. Їхнє розташування необхідно узгоджувати із системою горизонтальних маршрутів так, щоб мінімізувати довжину переміщення користувачів та уникати необґрунтованих обходів.

Ліфти, призначені для переміщення пацієнток, відвідувачів і персоналу, повинні бути доступними для користувачок крісел колісних та осіб з іншими обмеженнями мобільності. У функціональних блоках, де передбачається транспортування пацієнток на медичних каталках або функціональних ліжках, параметри ліфтів і ліфтових холів необхідно визначати з урахуванням відповідних сценаріїв переміщення. Ліфти повинні бути забезпечені резервним електроживленням для збереження можливості вертикального переміщення пацієнток і персоналу та безперервності критично важливих медичних процесів у разі припинення основного електропостачання, зокрема під час надзвичайних ситуацій. Перед входами до ліфтів слід забезпечувати вільний простір для під'їзду, маневрування та очікування, який не звужує основний шлях руху.

Органи керування ліфтами, системи виклику та інформація про поверхи повинні бути доступними для пацієнток із різними функціональними можливостями. Візуальну інформацію доцільно дублювати звуковими сигналами, а функціонально значущі елементи – контрастними та тактильними позначеннями.

Сходи як елемент вертикальних комунікацій повинні мати безпечну геометрію, поручні, достатнє освітлення та візуально контрастне позначення початку й завершення сходового маршу. Їх розміщення не повинна створювати перешкод для безбар'єрного маршруту, який забезпечується альтернативним доступним способом вертикального переміщення.

***Ергономіка та комфорт внутрішніх комунікаційних просторів.*** Розміри, конфігурація та обладнання внутрішніх комунікаційних просторів повинні враховувати антропометричні та функціональні особливості різних категорій користувачок, характер потоків та способи переміщення пацієнток.

Уздовж протяжних маршрутів доцільно передбачати місця короткочасного відпочинку, розташовані поза межами основної смуги руху. Їхнє розміщення не повинно зменшувати необхідну ширину безбар'єрного маршруту або створювати перешкоди для транспортування пацієнток.

Психологічному та сенсорному комфорту користувачок повинні сприяти достатнє освітлення, зрозуміла просторова структура, візуальні орієнтири, контроль рівня шуму, відсутність надмірних візуальних подразників та можливість короткочасного відпочинку.

***Оздоблення.*** Матеріали оздоблення внутрішніх комунікаційних просторів повинні відповідати інтенсивності їхнього використання, вимогам безпеки та інфекційного контролю.

Матеріали та елементи оздоблення повинні:

- бути стійкими до багаторазового очищення та дезінфекції;
- мати достатню механічну міцність і зносостійкість;
- не створювати надмірного блиску та відблисків, що ускладнюють візуальне сприйняття простору й орієнтування;
- сприяти створенню сприятливого акустичного середовища;
- не створювати травмонебезпечних виступів та інших перешкод на шляхах руху.

Покриття підлоги повинно бути рівним, неслизьким, зносостійким та придатним для пересування користувачок крісел колісних, інших допоміжних засобів пересування, медичних каталок і функціональних ліжок.

У місцях інтенсивного руху медичних каталок і функціональних ліжок доцільно передбачати ударостійкий захист стін, кутів, дверних прорізів та інших конструктивних елементів. Захисні елементи не повинні звужувати необхідну ширину безбар'єрного маршруту або створювати виступи, небезпечні для користувачок.

***Висота*** вестибюлів, холів, коридорів та інших внутрішніх комунікаційних просторів повинна відповідати вимогам чинних нормативних документів і визначатися з урахуванням функціонального призначення приміщень, інженерних систем та обладнання.

Локальне зниження висоти в місцях проходження інженерних комунікацій допускається лише в межах, установлених нормативними вимогами, і не повинно створювати небезпечних або візуально дезорієнтаційних ділянок на основних маршрутах руху.

У приміщеннях і комунікаційних просторах, де передбачається використання стельових підйомних систем або іншого обладнання з верхнім кріпленням, необхідну висоту визначають з урахуванням технологічних параметрів обладнання, конструкції стелі та інженерних систем.

## 4.5. Зони очікування.

Зони очікування в закладах акушерсько-гінекологічного профілю відрізняються за функціональним призначенням, тривалістю перебування, складом пацієнток та необхідним рівнем комфорту. Їхнє розташування, місткість, планувальну організацію та оснащення слід визначати відповідно до функціональної структури закладу, інтенсивності потоків і сценаріїв користування.

Зони очікування необхідно розміщувати поза межами основних шляхів руху. У коридорах їх доцільно організовувати в межах локальних розширень, не зменшуючи необхідної вільної ширини безбар'єрного маршруту та шляхів евакуації.

У зонах очікування доцільно передбачати інформаційне забезпечення (інформаційні стенди, електронні системи виклику або інформаційні дисплеї), доступ до питної води, а за потреби – місця для заряджання мобільних пристроїв.

Для формування психологічно комфортного середовища рекомендується використовувати рівномірне штучне освітлення, спокійну колірну гаму, оздоблювальні матеріали, стійкі до інтенсивної експлуатації та дезінфекції, а також інші архітектурно-дизайнерські рішення, що сприяють зниженню психоемоційного напруження користувачок.

Поблизу зон очікування рекомендується передбачати доступні санітарно-гігієнічні приміщення для відвідувачів та відвідувачок, розташовані на зручному маршруті без необхідності проходження через функціональні або службові приміщення. Санітарні вузли повинні бути обладнані відповідно до вимог універсального дизайну та забезпечувати можливість користування жінками з інвалідністю, маломобільними групами населення, вагітними жінками, відвідувачами з дітьми та іншими користувачками, які потребують додаткового простору або спеціального обладнання.

Планувальна організація зон очікування повинна враховувати можливість одночасного перебування людей із різними антропометричними характеристиками, функціональними можливостями та способами пересування. Місця для користувачок крісел колісних необхідно інтегрувати до загальної композиції місць очікування, забезпечуючи можливість перебування поруч із членами сім'ї або особою, яка супроводжує та підтримує пацієнтку.

Меблі зон очікування повинні забезпечувати комфортне та безпечне перебування користувачок різного віку, антропометричних параметрів і функціональних можливостей, сприяти підтриманню фізіологічно комфортного положення тіла та полегшувати процес сідання і вставання.

Комплект меблів доцільно формувати за принципом різноманітності, передбачаючи можливість вибору найбільш зручного способу очікування відповідно до індивідуальних потреб користувачок. Не рекомендується обладнувати зони очікування виключно однотипними місцями для сидіння.

До складу меблів зон очікування залежно від їх функціонального призначення можуть входити стандартні та спеціалізовані крісла, дво- і тримісні лави, модулі для

короткочасного спирання, допоміжні столики, пристінні робочі поверхні та інші елементи, що забезпечують різні сценарії користування.

Під час розміщення меблів необхідно забезпечувати достатній простір для підходу та під'їзду, маневрування користувачок крісел колісних, а також можливість розташування особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку, безпосередньо поруч із нею. Меблі не повинні звужувати безбар'єрний маршрут або створювати перешкоди на шляхах евакуації.

Як приклад реалізації наведених принципів під час розробки схем умеблювання приміщень медичних закладів, зокрема зон очікування, може бути використана розроблена серія меблів. Під час її розроблення застосовано принципи ергономічного формоутворення сидіння і спинки, зокрема «лінію Акерблума», що враховує природний профіль тіла людини в положенні сидячи та підтримку поперекової ділянки (рис. 4.6).

На основі цього принципу визначено характер кривизни спинки, взаємне положення сидіння і спинки та кут їх нахилу. Сформований ергономічний профіль використано як базовий для стандартних і спеціалізованих крісел серії з подальшою адаптацією відповідно до функціонального призначення конкретної моделі.

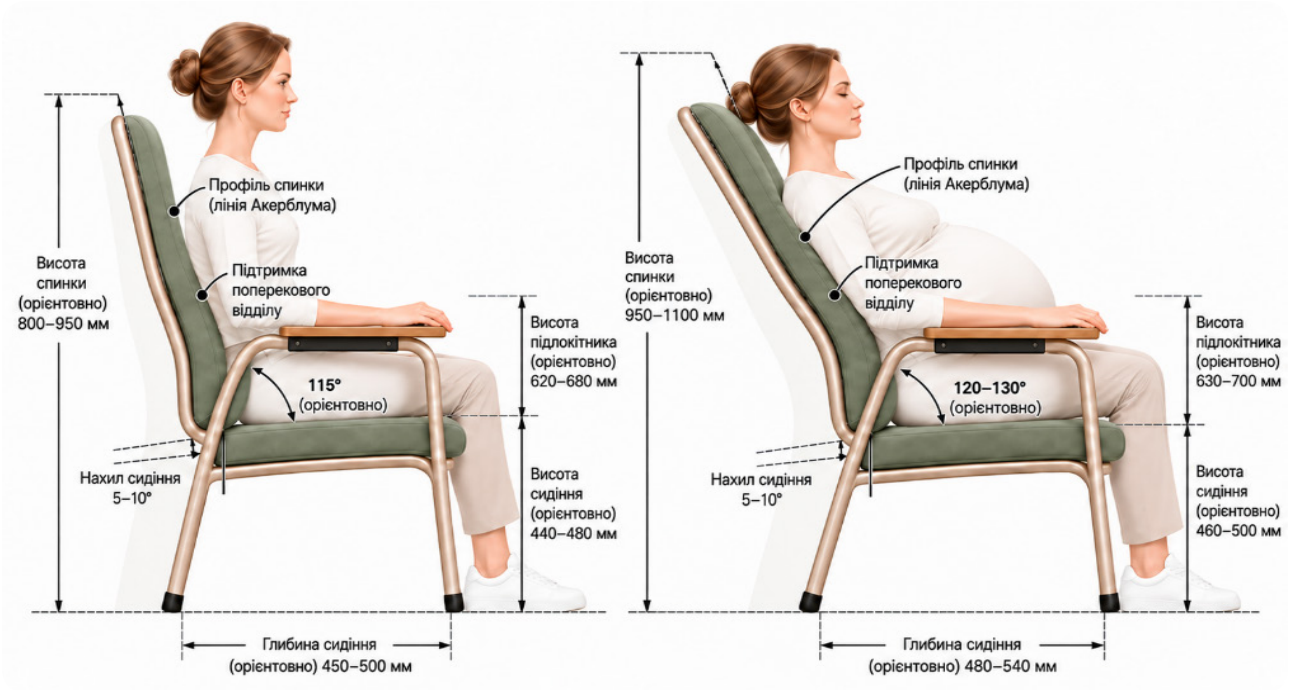



*Рисунок 4.6 – Формування ергономічного профілю сидіння та спинки крісла з урахуванням «лінії Акерблума»:*

а — профіль стандартного крісла;
б — профіль крісла підвищеної комфортності

Базовим елементом серії є **стандартне модульне медичне крісло з підлокітниками**, призначене для більшості користувачок. Форма сидіння і спинки забезпечує підтримку тіла під час очікування, а підлокітники – додаткову опору під час сідання і вставання (рис. 4.7).

Конструкція крісла може доповнюватися функціональними опціями залежно від місця та сценарію використання: відкидним столиком для заповнення документів, тримачем для палиці чи милиць, гачком для сумки, полицею для особистих речей та іншими допоміжними елементами (рис. 4.8). Такі опції дають змогу адаптувати базову модель до різних потреб користувачів без зміни загального конструктивного та стилістичного рішення серії.




*Рисунок 4.7 – Стандартне крісло для зон очікування*

Поряд зі стандартним кріслом серія включає моделі, що враховують різні антропометричні та функціональні потреби користувачок.

**Баріатричне (широке) крісло** має посилену конструкцію, розширене посадкове місце та підвищену вантажопідйомність і призначене для безпечного та комфортного користування жінками з більшими антропометричними параметрами.

**Крісло з підвищеною висотою сидіння** призначене для користувачок, яким складно сідати на стандартне сидіння та вставати з нього, зокрема жінок старшого віку, користувачок із протезами нижніх кінцівок та інших жінок з обмеженнями рухливості нижніх кінцівок.

**Крісло підвищеної комфортності** з високою спинкою та можливістю регулювання кута її нахилу призначене насамперед для вагітних жінок, людей старшого віку, ослаблених пацієнток та інших користувачок, для яких тривале перебування у стандартному положенні сидячи є незручним (Рис. 4.8 ).




*Рисунок 4.8 – Типи крісел для зон очікування медичних закладів:*

а – баріатричне (широке) крісло;
б – крісло підвищеної висоти;
в – крісло підвищеної комфортності

Функціональність окремих моделей може розширюватися за рахунок додаткового оснащення, інтегрованого безпосередньо в конструкцію меблів. Гачок для сумки дозволяє не розміщувати особисті речі у проході або на сусідньому сидінні; тримач для тростини чи милиць забезпечує їх розташування в межах досяжності користувачок і запобігає падінню; відкидна робоча поверхня може використовуватися для документів, телефона, планшета або невеликих особистих речей і в складеному стані не збільшує габаритів виробу. Таке оснащення має бути конструктивно й візуально підпорядковане основній формі меблів.




*Рисунок 4.9 – Варіанти функціонального оснащення крісел:*

а – з відкидною робочою поверхнею;
б – тримачами для тростин і милиць;
в – гачками для сумок та полицями для особистих речей

Серія лав передбачає дво- і тримісні моделі, варіанти з інтегрованим столиком, а також лаву з інтегрованим місцем для користувача крісла колісного. Вільне місце для розміщення крісла колісного є частиною загального меблевого модуля, що дає змогу забезпечити необхідний простір для пацієнтки та її перебування поруч із членами сім'ї або особою, яка її супроводжує, без відокремлення від інших користувачів зони очікування (Рис. 4.10 – 4.11).




*Рисунок 4.10 – Лави для зон очікування:*

а – двомісна лава;
б – лава з інтегрованим столиком




*Рисунок 4.11 – Лава з інтегрованим місцем для користувачок крісла колісного або дитячого візка*

Окрім традиційних сидінь, до серії включено модуль для короткочасного спирання. Він призначений для користувачок, яким незручно або складно повністю сідати, але необхідна опора під час нетривалого очікування. Такий модуль дає можливість змінювати положення тіла та розширює вибір способів очікування (рис. 4.12). Журнальні столики можуть використовуватися для формування локальних груп очікування та розміщення особистих речей.



*Рис. 4.12. Модуль для короткочасного спирання*



*Рис. 4.13. Приклад використання мобільного приставного столика на коліщатках*

***Зона очікування вхідного блоку*** повинна бути безпосередньо пов’язана з інформаційно-довідковим пунктом або реєстратурою та системою навігації, але не перешкоджати основному напрямку руху. Її організація має забезпечувати можливість короткочасного очікування пацієнток та осіб, які їх супроводжують, до завершення первинного інформування, реєстрації та вільного переходу до подальшого маршруту пацієнтки.

Для цієї зони характерне найбільше навантаження та найбільша різноманітність користувачок. Відвідувачки перебувають у верхньому одязі, можуть мати із собою дитячі візки, багаж або інші особисті речі. Тому зона повинна бути більш просторою, забезпечувати вільний розподіл потоків і достатню кількість місць для сидіння.

## 4.6 Загальні принципи організації санітарно-гігієнічних приміщень

Санітарно-гігієнічні приміщення є обов'язковою частиною функціональної організації закладів акушерсько-гінекологічного профілю. Їх склад, кількість, розміщення та функціональний взаємозв’язок визначаються призначенням відповідного підрозділу, характером перебування пацієнток і відвідувачів, тривалістю їх перебування, потребою в санітарно-гігієнічному догляді, а також вимогами чинних нормативних документів. Основні типи санітарно-гігієнічних приміщень та вимоги до їх розміщення наведено в ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров’я. Основні положення», зокрема у розділі 6.3 та таблиці 1.

При їх проєктуванні необхідно забезпечувати безпечне, доступне та гідне користування для всіх категорій пацієнток, у тому числі жінок з інвалідністю та інших маломобільних користувачів. Планувальні рішення мають передбачати можливість як самостійного користування, так і отримання допомоги від працівника закладу або особи, що супроводжує з урахуванням використання крісел колісних, ходунків, милиць, тростин та інших засобів підтримки. Особливого значення набувають достатній простір для переміщення і маневрування, відсутність перешкод на маршрутах руху, безпечне розташування обладнання та забезпечення приватності.

Організація санітарно-гігієнічних приміщень має відповідати вимогам інфекційного контролю. Матеріали та оздоблення повинні бути вологостійкими, стійкими до регулярного очищення і дезінфекції, а планувальні рішення – забезпечувати можливість зручного прибирання та санітарного обслуговування приміщень. Санітарно-гігієнічне обладнання встановлюють відповідно до вимог ДСП 354 та ДБН В.2.2-40.

При виборі планувального рішення необхідно враховувати умови нового будівництва та реконструкції. У новому будівництві необхідний склад санітарно-гігієнічних функцій доцільно передбачати відповідно до функціональної структури закладу. При реконструкції рішення визначаються також наявними планувальними можливостями будівлі, що може зумовлювати організацію окремих санітарно-гігієнічних функцій на рівні відділення.

Склад основних типів санітарно-гігієнічних приміщень та особливості їх застосування у різних функціональних блоках закладу наведено в наступних підрозділах. Нормативні вимоги та приклади їх архітектурно-планувального вирішення розглядаються з урахуванням чинних нормативних документів та наданого альбому типових рішень.

Залежно від функціонального призначення, складу та організації закладу акушерсько-гінекологічного профілю санітарно-гігієнічні приміщення можна поділити на такі основні типи:

***Туалет загального користування*** – санітарно-гігієнічний функціональний блок для пацієнток, відвідувачів та інших користувачів закладу, що може включати санітарні кабінки та умивальну зону. У його складі можуть передбачатися стандартні та доступні санітарні кабінки відповідно до контингенту користувачів.

***Універсальне санітарно-гігієнічне приміщення*** – приміщення, призначене для доступного користування працівниками, пацієнтками та відвідувачами, у тому числі жінками з інвалідністю та іншими маломобільними користувачками. Його проєктування здійснюється відповідно до вимог ДБН В.2.2-40.

***Санітарно-гігієнічне приміщення при палаті*** – приміщення, що забезпечує основні санітарно-гігієнічні потреби пацієнтки безпосередньо при палаті (рис. 4.14).

***Санітарно-гігієнічне приміщення із зоною для душа*** – нормативний тип санітарно-гігієнічного приміщення, розрахований на можливість заїзду та маневрування в ньому жінок, які пересуваються на кріслах колісних. Таке приміщення включає умивальник, унітаз та зону для душу з відповідним обладнанням.

***Санітарно-гігієнічне приміщення індивідуальної пологової палати*** – санітарно-гігієнічне приміщення, функціонально пов'язане з індивідуальною пологовою палатою та організоване з урахуванням особливостей перебування жінки під час пологів і після них, зокрема може включати ванну, якщо це відповідає санітарно-гігієнічним і медичним вимогам.

***Санітарно-гігієнічне приміщення з розширеними функціями*** доцільно передбачати в усіх основних функціональних блоках закладу охорони здоров'я, оскільки стандартне доступне санітарно-гігієнічне приміщення не забезпечує потреб усіх категорій користувачок. Таке приміщення призначене для пацієнток, які не можуть самостійно виконати пересідання на унітаз, потребують допомоги однієї або двох осіб, використання підйомника, переодягання чи проведення гігієнічних процедур у горизонтальному положенні. Його обладнання регульованою кушеткою, стельовою підйомною системою, доступним душовим простором, унітазом із можливістю допомоги з обох боків, умивальником та засобами екстреного виклику дає змогу забезпечити гідність, приватність і безпеку жінки та зменшити фізичне навантаження на персонал і осіб, які її супроводжують. Таке приміщення **не замінює** звичайні доступні санітарно-гігієнічні приміщення, а доповнює їх, формуючи повний спектр умов для користувачок із різними функціональними можливостями (рис. 5.13).

***Приміщення або функціональна зона для догляду за немовлям*** – простір, призначений для виконання санітарно-гігієнічних процедур, купання, сповивання та іншого догляду за дитиною. Залежно від планувальної структури він може бути організований як окреме приміщення або як функціональна зона у складі палати чи іншого санітарно-гігієнічного приміщення. Для палат сумісного перебування матері та дитини ДБН передбачає раковину для купання немовлят при реконструкції, а при новому будівництві – сповивальну станцію з ванною для купання немовляти .

***Склад і розміщення*** санітарно-гігієнічних приміщень визначаються функціональним призначенням підрозділу, характером перебування пацієнток та відвідувачів, тривалістю перебування і потребою в санітарно-гігієнічному догляді. Вибір конкретного типу приміщення здійснюється з урахуванням нормативних вимог та планувальних можливостей будівлі.



*Рисунок 4.14 – Санітарно-гігієнічне приміщення при палаті*

## Основні параметри доступності

При проєктуванні санітарно-гігієнічних приміщень необхідно забезпечувати достатні габарити для проходу, під'їзду, маневрування та трансферу пацієнтки. Двері всередині будівлі проєктують без порогів; на шляхах руху також не допускаються пороги.

Душова зона у санітарно-гігієнічних приміщеннях повинна бути організована без піддона або бортика, з можливістю безперешкодного заїзду в кріслі колісному. У новому будівництві душовий трап влаштовують в одному рівні з підлогою, із відповідним ухилом до трапа. Зона обладнується поручнями, відкидним сидінням та ручним душем.

У зоні унітаза необхідно передбачати простір для під'їзду в кріслі колісному та трансферу, поручні з урахуванням способу переміщення пацієнтки. Умивальник має забезпечувати можливість під'їзду в кріслі колісному; рекомендована висота його верхньої площини – 800–850 мм, із вільним простором під умивальником для ніг. Органи керування, змішувачі та інше обладнання повинні бути доступними для користувачки в положенні сидячи.

При проєктуванні санітарно-гігієнічних приміщень необхідно забезпечувати достатні габарити для проходу, під'їзду, маневрування та трансферу пацієнтки. Двері всередині будівлі проєктують без порогів; на шляхах руху також не допускаються пороги.

Для забезпечення маневрування в кріслі колісному необхідно передбачати вільну зону розвороту діаметром не менше ніж 1500 мм. Її слід враховувати при організації входу, підходів до основного обладнання та всередині санітарно-гігієнічного приміщення.

Душова зона у санітарно-гігієнічних приміщеннях повинна бути організована без піддона або бортика, з можливістю безперешкодного заїзду в кріслі колісному. У новому будівництві душовий трап влаштовують в одному рівні з підлогою, із відповідним ухилом до трапа. Зона обладнується поручнями, відкидним сидінням та ручним душем.

У зоні унітаза необхідно передбачати простір для під'їзду в кріслі колісному та трансферу, поручні з урахуванням способу переміщення пацієнтки. Умивальник має забезпечувати можливість під'їзду в кріслі колісному; рекомендована висота його верхньої площини – 800–850 мм, із вільним простором під умивальником для ніг. Органи керування, змішувачі та інше обладнання повинні бути доступними для користувачки в положенні сидячи.

## 4.7. Приміщення та робочі місця персоналу

Інклюзивність закладу охорони здоров'я повинна поширюватися не лише на пацієнток, відвідувачів та відвідувачок, а й на медичний та допоміжний персонал. Працівники та працівниці з інвалідністю можуть здійснювати клінічну, хірургічну, діагностичну, реабілітаційну, лабораторну, фармацевтичну, адміністративну, наукову, освітню та телемедичну діяльність. Визначальними мають бути професійна кваліфікація працівника/ці, характер його/її трудових функцій та можливість їх безпечного виконання за наявності необхідних умов і розумного пристосування, а не сам факт інвалідності. Перелік професій і посад не повинен обмежуватися видом функціонального порушення.

Архітектурно-планувальні рішення приміщень персоналу рекомендується формувати з урахуванням можливості їх використання працівниками з різними функціональними можливостями, зокрема особами, які користуються кріслами колісними, мають порушення слуху, зору або функцій верхніх кінцівок.

Робочі місця мають забезпечувати можливість самостійного під'їзду, розвороту та зміни положення крісла колісного, вільний простір під робочою поверхнею, доступність обладнання, засобів зв'язку, систем зберігання та елементів керування. Доцільно застосовувати робочі столи та інші поверхні регульованої або доступної висоти, а обладнання і витратні матеріали розміщувати в межах зони досяжності.

Для працівників та працівниць з порушеннями слуху системи виклику, оповіщення та аварійної сигналізації рекомендується дублювати візуальними, а за потреби — вібраційними сигналами. Для працівників та працівниць з порушеннями зору слід забезпечувати логічну й передбачувану організацію простору, відсутність небезпечних перешкод на шляхах руху, контрастне або тактильне маркування та можливість використання допоміжних цифрових технологій.

Рекомендується забезпечувати безбар'єрний маршрут від входу для персоналу до робочих приміщень, гардеробних, санітарно-побутових приміщень, кімнат відпочинку та захищених просторів. Маршрути пересування працівників, які користуються кріслами колісними або іншими засобами мобільності, не повинні перетинатися з зонами тимчасового зберігання обладнання чи створювати перешкоди для основних технологічних потоків.

***Санітарно-побутові приміщення персоналу*** проєктуються з урахуванням чисельності працівників/ць, характеру їх роботи та санітарно-протиепідемічного режиму. До їх складу можуть входити туалет, умивальна зона, душова та гардеробна з індивідуальними шафами для зберігання домашнього і робочого одягу. У структурних підрозділах із невеликою чисельністю персоналу окремі функції можуть розміщуватися у суміжних приміщеннях або об'єднуватися в одному санітарно-побутовому приміщенні. За таких умов доцільно передбачати душову зону, унітаз, умивальник та шафи для роздільного зберігання домашнього і робочого одягу. Планування має забезпечувати зручне переодягання, виконання гігієнічних процедур та дотримання санітарно-протиепідемічного режиму (рис. 4.15).

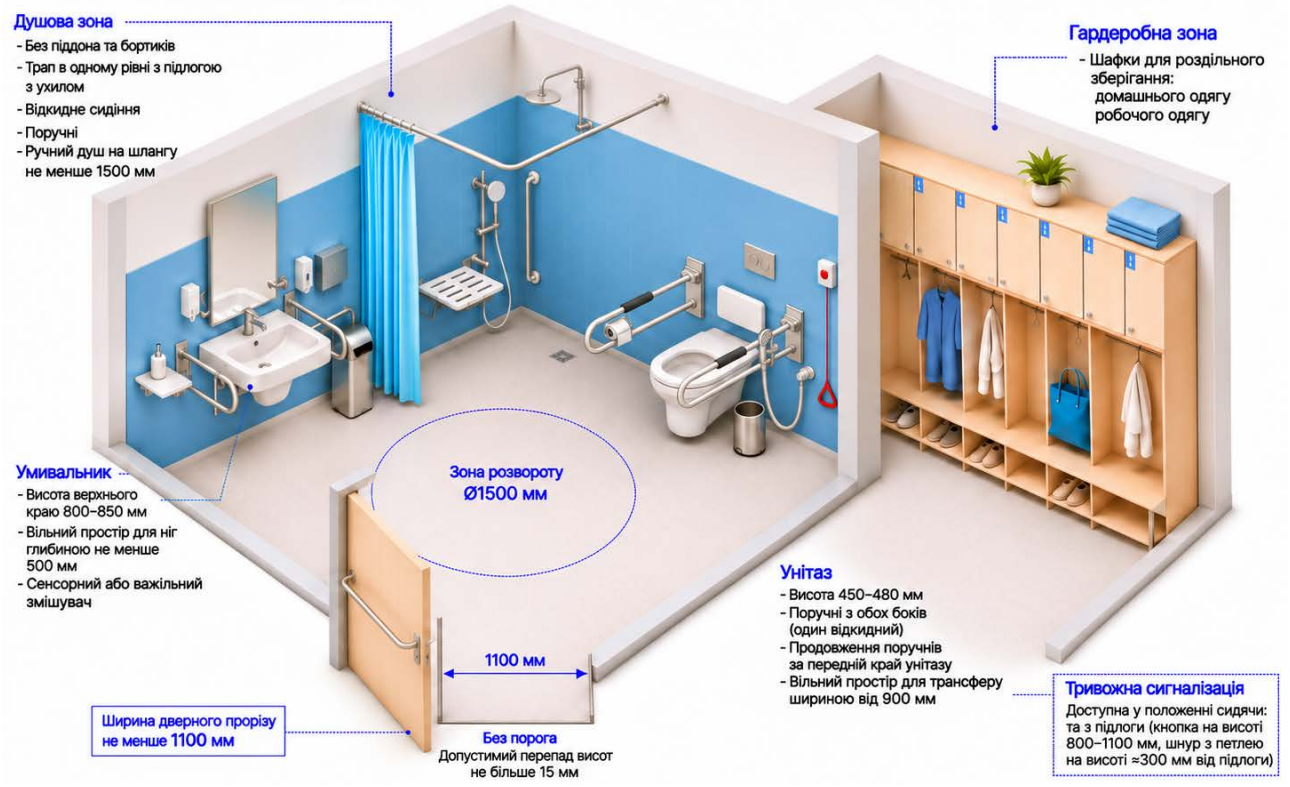



*Рисунок 4.15 – Санітарно-побутові приміщення персоналу*

## 4.8. Вимоги до організації функціональних блоків

Функціонально-планувальна структура закладу охорони здоров'я має забезпечувати чіткий розподіл приміщень за їх призначенням, раціональні взаємозв'язки між функціональними блоками та мінімізацію необґрунтованих переміщень пацієнтів, відвідувачів і персоналу.

Планувальна організація кожного функціонального блоку має відповідати характеру процесів, що в ньому відбуваються, складу користувачок та необхідному рівню приватності, санітарно-гігієнічному і протиепідемічному режиму.

Організацію доступу користувачок до функціональних підрозділів закладу охорони здоров'я слід визначати відповідно до його структури та потужності. У самостійних амбулаторних закладах доцільно застосовувати централізовану модель, за якої реєстрація, інформування та первинна маршрутизація здійснюються у вестибюлі або у безпосередньо пов'язаній з ним зоні.

У багатофункціональних закладах доцільно застосовувати централізовано-децентралізовану модель доступу: у головному вестибюлі передбачають інформаційно-довідковий пункт для первинного інформування, орієнтації та маршрутизації користувачок, а функції реєстрації, приймання або оформлення організовують безпосередньо у відповідних функціональних блоках згідно з характером їхньої діяльності.

Незалежно від застосованої моделі весь маршрут – від входу на територію до місця отримання медичної послуги – повинен формуватися як безперервна та зрозуміла система переміщення пацієнток і відвідувачів між функціональними блоками.

## 4.9. Освітлення, колір, матеріали та сенсорний комфорт

Природне освітлення слід максимально використовувати у приміщеннях тривалого перебування пацієнток і персоналу, якщо це не суперечить функціональним, санітарно-гігієнічним та безпековим вимогам. Організація природного і штучного освітлення повинна враховувати функціональне призначення приміщень, тривалість перебування пацієнток і персоналу, відвідувачів, характер виконуваних зорових завдань, необхідність запобігання засліпленню та створення комфортного світлового середовища. Під час розробки системи освітлення слід орієнтуватись на вимоги ДБН В.2.5-28:2018 «Природне і штучне освітлення».

У приміщеннях, де за технологічними або планувальними вимогами неможливо забезпечити природне освітлення, рекомендується застосовувати передбачені державними будівельними нормами методи перенесення денного світла (світлові шахти, світловоди, світлові ліхтарі та інші архітектурно-технічні рішення). Такі рішення сприяють поліпшенню візуального комфорту, підтриманню природних циркадних ритмів пацієнток і персоналу, зменшенню психоемоційного навантаження та створенню сприятливого внутрішнього середовища.

За неможливості використання природного або перенесеного денного освітлення необхідно забезпечити штучне освітлення відповідно до функціонального призначення

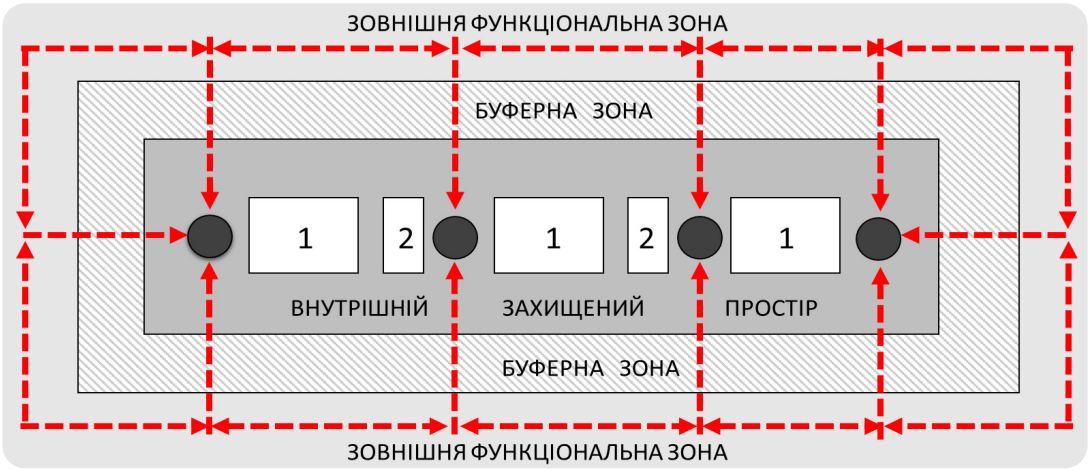
приміщення з дотриманням нормативних вимог щодо освітленості, рівномірності, кольоропередачі та обмеження осліплювальної дії.

На шляхах евакуації, у вертикальних комунікаційних вузлах, приміщеннях захисної споруди цивільного захисту та інших критично важливих зонах необхідно передбачати аварійне освітлення з резервним електроживленням, що забезпечує безпечне орієнтування та евакуацію користувачів у разі відмови основного електропостачання.

## 4.10 Багаторівнева просторово-ієрархічна система організації захищеного середовища

В умовах постійної потенційної загрози під час проєктування закладів охорони здоров'я, зокрема нових акушерсько-гінекологічних закладів рекомендується застосовувати принцип багаторівневої просторово-ієрархічної організації захищеного середовища, що ґрунтується на поетапному підвищенні рівня пасивного захисту користувачів.

- I рівень – зовнішня функціональна зона – найнижчий рівень пасивного захисту.
- II рівень – буферна комунікаційна зона – проміжний демпферний рівень між зовнішньою функціональною зоною та внутрішнім захищеним простором.
- III рівень – внутрішній захищений простір – підвищений рівень пасивного захисту.
- IV рівень – захисна споруда цивільного захисту – найвищий рівень захисту (рис.4.16).




**Умовні позначення**

Зовнішня функціональна зона - амбулаторні відділення для дорослих і дітей; консультативно-діагностичні кабінети; адміністративно-господарські приміщення

Буферна зона — коридори та розташовані вздовж них санітарно-гігієнічні та допоміжні приміщення

Внутрішній захищений простір: 1 - стаціонарні відділення, пологові блоки, операційний блок, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, післяопераційні палати; 2 - приміщення для перебування відвідувачів амбулаторного блоку, лікарів та персоналу

Вертикальні комунікаційні вузли

маршрут переміщення до захищеного простору / захисної споруди

*Рисунок 4.16 – Принципова модель функціонально-безпекового зонування*

Буферна комунікаційна зона є проміжним рівнем пасивного захисту між зовнішньою функціональною зоною та внутрішнім захищеним простором. Вона виконує функцію просторового демпфера, що сприяє зниженню впливу факторів ураження на внутрішні функціональні зони будівлі. До її складу можуть входити коридори, холи, рекреації та розташовані вздовж них санітарно-гігієнічні й допоміжні приміщення.

Функціонально-безпекова структура закладів охорони здоров'я повинна забезпечувати:

- розміщення функціональних блоків відповідно до необхідного рівня пасивного захисту;
- безбар'єрний доступ до всіх функціональних зон та захисної споруди цивільного захисту;
- мінімізацію маршрутів переміщення користувачок;
- безперервність надання медичної допомоги під час надзвичайних ситуацій;
- можливість поетапного переміщення пацієнток, персоналу та відвідувачів до просторів із вищим рівнем захисту.

У разі об'єднання в межах однієї будівлі амбулаторних, стаціонарних, операційних та пологових підрозділів формування функціонально-планувальної структури доцільно здійснювати з урахуванням мобільності пацієнток, можливості їх переміщення та необхідності безперервного медичного супроводу.

***Зовнішня функціональна зона*** – формується вздовж зовнішнього периметра будівлі. Приміщення зовнішньої функціональної зони мають найбільшу експозицію до зовнішнього середовища та потенційного впливу повітряної ударної хвилі, уламків конструкцій та інших факторів ураження. Для зменшення можливих наслідків ураження можуть застосовуватися захисні фасадні елементи — решітки, екрани та інші конструктивні рішення, здатні зменшувати ризик безпосереднього впливу уламків на огороджувальні конструкції.

До зовнішньої функціональної зони доцільно відносити приміщення, у яких переважно перебувають мобільні користувачі, здатні самостійно або за мінімальної допомоги персоналу переміститися до внутрішнього захищеного простору. Зокрема:

- амбулаторні відділення;
- консультативно-діагностичні кабінети;
- денний стаціонар;
- адміністративні приміщення;
- адміністративно-господарські приміщення.

У разі виникнення повітряної тривоги пацієнтки, персонал і відвідувачі зовнішньої функціональної зони повинні мати можливість оперативно перейти до внутрішнього захищеного простору. У разі тривалої або безпосередньої загрози - переміститись до захисної споруди цивільного захисту в підвальному поверсі.

***Внутрішній захищений простір*** має забезпечити безперервне функціонування критично важливих медичних підрозділів без необхідності повної евакуації пацієнток під

час повітряної тривоги. Підвищення рівня пасивного захисту досягається віддаленням функціональних приміщень від зовнішніх фасадів та послідовним розташуванням між ними додаткових просторових і конструктивних бар'єрів – внутрішніх стін, перегородок, коридорів, холів та інших приміщень. До його складу доцільно включати:

- вертикальні комунікаційні вузли;
- стаціонарні відділення;
- пологові блоки;
- операційний блок;
- відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- післяопераційні палати;
- інші підрозділи, евакуація яких є складною або неможливою без припинення лікувального процесу.

У структурі внутрішнього захищеного простору необхідно передбачати приміщення для тимчасового перебування відвідувачів амбулаторного блоку, осіб, які супроводжують пацієнток, та персоналу під час повітряної тривоги (рис. 4.17).




*Рисунок 4.17 – Приклад облаштування приміщення для перебування відвідувачів амбулаторного блоку під час повітряної тривоги*

Для забезпечення швидкої та однозначної орієнтації шлях до укриття рекомендується позначати системою добре видимих навігаційних покажчиків із текстовим написом «Укриття», напрямною стрілкою та зрозумілою піктограмою, що враховує користування простором маломобільними групами населення. Покажчики повинні мати високий контраст між фоном, написами та графічними символами і залишатися легко розпізнаваними за різних умов освітлення. Допускається застосування різних

контрастних колірних поєднань, однак колір не повинен бути єдиним засобом передавання інформації: напрямок руху та призначення маршруту мають однозначно визначатися текстом, стрілкою і піктограмами. Усі покажчики в межах будівлі доцільно виконувати в єдиній графічній системі та розміщувати послідовно вздовж усього маршруту до укриття, особливо в місцях зміни напрямку руху, біля сходово-ліфтових вузлів, перехресть коридорів і входів до захищеної зони.

**Вертикальна структура будівлі** повинна забезпечувати послідовне підвищення рівня пасивного захисту від верхніх рівнів будівлі до підвальних приміщень. Доцільно передбачати такі просторові рівні:

- технічний поверх як можливий додатковий просторовий буфер верхніх рівнів будівлі;
- функціональні поверхи;
- підземний рівень із захисною спорудою цивільного захисту.

Усі функціональні поверхи повинні мати узгоджену логіку планувальної організації, що спрощує навігацію та організацію евакуації.

Вертикальні комунікаційні вузли рекомендується рівномірно розміщувати між функціональними відділеннями внутрішнього захищеного простору. Кожний вузол повинен забезпечувати:

- двосторонній доступ із суміжних функціональних блоків;
- безбар’єрне вертикальне переміщення;
- безпосередній зв’язок із захисною спорудою цивільного захисту.

Кількість вертикальних комунікаційних вузлів визначається планувальною структурою та розмірами будівлі.

Захисну споруду цивільного захисту доцільно розміщувати у підземному поверсі будівлі, оскільки це забезпечує найвищий рівень захисту від повітряної ударної хвилі, уламків будівельних конструкцій та інших факторів ураження. Інтеграція захисної споруди в структуру закладу скорочує маршрути евакуації, виключає необхідність переміщення пацієнток відкритою територією та забезпечує безперервність надання медичної допомоги, що є особливо важливим для маломобільних пацієнток, породіль, новонароджених і пацієнток, які потребують безперервного медичного супроводу. Склад приміщень і місткість захисної споруди визначаються чинними нормативними документами.

Запропонована багаторівнева просторово-ієрархічна система є основою функціонально-планувальної організації акушерсько-гінекологічного закладу та визначає принципи розміщення функціональних підрозділів залежно від необхідного рівня пасивного захисту, мобільності користувачок і вимог до безперервності лікувально-діагностичного процесу.

# Розділ 5.
# ФУНКЦІОНАЛЬНІ БЛОКИ

## 5.1. Загальні вимоги до функціональних блоків

Функціональні блоки закладу охорони здоров'я проєктують відповідно до їхнього призначення, медико-технологічних процесів і складу користувачок, із дотриманням принципів універсального дизайну, безбар'єрності, людиноцентричності, безпеки, приватності та інфекційного контролю.

Загальні вимоги до доступності території, входів, вертикальних і горизонтальних комунікацій, дверей і дверних прорізів, навігації, інформаційної та комунікаційної доступності, санітарно-гігієнічних приміщень, а також габаритів простору для пересування різних пацієнток приймають відповідно до положень, наведених у попередніх розділах цих Методичних рекомендацій. У підрозділах, присвячених окремим функціональним блокам, зазначені вимоги повторно не наводять, а конкретизують лише ті рішення, які зумовлені функцією відповідного блоку або приміщення.

Планувальна організація функціональних блоків повинна забезпечувати зрозумілу послідовність приміщень, мінімізацію необґрунтованих переміщень користувачок, зручні зв'язки між функціонально пов'язаними приміщеннями та можливість безпечного переміщення пішки, з використанням допоміжних засобів мобільності, крісел колісних, каталок, медичних ліжок та іншого необхідного обладнання. Загальний принцип розміщення функціональних блоків у структурі закладу та їхнє співвідношення із зовнішньою, буферною і внутрішньою захищеною зонами визначають відповідно до функціонально-просторової організації закладу, наведеної в першому розділі Методичних рекомендацій.

### Шляхи руху та маневрування

Шляхи руху в межах функціональних блоків повинні бути безпороговими, вільними від меблів, обладнання, інформаційних стендів та інших предметів, ***що*** можуть звужувати прохід або створювати перешкоди для пересування.

### Вільний функціональний простір

Площа приміщення визначається не лише габаритами встановлених меблів та обладнання, а й простором, необхідним для їхнього безпечного використання.

Біля медичного ліжка, кушетки, оглядового або гінекологічного крісла, процедурного місця та іншого обладнання має бути передбачено достатній вільний простір для:

- підходу та позиціювання пацієнтки;
- використання крісла колісного чи іншого допоміжного засобу;

- самостійного або підтримуваного трансферу;
- роботи медичного персоналу;
- підведення мобільного медичного, трансферного чи підйомного обладнання;
- перебування особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку, якщо її присутність відповідає функції приміщення;
- швидкого звільнення робочої зони в разі необхідності надання невідкладної допомоги.
- Розташування меблів і обладнання не повинно змушувати користувачку виконувати складні або небезпечні маневри чи перетинати робочі зони персоналу.

## Особа, яка супроводжує та підтримує пацієнтку

У приміщеннях, де характер медичної допомоги або стан пацієнтки може передбачати присутність особи, яка її супроводжує та підтримує, необхідно облаштувати відповідне місце.

Таке місце не повинно розташовуватися в проході, зоні маневрування, зоні трансферу або робочій зоні персоналу. Його організація має забезпечувати можливість безпосередньої комунікації та підтримки пацієнтки й водночас не перешкоджати медичним маніпуляціям, підведенню обладнання та швидкому доступу персоналу.

## Візуальна та сенсорна організація середовища

Функціонально важливі елементи середовища повинні чітко відрізнятися від фону. Контраст доцільно забезпечувати для дверей і дверних коробок, ручок, поручнів, меблів, санітарного обладнання, кнопок виклику, елементів керування та інших об’єктів, які необхідно швидко знайти або ідентифікувати.

Колірне кодування не повинно бути єдиним способом передавання інформації. Його слід поєднувати з текстом, піктограмами, формою та іншими доступними засобами орієнтування.

Простір має бути логічним і передбачуваним, без надлишкової кількості декоративних та інформаційних елементів. Освітлення повинно забезпечувати достатню видимість обличчя співрозмовника, функціонально важливих предметів та інформації, не створювати засліплення, мерехтіння або різких перепадів яскравості.

## Інформаційна та комунікаційна доступність

Засоби інформаційної та комунікаційної доступності застосовують відповідно до загальних вимог цих Методичних рекомендацій. У місцях безпосередньої комунікації пацієнтки з персоналом, залежно від функції приміщення, має бути передбачена можливість використання:

- індукційної петлі;
- письмової або текстової комунікації;
- візуальних матеріалів і піктограм;
- дистанційного перекладу українською жестовою мовою;

- візуального дублювання звукових сигналів і повідомлень;
- інших засобів альтернативної та додаткової комунікації.

У чинному тексті ці рішення вже детально сформульовані для приймально-оглядового приміщення: індукційна петля, дистанційний переклад жестовою мовою, альтернативна комунікація та мультимодальне дублювання сигналів. Після перенесення їх до цього загального підрозділу в описах конкретних приміщень достатньо буде зазначати тільки місце або специфіку їхнього застосування.

### Виклик допомоги та безпека

Засоби виклику допомоги повинні бути чітко ідентифікованими, контрастними та доступними з тих положень, у яких пацієнтка може перебувати під час штатного сценарію використання приміщення.

У приміщеннях тривалого перебування, оглядових, процедурних та санітарно-гігієнічних кімнатах розташування засобів виклику визначають з урахуванням можливості погіршення стану, падіння або тимчасової втрати мобільності.

Планування повинно забезпечувати можливість швидкого доступу персоналу до пацієнтки та, якщо цього потребує функція приміщення, швидкої зміни штатного сценарію надання допомоги на невідкладний.

### Меблі, медичне обладнання та організація трансферу

Меблі та медичне обладнання у приміщеннях, де здійснюються огляд, лікування, догляд, діагностичні або процедурні маніпуляції, повинні забезпечувати можливість користування ними пацієнток з різними функціональними можливостями без необхідності застосування спеціалізованого обладнання для окремих категорій користувачок.

Під час вибору та розміщення меблів і медичного обладнання необхідно передбачати:

- регульовані за висотою кушетки, оглядові та процедурні столи, гінекологічні крісла, функціональні й медичні ліжка у приміщеннях, де пацієнтки переходять із положення сидячи у положення лежачи або напівлежачи; діапазон регулювання має забезпечувати максимально зручний рівень для самостійного або підтриманого трансферу;
- для ліжок та іншого обладнання, призначеного для бічного трансферу з крісла колісного, – можливість опускання поверхні приблизно до рівня сидіння крісла колісного; для відповідних типів медичних ліжок нижнє положення 400 – 450 мм від рівня підлоги може забезпечувати зручніші умови такого трансферу;
- знімні, відкидні або такі, що опускаються, бічні огородження та підлокітники, якщо вони можуть перешкоджати бічному трансферу;
- вільний підхід до обладнання з боку, з якого виконується трансфер, та достатній простір для розміщення крісла колісного, допоміжного засобу, працівника/ці або супроводжуючої особи;
- вільну зону розвороту крісла колісного діаметром не менше ніж 1500 мм у ключових місцях користування приміщенням: біля входу, біля основного місця

надання допомоги – медичного ліжка, кушетки, оглядового або гінекологічного крісла – та в санітарно-гігієнічному приміщенні, якщо воно входить до складу приміщення або безпосередньо з ним пов'язане;

- можливість використання трансферних дощок, ковзних простирадл, мобільних підйомників та інших допоміжних засобів без переставляння основних меблів і блокування шляхів руху;
- мобільні або стаціонарні підйомні системи у приміщеннях, де характер медичної допомоги або склад пацієнток передбачає необхідність підтриманого переміщення; траєкторія роботи підйомного обладнання повинна охоплювати основні точки трансферу, а за потреби – забезпечувати переміщення між ліжком, санітарно-гігієнічним приміщенням та іншими функціонально пов'язаними зонами;
- настінні, підлогові або стельові опори та інші засоби позиціювання там, де вони необхідні відповідно до функції приміщення, для підтримання стійкого положення тіла, зміни пози або виконання медичних і побутових дій;
- розміщення мобільного обладнання та допоміжних засобів так, щоб у неробочому стані вони не займали зони маневрування, трансферу та основні проходи.

Основним принципом організації простору біля медичного обладнання є можливість безпечного самостійного або підтримуваного переміщення пацієнтки, вибору зручного положення тіла та одночасного доступу медичного персоналу й, за потреби, особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку.

## Покриття підлоги

У приміщеннях функціональних блоків слід застосовувати рівне, тверде, неслизьке та стійке до колісного навантаження покриття підлоги, придатне для регулярного очищення й дезінфекції. Покриття не повинно створювати надмірного опору під час пересування в кріслі колісному, на каталці чи медичному ліжку, а також під час використання мобільного обладнання. У приміщеннях із підвищеними санітарно-гігієнічними вимогами перевагу слід надавати безшовним або мінімально шовним покриттям.

## 5.2. Амбулаторний блок

### 5.2.1 Загальні положення

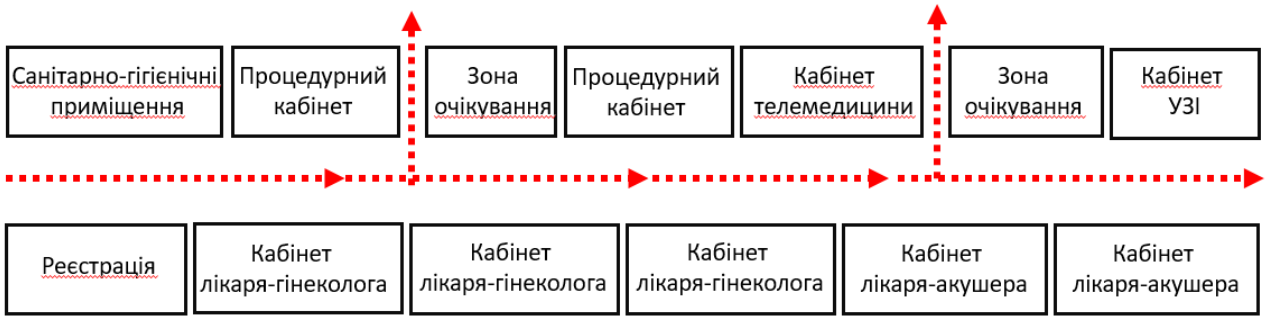
Амбулаторний блок призначений для надання медичної допомоги пацієнткам без цілодобового перебування в закладі й може включати консультативні, діагностичні, лікувально-процедурні, допоміжні та службові приміщення. Його склад і потужність визначають відповідно до профілю закладу, видів медичної допомоги та передбачуваної кількості відвідувачок.

Амбулаторний блок акушерсько-гінекологічного профілю повинен функціонувати як єдина взаємопов'язана система, що забезпечує логічне та послідовне проходження пацієнткою необхідних етапів (відповідно до сценарію надання медичної допомоги) — від реєстрації та первинного прийому до діагностичних досліджень, процедур, консультування та подальшого спостереження.

Планувальні рішення повинні забезпечувати логічний взаємозв'язок між функціональними приміщеннями, мінімізувати зайві переміщення пацієнток і медичного персоналу, виключати дублювання маршрутів та сприяти ефективній організації лікувально-діагностичного процесу.

Маршрути слід організовувати без необґрунтованих повернень і перетинів, а також з урахуванням пересування осіб, які користуються кріслами колісними, іншими допоміжними засобами або потребують супроводу. Такий підхід сприяє скороченню часу перебування пацієнтки в закладі, зменшенню психоемоційного навантаження та підвищенню якості медичної допомоги.

Планувальну структуру амбулаторного блоку рекомендується формувати групами функціонально пов'язаних кабінетів і приміщень. Для кожної такої групи можуть передбачатися локальні зони очікування, розташовані поблизу відповідних кабінетів. У великих амбулаторних підрозділах застосування локальних зон очікування дає змогу скоротити маршрути пацієнток і поліпшити доступність кабінетів.




Шлях евакуації до захищеного простору на поверсі — вертикальних комунікаційних вузлів та укриття в підвальному поверсі

*Рисунок 5.1. Принципова схема функціонального зонування амбулаторного блоку*

Планування всіх приміщень амбулаторного блоку – зон очікування, консультативних, діагностичних, лікувально-процедурних і службових приміщень – має забезпечувати

можливість самостійного або підтримуваного користування ними жінками з різними функціональними порушеннями. Необхідно передбачити достатній простір для пересування і маневрування, безперешкодні та передбачувані маршрути руху, а також виключити розміщення меблів, обладнання та інших елементів у межах шляхів руху. Планувальні рішення мають також забезпечувати можливість перебування особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку, якщо це відповідає сценарію надання медичної допомоги. Робочі місця та службові приміщення персоналу рекомендується формувати як універсальне робоче середовище, придатне для професійної діяльності працівників із різними функціональними можливостями.

Планувальні рішення амбулаторного блоку доцільно проєктувати з урахуванням подальшої модернізації, розвитку медичних технологій та перепрофілювання окремих приміщень без істотного втручання в несучі конструкції будівлі. Модульний принцип організації простору дає змогу адаптувати його до зміни структури медичних послуг, потужності амбулаторного блоку та впровадження нового обладнання

Для облаштування приміщень амбулаторного блоку доцільно застосовувати уніфіковану систему меблів, сформовану відповідно до принципів універсального дизайну та ергономіки й придатну для користування людьми з різними функціональними можливостями. Меблі мають бути безпечними, міцними, придатними для регулярного очищення та дезінфекції, а їхня конструкція, габарити й розташування — забезпечувати зручність користування, доступність основних функціональних елементів і можливість адаптації до різних сценаріїв використання. Колірні рішення мають створювати спокійне, тепле середовище, але не перешкоджати клінічному спостереженню.

Коридори амбулаторного блоку слід розглядати як основні комунікаційні маршрути, що забезпечують зв’язок між реєстратурою, локальними зонами очікування та функціональними приміщеннями. Вільна ширина коридору без постійних перешкод має становити не менше 2,0 м під час нового будівництва та не менше 1,85 м під час реконструкції (рис. 4.5). Меблі, інформаційне обладнання та інші елементи оснащення не повинні звужувати нормативну ширину проходу; локальні зони очікування слід розміщувати в розширеннях коридорів поза межами основної смуги руху.

У коридорах, якими здійснюється рух пацієнток, слід передбачати горизонтальні поручні з обох боків коридору відповідно до вимог ДБН В.2.2-10:2022. Верхню частину поручнів розташовують на висоті від 0,85 до 1,10 м від рівня підлоги. Поручні мають візуально контрастувати з поверхнею стіни та можуть виконувати додаткову орієнтувальну функцію як складова системи навігації. Доцільно забезпечувати їх максимально безперервне продовження вздовж основних маршрутів руху; розриви передбачають у дверних прорізах та біля інших елементів, де безперервне розміщення поручня неможливе.

Систему навігації слід формувати за принципом послідовного уточнення інформації відповідно до рівня маршруту: від позначення напрямку до амбулаторного блоку у вестибюлі — до напрямків руху до окремих груп приміщень, ідентифікації локальних зон очікування та маркування конкретного кабінету безпосередньо біля входу. Напрямні покажчики доцільно розміщувати насамперед у місцях прийняття рішення – перед

поворотами, на перехрестях та в точках розподілу маршрутів. Надмірного дублювання інформації та візуального перевантаження простору слід уникати.

### 5.2.2. Реєстратура

У складі амбулаторного блоку передбачається реєстратура, розміщення та функціональну організацію якої визначають відповідно до загальних вимог щодо інформаційно-довідкового обслуговування та реєстрації пацієнток.

У багатопрофільному закладі реєстратуру амбулаторного блоку доцільно розташовувати безпосередньо біля входу або в найближчій до нього зоні, тоді як загальна інформаційно-довідкова функція може бути зосереджена в центральному вестибюлі. У самостійному амбулаторному закладі функції інформаційного обслуговування та реєстрації можуть бути об’єднані у вестибюльній зоні.




*Рисунок 5.2. Приклад організації стійки реєстратури*

Планувальні рішення реєстратури мають передбачати:

- стійку з робочими поверхнями, що забезпечують зручну комунікацію та передавання документів у положенні стоячи й сидячи;
- достатній вільний простір перед стійкою для підходу, під’їзду та маневрування;
- систему електронної черги з візуальним та звуковим поданням інформації;
- можливість використання індукційної петлі та інших засобів доступної комунікації;
- можливість письмової, текстової та цифрової комунікації;
- місце для конфіденційного спілкування, інтегроване в структуру реєстратури.

Реєстратура має бути добре помітною з основного маршруту та включеною до загальної системи навігації закладу. Інформаційні покажчики біля неї повинні забезпечувати

зрозуміле спрямування до функціональних груп амбулаторного блоку, локальних зон очікування та окремих кабінетів.

### 5.2.3. Зони очікування амбулаторного блоку

У межах амбулаторного блоку рекомендується передбачати кілька локальних зон очікування, розташованих поблизу функціонально пов'язаних кабінетів. Орієнтовно одна така зона може обслуговувати 2–3 суміжні кабінети залежно від їхнього призначення, інтенсивності відвідування та планувальної структури блоку. Локальні зони очікування доцільно розміщувати в розширеннях коридорів поза межами основної смуги руху. Кожна зона має бути візуально пов'язана з відповідною групою кабінетів і легко ідентифікуватися з основного маршруту; для цього доцільно передбачити локальний інформаційний елемент із зазначенням номерів або призначення кабінетів

Локальні зони очікування повинні забезпечувати психологічний комфорт, можливість перебування разом з особою, яка супроводжує та підтримує пацієнтку, а також умови для короткочасного очікування між окремими етапами обстеження, консультації або лікування.

За наявності електронної черги інформація про запрошення на прийом повинна подаватися у візуальній формі та дублюватися звуковим повідомленням.

У локальних зонах очікування рекомендується передбачати різні за ергономічними характеристиками місця для сидіння, інтегровані в єдину композицію: стандартні крісла з підлокітниками, крісла зі збільшеною шириною та несучою здатністю, крісла з підвищеною висотою сидіння, а також крісла підвищеного комфорту з високою спинкою та можливістю регулювання положення. Така різноманітність дає змогу користувачкам самостійно обирати найзручніше місце відповідно до своїх антропометричних характеристик, стану та потреб під час очікування.

Додатково в локальних зонах очікування доцільно передбачати модулі для короткочасного спирання, пристінні полиці для заповнення документів, мобільні приставні столики та журнальні столики.

У загальній композиції зони очікування слід передбачати вільні місця без стаціонарного меблювання, що забезпечують можливість розміщення крісла колісного або іншого допоміжного засобу мобільності поряд з іншими місцями для очікування. Таке планувальне рішення має забезпечувати можливість перебування пацієнтки разом з особою, яка її супроводжує та підтримує, без відокремлення від загальної зони.

Розміщення меблів та обладнання не повинно звужувати основну смугу руху або перешкоджати користуванню поручнями.

Колірне та матеріальне рішення локальних зон очікування має сприяти створенню спокійного середовища та їхній візуальній ідентифікації в структурі амбулаторного блоку. Для цього можна застосовувати стримані колірні й матеріальні акценти, узгоджені із загальною системою навігації, зокрема світле натуральне дерево та приглушені природні відтінки. Основні поверхні стін доцільно залишати світлими й нейтральними. Художні роботи, рослини та інші декоративні елементи можна використовувати як

складова середовища за умови їхнього розміщення поза межами шляхів руху та зон маневрування.




*Рисунок 5.3. Приклад організації локальної зони очікування в розширенні коридору амбулаторного блоку*

### 5.2.4. Консультативно-оглядові кабінети акушерсько-гінекологічного профілю

Основними приміщеннями амбулаторного акушерсько-гінекологічного блоку є кабінет лікаря-гінеколога та кабінет лікаря-акушера. Кабінет лікаря-гінеколога призначений для проведення консультацій, профілактичних і гінекологічних оглядів, нескладних діагностичних та лікувальних маніпуляцій. Кабінет лікаря-акушера призначений для спостереження за перебігом вагітності, консультування з питань вагітності, підготовки до пологів і післяпологового періоду.

Залежно від структури, потужності та програми медичних послуг закладу гінекологічний і акушерський прийоми можуть здійснюватися в окремих спеціалізованих кабінетах або в універсальному акушерсько-гінекологічному кабінеті. У разі поєднання функцій його площа, зонування та оснащення мають забезпечувати повноцінне виконання обох сценаріїв прийому без погіршення умов доступності, приватності, безпеки й комфорту пацієнток.

Для всіх кабінетів пропонується використовувати ***універсальне гінекологічне крісло***, що призначене для обстеження жінок незалежно від віку, антропометричних параметрів, стану здоров’я та функціональних можливостей. Його конструкція має відповідати принципам універсального дизайну, розумного пристосування, пацієнтоорієнтованої допомоги та безпеки пацієнтки й медичного персоналу. Крісло розглядається не як спеціальне обладнання «для осіб з інвалідністю», а як багатофункціональний медичний виріб, придатний для максимально широкого кола пацієнток.



*Рисунок 5.4. Універсальне гінекологічне крісло*

Конструкція універсального гінекологічного крісла передбачає електричне регулювання висоти, положення спинки та нахилу сидіння. Мінімальна висота сидіння має забезпечувати безпечне бічне пересаджування з крісла колісного без використання сходинок. Для цього підлокітники виконують відкидними або такими, що повністю відводяться за межі трансферної зони, а конструкція основи не повинна перешкоджати максимально близькому під'їзду крісла колісного.

Рухома нижня секція в опущеному положенні підтримує нижні кінцівки після пересаджування, а під час підіймання до рівня сидіння утворює разом із тазовою частиною рівну поверхню кушетки. Це дає можливість переміщувати ноги пацієнтки без потреби в їхньому активному підійманні. Після формування горизонтальної поверхні пацієнтка або особа, яка їй допомагає, може послідовно перекласти ноги на незалежні бічні опори.

Бічні опори для нижніх кінцівок повинні регулюватися незалежно одна від одної за висотою, положенням і кутом нахилу та підтримувати гомілку. Їхня збільшена м'яка опорна поверхня дає можливість пристосовувати положення ніг при контрактурах, ампутаціях, обмеженні рухливості кульшових і колінних суглобів та інших функціональних обмеженнях. У неробочому положенні опори повинні відводитися під крісло, не перешкоджаючи бічному пересаджуванню.



*Рисунок 5.5. Схема використання універсального гінекологічного крісла жінками з порушенням опорно-рухового апарату*

Крісло доцільно розраховувати на підвищене робоче навантаження та достатню ширину сидіння для користувачок різної комплекції. Поєднання низької трансферної висоти, трансформації в кушетку, незалежних опор для гомілок і вільного бічного доступу дає змогу використовувати один виріб для гінекологічного огляду всіх пацієнток: під час стандартного прийому, для вагітних жінок, осіб з підвищеною масою тіла, пацієнток із тимчасовими або постійними обмеженнями рухливості, жінок з різними функціональними порушеннями.

Архітектурно-планувальне рішення кабінету має забезпечувати доступність, приватність і гідність пацієнтки, безпечні та ергономічні умови роботи медичного персоналу, дотримання вимог інфекційного контролю, а також можливість перебування разом з особою, яка супроводжує та підтримує пацієнтку.

Простір кабінету доцільно організовувати у вигляді взаємопов'язаних функціональних зон: вхідної, консультативної, зони підготовки пацієнтки, зони гінекологічного огляду, робочої та санітарно-гігієнічної зон медичного персоналу, а також місць зберігання обладнання і витратних матеріалів. Їхнє взаємне розташування має забезпечувати логічну послідовність прийому та мінімізувати зайві переміщення пацієнтки й персоналу (рис. 5.6).

***Консультативна зона*** включає робоче місце медичного працівника/ці, місця для пацієнтки та, за потреби, особи, яка її супроводжує та підтримує. Робочий стіл рекомендується передбачати з регулюванням висоти та вільним простором під стільницею, що дає змогу адаптувати робоче місце до різних антропометричних характеристик, положення тіла та способів користування. Конструкція і розташування столу мають забезпечувати можливість зручної комунікації з пацієнткою у положенні сидячи або стоячи, а також під'їзду в кріслі колісному без потреби в пересаджуванні. Для відвідувачів доцільно передбачити крісла з різними ергономічними характеристиками, зокрема стандартне, а також модель зі збільшеною шириною і несучою здатністю.

Для робочого місця медичного персоналу доцільно застосовувати компактне мобільне ергономічне крісло з регулюванням висоти та підтримкою поперекового відділу хребта, що забезпечує можливість зручної зміни положення під час роботи з пацієнткою, монітором, документацією та медичним обладнанням.

***Зона гінекологічного огляду*** та місце для переодягання повинні бути захищені від прямого візуального огляду з боку входу та консультативної частини кабінету за допомогою перегородки, медичної завіси, ширми або іншого планувального рішення. Склад обладнання зони огляду визначають відповідно до функціонального призначення кабінету та передбачених сценаріїв медичної допомоги; він може включати гінекологічне крісло, медичну кушетку та необхідне діагностичне обладнання. Гінекологічне крісло та кушетку рекомендується застосовувати з регулюванням висоти і положення та розташовувати таким чином, щоб забезпечити робочий доступ медичного персоналу, вільний під'їзд до зони трансферу та можливість безпечного самостійного або підтриманого пересаджування пацієнтки. Планування має забезпечувати достатній простір для надання допомоги та використання допоміжних засобів трансферу.

Якщо безпечний трансфер на гінекологічне крісло або кушетку потребує додаткової фізичної підтримки, планувальне рішення кабінету має забезпечувати можливість застосування мобільного або стаціонарного підйомного обладнання. Для цього необхідно передбачати достатній вільний простір для його підведення, позиціювання та роботи без переставляння основних меблів і обладнання (рис. 5.5).




*Рисунок 5.6. Схема умеблювання консультативно-оглядового кабінету:*

1 – робочий стіл; 2 – ергономічне робоче крісло; 3 – медична кушетка;
4 – гінекологічне крісло; 5 – стандартне крісло для відвідувачів;
6 – баріатричне (широке) крісло для відвідувачів; 7 – стельова медична завіса;
8 – гардеробна стійка; 9 – медичні шафи; 10 – санітарно-гігієнічна зона.

***Зону підготовки пацієнтки*** слід організовувати в межах приватної частини кабінету. У ній необхідно передбачати місце для сидіння під час переодягання, вільний простір для зручного користування зоною, а також місця для тимчасового розміщення одягу, взуття та особистих речей. Розташування меблів і обладнання не повинно перешкоджати пересуванню, зміні положення тіла та, за потреби, наданню допомоги.

Медична кушетка, призначена для огляду та проведення діагностичних і нескладних процедур, повинна забезпечувати регулювання висоти та положення головної секції. Її конструкція має забезпечувати можливість безпечного самостійного або підтриманого трансферу, а бічний поручень, якщо він передбачений, повинен бути відкидним, знімним або таким, що опускається, щоб не перешкоджати пересаджуванню та водночас забезпечувати додаткову опору під час зміни положення тіла.

Стійка для одягу та особистих речей призначена для тимчасового розміщення одягу, взуття, сумок та інших речей пацієнтки під час огляду або процедури. Її конструкція має забезпечувати зручний доступ, візуальний контроль речей і можливість регулярного прибирання, а елементи для розміщення одягу та особистих речей слід передбачати на різній висоті в межах зручної зони досяжності (рис. 5.6).

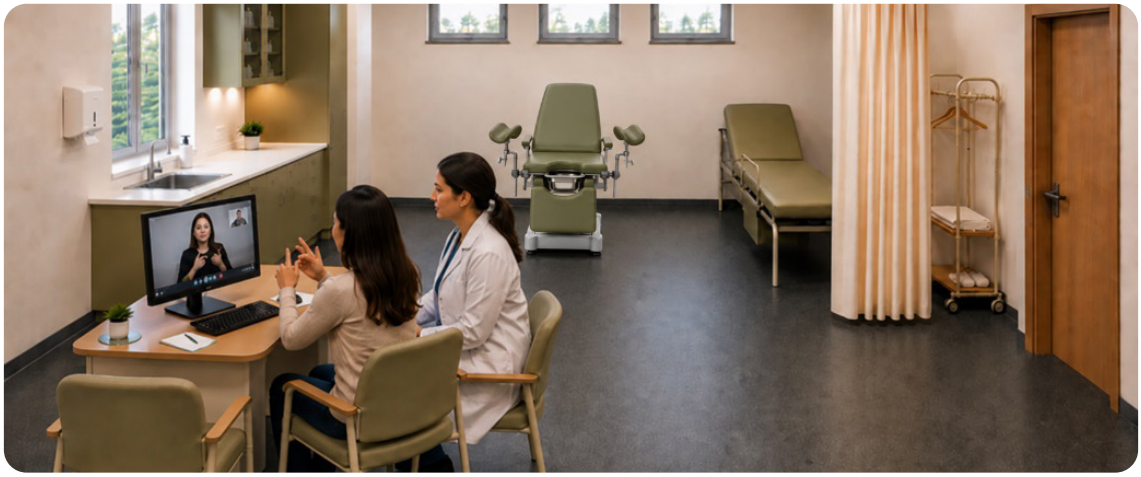
У кабінеті необхідно передбачати місце для особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку. За бажанням пацієнтки така особа може бути присутньою під час консультації, підготовки та огляду, якщо це не перешкоджає роботі медичного персоналу, проведенню медичних маніпуляцій та дотриманню вимог інфекційного контролю. Місце для супроводу слід розташовувати так, щоб забезпечити можливість безпосередньої комунікації та підтримки пацієнтки, не займаючи зону маневрування, трансферу або робочу зону медичного персоналу. (рис. 5.6).



*Рисунок 5.7. Сценарії використання консультативно-оглядового кабінету особами з порушенням опорно-рухового апарату*

***Робоча зона*** медичного персоналу має включати робочу поверхню та місця для зберігання матеріалів і обладнання, а санітарно-гігієнічна зона – умивальник для гігієни рук і необхідне гігієнічне оснащення. Взаємне розташування цих зон та організація зберігання повинні відповідати послідовності робочих процесів і вимогам інфекційного контролю. Поверхні меблів, кушетки, гінекологічного крісла та іншого обладнання мають бути стійкими до регулярного очищення та дезінфекції.

а



б



в



*Рисунок 5.8. Сценарії використання консультативно-оглядового кабінету:*

а – особами з порушенням слуху; б – зору;
в – пацієнткою з інтелектуальними порушеннями та особою, яка її супроводжує та підтримує

Планувальне рішення кабінету та організація робочого місця медичного персоналу мають забезпечувати можливість професійної діяльності працівників із різними функціональними можливостями. Робочі поверхні, системи зберігання, медичне обладнання, органи керування та засоби комунікації слід, наскільки це допускається характером медичної діяльності, розміщувати в межах зручної зони досяжності та передбачати можливість їх адаптації до різних способів користування.

Ключовим принципом планування є універсальність використання кабінету. Доступність не повинна забезпечуватися створенням окремих «спеціальних» місць або сценаріїв для окремих категорій користувачок. Простір, меблі та обладнання мають забезпечувати можливість користування тим самим кабінетом максимально ширшим колом пацієнток і працівників та підтримувати єдиний функціональний маршрут: консультація ▸ підготовка ▸ огляд ▸ завершення прийому.

### 5.2.5. Процедурні (маніпуляційні) кабінети

Процедурні (маніпуляційні) кабінети є частиною амбулаторного блоку та призначені для виконання діагностичних, лікувальних і профілактичних маніпуляцій, проведення яких не потребує умов операційного блоку.

Залежно від профілю, потужності та структури медичних послуг амбулаторного блоку може передбачатися один універсальний процедурний (маніпуляційний) кабінет або кілька кабінетів різного функціонального призначення. Вибір типу кабінету, його планувальна організація, площа та склад обладнання визначають залежно від характеру й тривалості процедур, положення пацієнтки під час їх проведення та необхідності медичного спостереження.

Доцільно розрізняти:

- процедурно-оглядовий кабінет;
- кабінет забору біологічного матеріалу;
- кабінет тривалих процедур (інфузійної терапії).

Незалежно від функціонального призначення процедурні кабінети мають забезпечувати безпечне виконання маніпуляцій, дотримання вимог інфекційного контролю, приватність і гідність пацієнтки, ергономічні умови роботи медичного персоналу та можливість користування приміщенням людьми з різними функціональними можливостями.

Площа і пропорції приміщення визначаються складом обладнання та характером процедур і мають забезпечувати необхідні робочі зони, вільні шляхи руху, простір для маневрування, самостійного або підтриманого трансферу, підведення мобільного обладнання та, за потреби, швидкого доступу персоналу в разі погіршення стану пацієнтки. Розміщення меблів і обладнання не повинно звужувати шляхи руху або ускладнювати проведення невідкладних заходів.

Комунікаційна доступність є окремою частиною організації процедурного кабінету. Для пацієнток із порушеннями слуху доцільно передбачити можливість дистанційного залучення перекладача жестової мови через стаціонарний або мобільний екран, розташований у межах прямого візуального контакту з пацієнткою та медичним

працівником. Для пацієнток з порушенням зору важливими є передбачуваність планувальної структури, відсутність випадкових перешкод у проходах, можливість безпечного розміщення білої тростини та, за потреби, присутність особи супроводу. Такі рішення формують процедурний кабінет як універсальний простір, придатний для користувачок із різними порушеннями.

Доступність має поширюватися і на робочі місця медичного персоналу. Ширина проходів, розміщення обладнання, робочих поверхонь і зон маневрування повинні забезпечувати можливість виконання професійних обов'язків працівниками з різними функціональними можливостями, зокрема користувачками крісел колісних або працівниками з порушеннями слуху. Отже, достатній вільний простір навколо процедурних місць є не резервною площею, а необхідною функціональною складовою безпечного, інклюзивного та адаптивного медичного середовища.

У планувальній структурі процедурного кабінету доцільно передбачити процедурну, робочу та санітарно-гігієнічну зони, а також місця для зберігання медичних матеріалів і обладнання.

***Процедурна зона*** є основною функціональною частиною кабінету. Її оснащення визначається характером процедур і може включати регульовану за висотою медичну кушетку або процедурне крісло, пересувний маніпуляційний столик та необхідне медичне обладнання. Розташування основного обладнання має забезпечувати вільний доступ медичного персоналу до пацієнтки, можливість безперешкодного під'їзду до зони трансферу та достатній простір для використання допоміжних засобів.

Процедурну зону необхідно захищати від прямого візуального огляду з боку входу та інших функціональних зон. Для забезпечення приватності можуть застосовуватися медичні завіси, ширми або перегородки, розташування яких не повинно обмежувати шляхи руху, зони трансферу та робочий простір персоналу.

***Робоча зона медичного персоналу*** має включати робочу поверхню, комп'ютерне обладнання та місця для зберігання документації й матеріалів. Робоче місце рекомендується формувати з можливістю адаптації висоти робочої поверхні, вільним простором під стільницею та розміщенням обладнання, елементів керування і засобів комунікації в межах зони зручної досяжності.

***Санітарно-гігієнічна зона*** має включати умивальник для гігієни рук, дозатори мила й антисептика, диспенсер одноразових рушників, а також контейнери для медичних відходів і гострих медичних виробів відповідно до встановлених вимог. Її розташування має відповідати послідовності робочого процесу та вимогам інфекційного контролю.

У процедурному кабінеті слід передбачати можливість перебування особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку, якщо це відповідає сценарію надання медичної допомоги. Місце для такої особи необхідно розташовувати поза межами робочої зони персоналу, зони трансферу та основних шляхів руху.

Функціонально важливі елементи приміщення – двері, дверна фурнітура, меблі, обладнання та органи керування – мають бути візуально помітними на тлі прилеглих поверхонь. Освітлення повинно відповідати характеру процедур, забезпечувати

достатню освітленість робочої зони без засліплення та різких перепадів яскравості. Поверхні меблів, обладнання та оздоблювальні матеріали мають бути стійкими до регулярного очищення та дезінфекції.

***Процедурно-оглядовий кабінет*** призначений для виконання нескладних маніпуляцій та оглядів, що проводяться переважно в положенні пацієнтки лежачи або напівлежачи.

Основним обладнанням є медична кушетка з регулюванням висоти та положення головної секції, пересувний маніпуляційний столик й необхідне медичне обладнання. Конструкція кушетки має забезпечувати можливість безпечного самостійного або підтримуваного трансферу. Бічний поручень, якщо він передбачений, повинен бути відкидним, знімним або таким, що опускається, щоб не перешкоджати пересаджуванню та водночас забезпечувати додаткову опору під час зміни положення тіла.

Біля кушетки необхідно передбачати вільний простір для безперешкодного під'їзду до зони трансферу, надання допомоги пацієнтці та застосування допоміжних засобів. Планувальне рішення кабінету має забезпечувати можливість використання мобільного або стаціонарного підйомного обладнання без переставляння основних меблів і блокування шляхів руху (рис. 5.9).




*Рисунок 5.9. Схема умеблювання процедурно-оглядового кабінету:*

1 – робочий стіл; 2 – ергономічне робоче крісло; 3 – медична кушетка; 4 – медичний табурет;
5 – стандартне крісло для відвідувачів; 6 –барістичне (широке) крісло для відвідувачів;
7 – стельова медична завіса; 8 – гардеробна стійка; 9 – медичні шафи;
10 – санітарно-гігієнічна зона; 11 – стельовий підіймальний пристрій;
12 – двостулкові двері з контрастною лиштвою та дверною фурнітурою

***Кабінет забору біологічного матеріалу*** призначений для забору венозної крові та інших біологічних зразків. Основним обладнанням є спеціалізоване процедурне крісло з регульованим положенням та опорою для руки, робоча поверхня для підготовки матеріалів, маніпуляційний столик та необхідне обладнання для зберігання і тимчасового розміщення зразків.

а



б



в



*Рисунок 5.10. Сюжети використання процедурно-оглядового кабінету:*

а – пацієнтками, які користуються кріслами колісними;
б – пацієнткою та особою, яка її супроводжує та підтримує;
в – пацієнткою на медичній каталці

Планування кабінету має забезпечувати можливість проведення процедури як у спеціалізованому процедурному кріслі, так і без пересаджування з крісла колісного, якщо це допускається характером маніпуляції. Для цього робоче місце медичного працівника та мобільне обладнання необхідно розташовувати так, щоб забезпечити зручний доступ до пацієнтки в різних положеннях. За потреби в кабінеті може передбачатися регульована за висотою кушетка або інше місце, де пацієнтка може прийняти горизонтальне положення в разі погіршення самопочуття.

***Кабінет тривалих процедур (інфузійної терапії)***

Кабінет тривалих процедур призначений для проведення маніпуляцій, під час яких пацієнтка протягом тривалого часу перебуває під наглядом медичного персоналу.

Основним обладнанням є регульоване процедурне або інфузійне крісло з високою спинкою, опорою для голови та ніг, обладнання для проведення інфузій, а також місце для особистих речей пацієнтки. Конструкція крісла має забезпечувати можливість зміни положення тіла під час процедури. У межах зручної досяжності необхідно передбачати засіб виклику медичного персоналу (рис. 5.8).




*Рисунок 5.11. Схема умеблювання процедурно-оглядового кабінету тривалих процедур:*

1 – робочий стіл; 2 – ергономічне робоче крісло; 3 – медична кушетка; 4 – медичний табурет;
5 – стандартне крісло для відвідувачів; 6 – барістичне (широке) крісло для відвідувачів;
7 – стельова медична завіса; 8 – гардеробна стійка; 9 – медичні шафи;
10 – санітарно-гігієнічна зона; 11 – стельовий підіймальний пристрій;
12 – двостулкові двері з контрастною лиштвою та дверною фурнітурою

Розташування місць проведення процедур має забезпечувати можливість спостереження за станом пацієнток, достатній робочий простір для медичного персоналу та швидкий доступ у разі погіршення стану. Планувальна організація повинна також забезпечувати можливість проведення процедури без пересаджування з крісла колісного, якщо це допускається характером маніпуляції.

Місця для пацієнток слід організовувати так, щоб забезпечувати можливість перебування поряд особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку, без звуження проходів і робочих зон персоналу. (рис. 5.12).

а



б



в



*Рисунок 5.12. Сюжети використання процедурно-оглядового кабінету:*

а – пацієнткою з порушенням зору та особою, яка її супроводжує та підтримує;
б – пацієнткою з порушенням слуху; в – проведення процедури медичною сестрою з порушення опорно-рухового апарату

Доступність процедурних кабінетів доцільно розглядати не лише як можливість безперешкодного входу до приміщення, а й як забезпечення самостійного або асистованого користування всіма функціональними зонами та обладнанням. Особливого значення це набуває у кабінетах для тривалих процедур та інфузійної терапії, де пацієнтка може перебувати протягом кількох годин, змінювати положення тіла, потребувати супроводу або допомоги медичного персоналу. Планувальне рішення має передбачати достатній вільний простір біля процедурного крісла, можливість під'їзду крісла колісного, використання ходунків та інших допоміжних засобів без перекриття основних шляхів руху персоналу.

Процедурні крісла для тривалих процедур рекомендується передбачати з регулюванням висоти, положення спинки та підніжки, а також з відкидними або опускними підлокітниками. Для бічного трансферу висота поверхні сидіння процедурного крісла повинна бути приведена до рівня сидіння крісла колісного, утворюючи максимально наближені за висотою суміжні площини. Це зменшує фізичне навантаження на пацієнтку і персонал та дає змогу виконувати пересаджування з мінімальною сторонньою допомогою. Засоби мобільності після пересаджування слід розміщувати збоку від процедурного місця, у межах досяжності пацієнтки, але поза робочими та евакуаційними проходами.

Тривале перебування в процедурному кабінеті потребує одночасного забезпечення доступності, психологічного комфорту та приватності. Біля окремих процедурних місць доцільно передбачати місце для особи супроводу, розташоване так, щоб вона могла підтримувати пацієнтку, не обмежуючи доступ медичного персоналу до крісла та

обладнання. Між процедурними місцями слід застосовувати мобільні або стаціонарні штори, які дозволяють швидко сформувати приватну зону. Водночас розміри такої зони мають забезпечувати доступ персоналу до пацієнтки з обох боків, зокрема у разі потреби невідкладного реагування та переведення крісла у горизонтальніше положення.

### 5.2.6. Кабінет ультразвукової діагностики

Кабінет ультразвукової діагностики призначений для проведення діагностичних ультразвукових досліджень. Планувальна організація кабінету має забезпечувати можливість проведення обстеження за різних сценаріїв користування, самостійного або підтримуваного переміщення і трансферу пацієнтки, роботи медичного персоналу та, за потреби, перебування особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку (рис. 5.10).

Площа кабінету ультразвукової діагностики має становити не менше 20 м$^2$. Пропорції приміщення та розміщення обладнання повинні забезпечувати необхідні робочі зони, вільні шляхи руху, простір для маневрування, бічного під'їзду до кушетки, трансферу, надання допомоги та підведення мобільного обладнання.

У кабінеті передбачають регульовану за висотою кушетку для обстеження, ультразвукову систему, робоче місце медичного працівника, мобільне робоче крісло, місце для особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку, умивальник для гігієни рук, меблі для зберігання витратних матеріалів та необхідне допоміжне обладнання. Розміщення мобільного обладнання в неробочому положенні не повинно звужувати шляхи руху, зону маневрування або простір для трансферу.

Кушетку слід розташовувати так, щоб забезпечити вільний доступ медичного працівника до пацієнтки та залишити одну з її довгих сторін вільною для під'їзду, трансферу і надання допомоги. Конструкція кушетки має забезпечувати регулювання висоти та положення секцій і можливість прийняття зручного положення відповідно до характеру дослідження. Бічні огородження або поручні, якщо вони передбачені, не повинні перешкоджати трансферу.

Ультразвуковий апарат слід розміщувати в межах робочої зони медичного працівника так, щоб забезпечити зручний доступ до елементів керування, використання датчика та безперешкодне переміщення обладнання без перетинання основних шляхів руху. Основний монітор має бути добре видимим оператору. Якщо це відповідає характеру дослідження та бажанню пацієнтки, доцільно передбачати можливість перегляду зображення пацієнткою та особою, яка її супроводжує, без потреби в зміні положення тіла або втручання в робочу зону персоналу.



*Рисунок 5.13. Приклад організації кабінету ультразвукової діагностики*

Місце для особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку, доцільно розташовувати біля узголів'я кушетки. Таке розташування має забезпечувати можливість вербального, візуального та, за потреби, фізичного контакту з пацієнткою, одночасно залишаючи вільними робочу сторону кушетки, зону трансферу та траєкторію переміщення ультразвукового обладнання.

Для забезпечення приватності слід передбачити можливість візуального відокремлення зони переодягання та обстеження за допомогою медичної завіси, ширми або іншого планувального рішення. У неробочому положенні елементи приватності не повинні займати зони маневрування, трансферу та основні шляхи руху.

Доцільно забезпечувати безпосередній або максимально короткий зв'язок кабінету із санітарно-гігієнічним приміщенням і місцем для переодягання, якщо цього потребують передбачені види акушерських і гінекологічних ультразвукових досліджень.

Робоче місце медичного працівника слід організовувати відповідно до принципів універсального дизайну, передбачаючи можливість адаптації робочої поверхні, вільний простір під стільницею, зручне розташування обладнання та елементів керування і достатній простір для зміни робочого положення.

Освітлення кабінету має бути регульованим і забезпечувати можливість зниження загального рівня освітленості під час дослідження без утворення відблисків на екранах обладнання. Водночас робочі поверхні, шляхи руху та обличчя учасників комунікації повинні залишатися достатньо освітленими. Поверхні підлоги, стін, меблів, кушетки та іншого обладнання мають бути стійкими до регулярного очищення та дезінфекції. (рис. 5.10).

### 5.2.7. Кабінет дистанційного консультування та телемедицини

Кабінет дистанційного консультування та телемедицини призначений для проведення дистанційних консультацій, повторних прийомів, консультування вагітних, породіль та інших пацієнток із використанням інформаційно-комунікаційних технологій, а також для проведення консиліумів і професійної взаємодії медичних працівників.

Кабінет може використовуватися за різними сценаріями: медичний працівник проводить дистанційну консультацію пацієнтки; пацієнтка разом із медичним працівником бере участь у дистанційній консультації профільного спеціаліста; кілька фахівців проводять дистанційний консиліум. За потреби разом із пацієнткою може перебувати особа, яка її супроводжує та підтримує (рис. 5.14).




*Рисунок 5.14. Приклад організації кабінету дистанційного консультування та телемедицини*

Телемедичні технології розширюють територіальну доступність спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги та зменшують необхідність фізичного переміщення пацієнток між закладами охорони здоров'я. Вони також дають змогу забезпечувати безперервність професійної діяльності медичних працівників за різних життєвих обставин і функціональних можливостей.

Кабінет може включати одне або кілька автономних робочих місць, обладнаних комп'ютером або телемедичним терміналом, монітором, відеокамерою, мікрофоном, навушниками або гарнітурою, засобами мережевого зв'язку, електричними та інформаційними розетками. За наявності кількох робочих місць їх доцільно просторово розділяти та застосовувати звукопоглинальні матеріали або перегородки, що забезпечують акустичну та візуальну приватність без ізоляції працівників від загального робочого середовища.

Робочі місця слід формувати за принципами універсального дизайну. Робоча поверхня має забезпечувати можливість регулювання висоти та вільний простір під стільницею, а обладнання, елементи керування, засоби комунікації й розетки слід розміщувати в межах зони досяжності. Планування повинно забезпечувати достатній простір для підходу, під'їзду, зміни робочого положення та маневрування без створення окремих спеціалізованих робочих місць.

Для тривалої роботи перед монітором рекомендується застосовувати ергономічні робочі крісла з регулюванням висоти, положення спинки та підтримкою поперекового відділу хребта. Конструкція та розташування робочих меблів повинні забезпечувати можливість їх адаптації відповідно до антропометричних характеристик та способу роботи працівника.

Інформаційно-комунікаційне обладнання доцільно передбачити з можливістю мультимодального подання інформації. Відеозв'язок повинен підтримувати субтитрування або текстове дублювання мовлення; звукові виклики та службові повідомлення доцільно дублювати візуальними сигналами. Робочі місця мають забезпечувати можливість використання гарнітур, персональних аудіозасобів та інших засобів комунікації відповідно до потреб користувача.

Для спільної дистанційної консультації перед монітором слід передбачити місця для медичного працівника або працівниці, пацієнтки та, за потреби, особи, яка її супроводжує та підтримує. Їхнє розташування має забезпечувати одночасну видимість екрана, можливість візуальної комунікації між учасниками та достатній простір для вільного користування робочою зоною.

Освітлення кабінету повинно забезпечувати якісне відеозображення обличчя без засліплення, різких тіней і відблисків на екранах. Доцільно передбачити можливість локального регулювання освітлення окремих робочих місць. Акустичні характеристики приміщення повинні забезпечувати розбірливість мовлення та конфіденційність дистанційних консультацій.

Кабінет має бути забезпечений стабільним високошвидкісним підключенням до мережі Інтернет із достатньою пропускною здатністю для безперервного передавання відео- та аудіоданих. Для критично важливого телекомунікаційного та комп'ютерного обладнання слід передбачити резервне електроживлення, достатнє для продовження або коректного завершення дистанційної консультації в разі перебоїв основного електропостачання.

Ключовим принципом організації кабінету є формування єдиного універсального робочого середовища, у якому архітектурно-планувальні, ергономічні, інформаційні та технологічні рішення забезпечують можливість професійної діяльності працівників та працівниць із різними функціональними можливостями без створення окремих «спеціальних» робочих місць.

### 5.2.8. Санітарно-гігієнічні приміщення амбулаторного блоку

В амбулаторному блоці передбачають санітарно-гігієнічні приміщення для пацієнток, відвідувачів та персоналу. Їхній склад і кількість визначають відповідно до потужності

амбулаторного блоку, функціональної структури та передбачуваної кількості користувачок. До складу можуть входити туалети загального користування, універсальні санітарно-гігієнічні приміщення та санітарно-гігієнічні приміщення з розширеними функціями.

Санітарно-гігієнічні приміщення слід розташовувати поблизу основних маршрутів руху та зон очікування, забезпечуючи до них безперервний безбар'єрний доступ. Входи до приміщень мають бути добре помітними та включеними до загальної системи навігації амбулаторного блоку.

Туалети загального користування мають бути організовані так, щоб ними могло користуватися якомога ширше коло людей. Планування кабін, розташування санітарних приладів, поручнів, обладнання та аксесуарів повинні забезпечувати зручність користування, достатній простір для руху й зміни положення тіла та не створювати перешкод під час відкривання дверей і користування обладнанням.

Універсальне санітарно-гігієнічне приміщення слід передбачити як частину загальної системи санітарно-гігієнічного обслуговування, а не як окреме «спеціальне» приміщення для певної категорії користувачів. Його планувальне рішення має забезпечувати можливість самостійного або підтримуваного користування, маневрування, трансферу та перебування поряд особи, яка супроводжує й підтримує користувача.

У структурі амбулаторного блоку передбачають санітарно-гігієнічне приміщення з розширеними функціями, розраховане на сценарії, що потребують більшого вільного простору, допомоги іншої особи або використання додаткового обладнання. Таке приміщення повинно забезпечувати достатній простір для маневрування, підтриманого трансферу, догляду та розміщення необхідного допоміжного обладнання без перекривання основних функціональних зон.

Місце для догляду за немовлям доцільно передбачати як універсальне рішення, доступне різним користувачам, а не пов'язувати його виключно з жіночим туалетом. Його розташування не повинно обмежувати простір для маневрування та користування основним санітарно-гігієнічним обладнанням.

Обладнання, сантехнічні прилади, елементи керування, дозатори, сушильні пристрої та інші елементи слід розміщувати у межах зони досяжності та забезпечувати їхнє візуальне розпізнавання на тлі прилеглих поверхонь. Планувальні та оздоблювальні рішення мають забезпечувати приватність, безпечне користування та можливість регулярного очищення і дезінфекції приміщень.

## 5.3. Стаціонарний блок

### 5.3.1. Загальні положення

Стаціонарний блок охоплює приміщення гінекологічного стаціонару та операційного блоку, пов'язані з цілодобовим перебуванням, лікуванням, медичним спостереженням, оперативними втручаннями та післяопераційним відновленням пацієнток.

Планування стаціонарного блоку має забезпечувати безпечне й максимально самостійне користування основними приміщеннями без створення окремих «спеціальних» маршрутів або ізольованих приміщень для окремих категорій користувачок.

Особливу увагу слід приділяти можливій зміні функціонального стану пацієнтки протягом госпіталізації. Після оперативного втручання, внаслідок больового синдрому, фізичного виснаження або лікування пацієнтка, яка до госпіталізації пересувалася самостійно, може тимчасово потребувати крісла колісного, ходунків, милиць, додаткової опори або допомоги іншої особи. Тому доступність має бути властивістю загального планувального рішення стаціонару, а не лише окремих спеціально визначених палат або приміщень.

У цьому розділі розглядаються планувальні рішення, які безпосередньо впливають на доступність стаціонарного середовища для пацієнток з різними функціональними можливостями, зокрема осіб з інвалідністю та осіб із тимчасовими функціональними обмеженнями, а також на можливість професійної діяльності працівників з інвалідністю.

Доступними мають бути не лише приміщення для пацієнток, а й службові маршрути, робочі місця, кімнати персоналу та інші приміщення, необхідні працівникам для виконання професійних обов'язків.

До складу стаціонарного блоку залежно від прийнятої моделі організації медичної допомоги можуть входити приймально-оглядові приміщення, палатні секції, процедурні й перев'язувальні, приміщення процедурного лікування, операційний блок, пост медичної сестри, приміщення для роботи та відпочинку персоналу, зони очікування й відвідування, санітарно-гігієнічні, допоміжні та технічні приміщення.

Конкретний склад, місткість, функціональні зв'язки та взаємне розташування приміщень визначаються потужністю закладу, моделлю надання медичної допомоги та медико-технологічним завданням.

Доступність стаціонарного блоку має забезпечуватися як безперервна система взаємопов'язаних просторів**,** а не як сукупність окремих доступних приміщень. Безперешкодний маршрут має поєднувати коридори та між коридорні двері, палати, санітарно-гігієнічні приміщення та санітарно-гігієнічні приміщення з розширеними функціями, пост медичної сестри, процедурні та перев'язувальні, приміщення процедурного лікування, операційний блок, зони відвідування, а також службові й робочі приміщення персоналу. На всіх ділянках такого маршруту необхідно враховувати можливість одночасного переміщення осіб із допоміжними засобами пересування, транспортування функціональних ліжок і мобільного медичного обладнання, супроводу пацієнтки та виконання професійних обов'язків, зокрема і працівниками з

інвалідністю. Зміна функціональної зони не повинна призводити до втрати доступності або необхідності використання окремого маршруту для певної категорії користувачок.

### 5.3.2. Функціональна організація стаціонарного блоку

Стаціонарний блок доцільно формувати на основі палатних секцій, функціонально пов'язаних із приймально-оглядовими приміщеннями, процедурними, операційним блоком, постом медичної сестри, службовими та допоміжними приміщеннями і основними вертикальними та горизонтальними комунікаціями.

Функціональні зв'язки мають забезпечувати:

- безперешкодне переміщення пацієнток, у тому числі на кріслах колісних, каталках і функціональних ліжках;
- швидкий доступ персоналу до палат;
- доступність усіх робочих зон для працівників з інвалідністю відповідно до характеру виконуваної роботи;
- можливість перебування особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку;
- збереження необхідного рівня приватності пацієнток;
- безпечне транспортування пацієнтки між палатою, процедурними приміщеннями та операційним блоком.

Меблі, обладнання, мобільні пристрої та місця тимчасового зберігання не повинні розташовуватися у межах основних шляхів руху або скорочувати простір, необхідний для маневрування кріслом колісним, функціональним ліжком чи мобільним підйомним обладнанням.

### 5.3.3. Приймально-оглядові приміщення

Приймально-оглядові приміщення стаціонарного блоку призначені для первинного приймання пацієнтки, уточнення її функціонального стану, проведення необхідного огляду, оформлення документації та визначення подальшого маршруту в межах стаціонару.

Приймально-оглядове приміщення має забезпечувати безпечне, самостійне та зрозуміле користування всіма елементами середовища. Маршрути руху повинні бути вільними від перешкод, основні функціональні елементи – візуально контрастними, освітлення – рівномірним, без засліплення. Інформація та сигнали мають дублюватися у візуальній, звуковій і, за потреби, тактильній формах. Біля входу слід передбачати контрастне та тактильне позначення приміщення; у зоні консультації – засоби комунікаційної доступності, зокрема індукційну петлю та можливість використання системи дистанційного перекладу жестовою мовою. Кнопки виклику, елементи керування та медичне обладнання мають бути доступними, зрозумілими та добре розпізнаваними.

Планування має забезпечувати безперешкодний маршрут від входу до місця огляду, санітарно-гігієнічного приміщення та подальшого маршруту до палатної секції або іншого функціонального приміщення.

Зона огляду має забезпечувати доступ персоналу до пацієнтки, можливість під'їзду та маневрування крісла колісного та виконання безпечного трансферу. За потреби необхідно передбачати можливість використання допоміжного підіймального обладнання.

Під час організації декількох місць огляду необхідно забезпечувати візуальну та акустичну приватність пацієнток без перекриття доступних маршрутів.




*Рисунок 5.12 – Приклад організації приймально-оглядового приміщення*

У складі приймально-оглядових приміщень стаціонарного блоку має обов'язково передбачатися приміщення або відокремлений ширмою простір для перевдягання та санітарно-гігієнічне приміщення з розширеними функціями для пацієнтів, які надходять до стаціонару та потребують допомоги під час переодягання, користування туалетом, приймання душу, проведення гігієнічних процедур або трансферу із застосуванням підйомного обладнання.



*Рисунок 5.13 – Санітарно-гігієнічне приміщення з розширеними функціями*

Додатково санітарно-гігієнічне приміщення з розширеними функціями слід передбачати безпосередньо у складі стаціонарного відділення, у зручному зв'язку з палатною групою. Воно призначене для щоденного користування пацієнтками зі стійкими або тимчасовими порушеннями мобільності, зокрема після оперативних втручань, коли гігієнічні процедури, користування унітазом або душем, переодягання та трансфер потребують допомоги персоналу, особи супроводу або застосування підйомної системи.

### 5.3.4. Палати гінекологічного стаціонару

Палатна секція є основною структурною одиницею гінекологічного стаціонару. Її планування має забезпечувати безперешкодний доступ пацієнтки від палати до санітарно-гігієнічного приміщення, поста медичної сестри, основних комунікаційних шляхів та інших приміщень, якими вона користується під час лікування.

У гінекологічному стаціонарі можуть передбачатися одномісні, двомісні та палати підвищеної комфортності (родинні). Незалежно від типу палати її планування має враховувати можливість зміни функціонального стану пацієнтки та необхідність користування допоміжними засобами пересування.

Планування палати має забезпечувати безперешкодний маршрут від входу до ліжка, санітарно-гігієнічного приміщення та основних елементів особистого користування.

Розміщення меблів, медичного обладнання й особистих речей не повинно звужувати основний маршрут або займати простір, необхідний для користування кріслом колісним, ходунками, мобільним підйомним обладнанням чи іншими допоміжними засобами.

Біля медичного ліжка необхідно передбачати вільний функціональний простір, достатній для:

- під'їзду та маневрування крісла колісного;
- переміщення пацієнтки;
- користування допоміжними засобами пересування;
- надання допомоги іншою особою;
- роботи медичного персоналу;
- розташування необхідного медичного обладнання;
- використання мобільного підйомника.

Планувальне рішення палати, дверні прорізи та розташування меблів мають забезпечувати можливість транспортування і маневрування функціональним медичним ліжком.

У палатах має бути передбачена можливість застосування допоміжних підйомних пристроїв для переміщення пацієнток, які не можуть самостійно пересістись між ліжком і кріслом колісним. Залежно від медико-технологічного завдання можуть застосовуватися стаціонарні стельові підйомні системи або мобільні підйомники розраховані на кілька суміжних палат. Такі пристрої підвищують безпеку переміщення пацієнток, зменшують фізичне навантаження на персонал та ризик його травмування.

Елементи, якими пацієнтка користується самостійно, зокрема система виклику персоналу, керування освітленням, приліжкова тумба та місця зберігання особистих речей, мають бути доступними як із ліжка, так і з крісла.

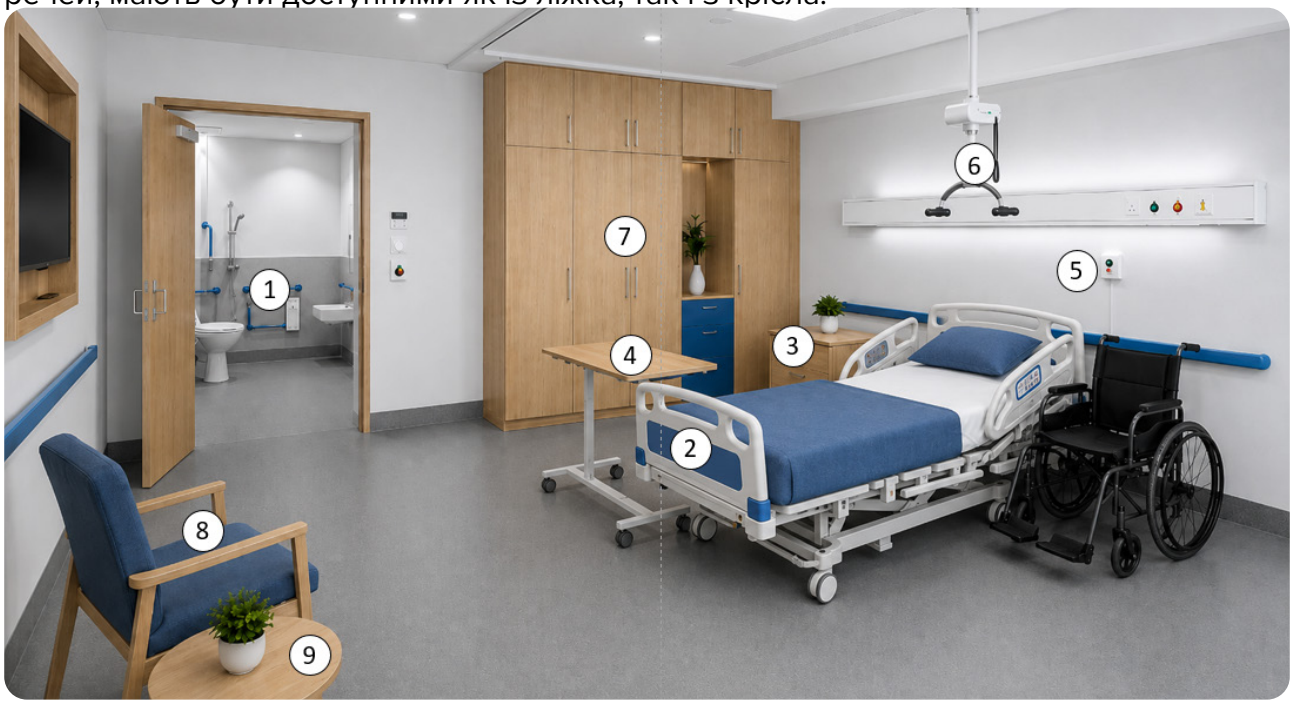



*Рисунок 5.14 – Варіант організації одномісної палати:*

1 – санітарно-гігієнічне приміщення при палаті; 2 – медичне ліжко; 3 – приліжкова тумба; 4 – приставний столик на коліщатках; 5 – кнопка термінового виклику персоналу;
6 – стельовий підіймальний пристрій; 7 – шафа з речами пацієнтки;
8, 9 – крісло і столик для відвідувачів та відвідувачок

Під час розробки планувального рішення необхідно враховувати можливість перебування особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку, коли такий супровід необхідний або бажаний для пацієнтки. Місце для особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку, необхідно організовувати так, щоб присутність цієї особи не перешкоджала пересуванню пацієнтки на маршруті до санітарно-гігієнічного приміщення, маневруванню крісла колісного, функціонального ліжка або підйомного обладнання, роботі медичного персоналу та використанню медичного обладнання.

Санітарно-гігієнічне приміщення доцільно розміщувати безпосередньо при палаті. Якщо це неможливо, маршрут до нього має бути максимально коротким і безперешкодним.

Його планування має забезпечувати самостійне користування пацієнткою з різними функціональними можливостями, а за потреби – надання допомоги особою, яка її супроводжує та підтримує, або медичним працівником.

Детальні вимоги до санітарно-гігієнічних приміщень наведено у розділі 4 цього посібника.

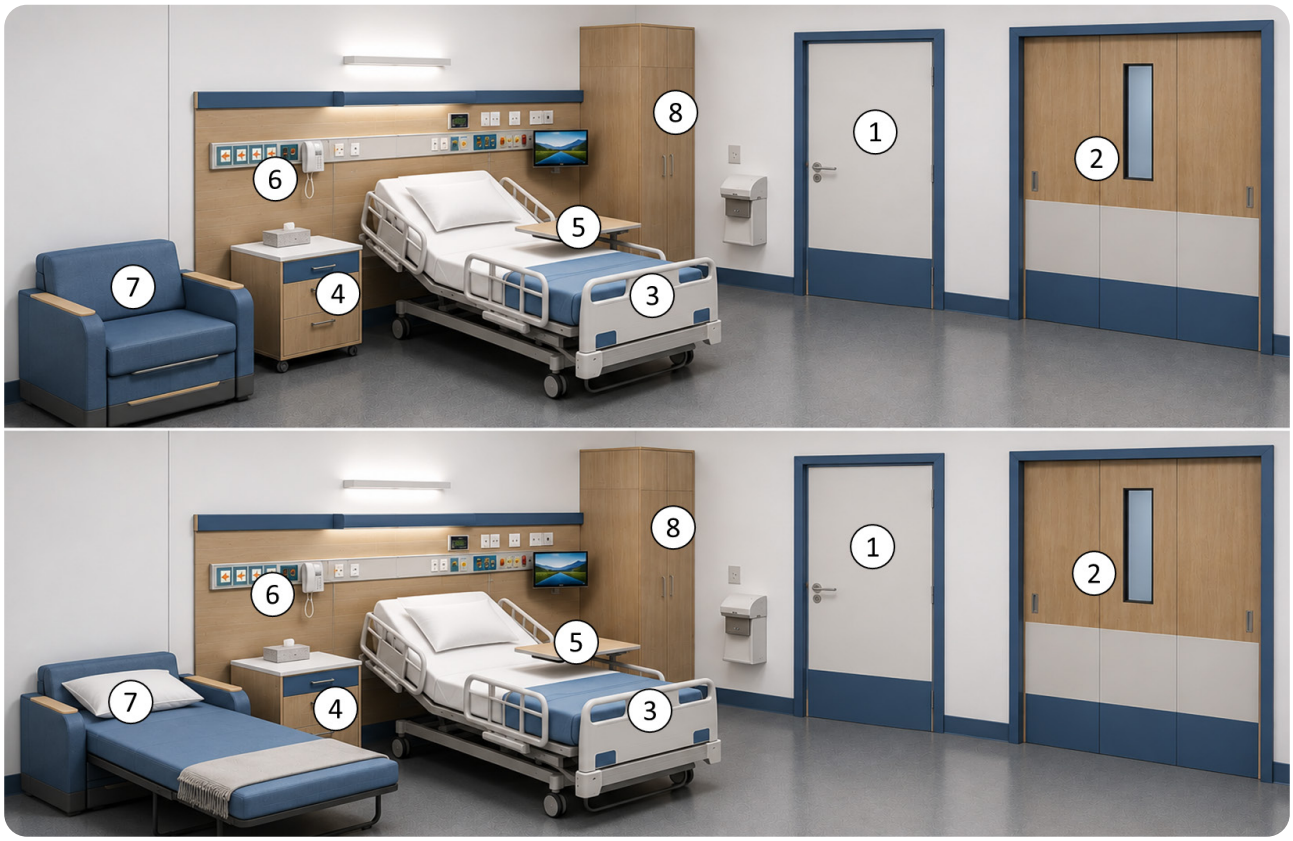



*Рисунок 5.15 – Варіант організації одномісної палати з місцем для особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку:*

1 – санітарно-гігієнічне приміщення при палаті; 2 – вхідні двері в палату; 3 – медичне ліжко;
4 – приліжкова тумба; 5 – приставний столик на коліщатках;
6 – пристрій для термінового виклику персоналу;
7 – крісло-ліжко для особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку;
8 – шафа з особистими речами пацієнтки

У двомісній палаті кожне місце має бути організоване таким чином, щоб користування одним ліжком, допоміжними засобами не обмежувало доступність та особистий простір іншої пацієнтки.

Необхідно передбачати можливість візуального відокремлення місць під час огляду, процедур, переодягання та відпочинку без перекриття основних маршрутів і робочих зон персоналу із застосуванням розсувних штор або мобільної ширми.




*Рисунок 5.16 – Схема організації двомісної палати:*

1 – санітарно-гігієнічне приміщення при палаті; 2 – медичне ліжко; 3 – приліжкова тумба; 4 – приставний столик на коліщатках; 5 – розсувна штора; 6 – стельовий підіймальний пристрій; 7 – кнопка термінового виклику персоналу; 8 – шафа з речами пацієнток;
9, 10 – крісло і столик для відпочинку пацієнток та для відвідувачів та відвідувачок



*Рисунок 5.17 – Сюжети використання двомісної палати*

Палата підвищеної комфортності (родинна) може передбачати умови для більш тривалого перебування особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку. Для цього можуть використовуватися крісло-ліжко, диван-ліжко або інші трансформовані меблі, а також компактний кухонний блок і місце для спільного відпочинку та приймання їжі — столик із двома кріслами. Під час планування необхідно враховувати габарити трансформованих меблів у розкладеному стані та забезпечувати збереження безперешкодних маршрутів, простору для маневрування, доступу до санітарно-гігієнічного приміщення і роботи персоналу.




*Рисунок 5.18. Схема організації палати підвищеної комфортності (родинної) з місцем для тривалого перебування особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку:*

1 – санітарно-гігієнічне приміщення при палаті;
2 – медичне ліжко;
3 – приліжкова тумба;
4 – круглий столик;
5 – стельовий підіймальний пристрій;
6 – кнопка термінового виклику персоналу;
7 – кухонний блок;
8 – шафа з особистими речами пацієнтки та для особи, яка супроводжує та підтримує;
9, – крісло для відпочинку пацієнтки та для особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку;
10 – розкладний диван для особи, яка супроводжує та підтримує пацієнтку



*Рисунок 5.19. Денний та нічний сюжет використання палати підвищеної комфортності (родинної)*

Планування палати має враховувати можливість професійної діяльності медичного працівника з інвалідністю.

Лікар, який користується кріслом колісним, може проводити опитування пацієнтки, оцінювати її загальний та післяопераційний стан, виконувати частину клінічного огляду та користуватися медичним обладнанням, якщо біля ліжка забезпечено достатній вільний простір для під'їзду, а необхідні прилади й органи керування розташовані у доступній зоні досяжності.

Робоча зона такого працівника не повинна перетинатися з маршрутом транспортування функціонального ліжка або основним шляхом пересування в палаті.

Для працівників із порушенням слуху звукові системи виклику та сповіщення необхідно доповнювати візуальним представленням інформації.

Для працівників із порушенням зору особливого значення набувають логічне та стабільне розташування обладнання, безпечні маршрути, відсутність випадкових перешкод, контрастне й тактильно розпізнаване позначення необхідних елементів.



*Рисунок 5.20. Лікар на кріслі колісному під час огляду пацієнтки в палаті*

### 5.3.5. Процедурні, перев'язувальні та приміщення процедурного лікування

Процедурні та перев'язувальні приміщення мають забезпечувати доступність як для пацієнток, так і для медичних працівників з інвалідністю.

Планування має передбачати вільний доступ до процедурної кушетки або крісла, можливість під'їзду крісла колісного, трансферу та, за необхідності, застосування допоміжного підіймального обладнання.

Кушетки доцільно застосовувати з можливістю регулювання висоти, що полегшує пересаджування пацієнтки та дозволяє адаптувати висоту робочої поверхні до характеру процедури та потреб працівника.

Обладнання, витратні матеріали та органи керування, які регулярно використовуються під час процедури, необхідно розташовувати в межах доступної робочої зони.

У приміщеннях з кількома процедурними місцями кожне з них має забезпечувати можливість візуального відокремлення пацієнтки. Штори або інші засоби відокремлення

не повинні зменшувати необхідний простір для підходу персоналу до кушетки або створювати перешкоди на шляхах руху.

У приміщеннях лікувального масажу, фізичної терапії та інших процедур, де працівник безпосередньо переміщується навколо кушетки, необхідно забезпечувати доступ до необхідних її сторін і стабільну організацію робочої зони.

Для працівника з порушенням зору особливе значення мають незмінне розташування кушеток та обладнання, відсутність випадково залишених предметів на маршрутах руху, контрастність основних елементів середовища та чітка просторова структура приміщення.

Умивальники, робочі поверхні, шафи та місця зберігання доцільно концентрувати у спільній робочій зоні персоналу поза межами індивідуальних процедурних місць.



*Рисунок 5.20. Організація приміщення лікувального масажу з кількома процедурними місцями та робочим місцем медичного працівника з порушенням зору*

### 5.3.6. Операційний блок

Операційний блок є частиною стаціонарного блоку. У межах цих Методичних рекомендацій його розглядають насамперед у частині тих архітектурно-планувальних та ергономічних рішень, які впливають на можливість професійної діяльності членів операційної команди з інвалідністю.

Доступність має забезпечуватися на всьому службовому маршруті працівника – від входу до операційного блоку через приміщення переодягання до зон підготовки, хірургічної обробки рук та безпосередньо операційної.

Організація операційної має враховувати можливість роботи хірурга, який користується кріслом колісним.

Для цього необхідно забезпечувати:

- достатній простір для під'їзду та позиціювання крісла біля операційного столу;
- можливість регулювання висоти операційного столу відповідно до робочого положення хірурга;
- конструкцію основи операційного столу, яка не перешкоджає максимально близькому під'їзду крісла та розміщенню колін і підніжок;
- можливість безпечного маневрування крісла без входження у зони розташування кабелів, трубок та мобільного обладнання;
- розташування необхідних органів керування та обладнання у межах робочої досяжності;
- можливість альтернативного керування обладнанням у випадках, коли стандартне керування передбачає виключно використання ножних педалей.

Робоче місце хірурга має формуватися так, щоб необхідність переміщення крісла під час безпосереднього виконання маніпуляції була мінімальною. Основний інструментальний стіл має розташовуватися в робочій зоні операційної медичної сестри.

Раковини для хірургічної обробки рук, дозатори та органи керування мають бути придатними для користування працівниками з різними функціональними можливостями.

Для працівників із порушенням слуху необхідно передбачати візуальне дублювання критичних інформаційних та аварійних сигналів, якщо їх сприйняття необхідне для виконання професійних обов'язків.

а



б



*Рисунок 5.21 – Професійна діяльність хірурга з порушеннями мобільності:*

а – переміщення до операційної на електричному кріслі колісному;
б – робота біля операційного столу з використанням крісла з функцією підйому та стабілізації нижніх кінцівок

### 5.3.7. Пост медичної сестри

Пост медичної сестри має бути розташований таким чином, щоб забезпечувати швидкий доступ до палат та основних маршрутів палатної секції, не створюючи перешкод для переміщення пацієнток, функціональних ліжок і допоміжного обладнання.

Робоче місце необхідно організовувати з урахуванням можливості його використання працівником з функціональними обмеженнями, зокрема працівником, який користується кріслом колісним.

Для цього слід передбачати:

- безперешкодний під'їзд до робочої поверхні;
- вільний простір для колін і підніжок;
- достатній простір для маневрування кріслом;
- доступність комп'ютерного обладнання, засобів зв'язку та органів керування;
- розташування документації й обладнання регулярного користування у межах доступної зони досяжності.

Частина робочої поверхні поста має бути придатною для роботи сидячи у кріслі колісному.

Системи виклику пацієнтками, аварійного сповіщення та внутрішнього зв'язку мають бути доступними для працівників із сенсорними порушеннями. Для працівників із

порушенням слуху звукові сигнали необхідно дублювати візуальними повідомленнями.

Організація поста має забезпечувати конфіденційність медичної інформації. Екрани комп'ютерів і документація не повинні бути доступними для випадкового перегляду пацієнтками або відвідувачами.




*Рисунок 5.22. Варіант організації доступного робочого місця на посту медичної сестри*

## 5.3.8. Службові приміщення та кімнати роботи персоналу

Доступність пацієнтської частини стаціонару не може вважатися достатньою, якщо працівник з інвалідністю не має безперешкодного доступу до свого робочого місця та приміщень, необхідних для виконання професійних обов'язків.

До таких приміщень належать лікарські, кімнати роботи медичного персоналу, приміщення для оформлення документації, проведення консиліумів, дистанційних консультацій, відпочинку та інші службові приміщення.

У кімнатах роботи персоналу необхідно передбачати доступні робочі місця, якими можуть користуватися працівники з різними функціональними можливостями.

Для працівника на кріслі колісному робочий стіл має забезпечувати:

- безперешкодний фронтальний під'їзд;
- відкритий простір під стільницею для колін, гомілок і підніжок крісла;
- відсутність внутрішніх вертикальних панелей, тумб або інших конструктивних елементів у межах робочої ніші;
- доступність комп'ютерного обладнання, документів, засобів зв'язку та інших регулярно використовуваних предметів.

Робочі поверхні та місця зберігання необхідно організовувати таким чином, щоб матеріали регулярного користування не розміщувалися виключно у верхній або іншій недоступній зоні.

Кімната роботи персоналу може використовуватися для аналізу результатів досліджень, оформлення медичної документації, проведення внутрішніх консиліумів і дистанційних консультацій.

Застосування відеозв'язку та цифрових робочих систем створює додаткові можливості для участі працівників з різними функціональними можливостями у клінічній роботі, консиліумах і міждисциплінарній взаємодії.



*Рисунок 5.23. Доступне робоче місце лікаря на кріслі колісному в кімнаті роботи персоналу*

### 5.3.9. Зона очікування та відвідування

У стаціонарному блоці доцільно передбачати зону очікування та відвідування для короткочасного перебування відвідувачів та відвідувачок і спілкування з пацієнтками поза межами палати.

Основу меблювання можуть становити зручні стільці або крісла з підлокітниками. У загальній композиції необхідно передбачати вільні місця для людей, які користуються кріслами колісними, без їхнього відокремлення від інших учасників групи.

Перевагу доцільно надавати невеликим групам на 2–4 місця, що забезпечують можливість спокійного та достатньо приватного спілкування.

Відокремлення може забезпечуватися взаємним розташуванням меблів, легкими перегородками або іншими планувальними засобами без створення повністю ізольованих приміщень.

Меблі слід розташовувати поза основними шляхами руху таким чином, щоб людина на кріслі колісному могла під'їхати до групи та залишити її без необхідності пересування інших меблів.

Для людей із порушенням зору важливими є логічна організація простору, контрастне виділення основних елементів та відсутність предметів, що виступають у межі маршруту.

Інформація про розташування палат, режим відвідування та інші необхідні повідомлення має подаватися у доступній візуальній формі; інформаційні та сигнальні повідомлення за потреби необхідно дублювати альтернативними способами.

За можливості зона відвідування має забезпечувати візуальну та акустичну приватність, не перетворюючись при цьому на ізольоване приміщення.




*Рисунок 5.24. Приклад організації зони відвідування з відокремленими місцями для приватного спілкування пацієнток із відвідувачами та відвідувачками*

## 5.3.10. Санітарно-гігієнічні приміщення

У стаціонарному відділенні санітарно-гігієнічні приміщення мають забезпечувати можливість щоденного користування пацієнтками та персоналом з урахуванням їхнього фізичного стану, рівня мобільності та можливої потреби у допомозі.

При палатах доцільно передбачати санітарно-гігієнічні приміщення із зоною для душу. Їх планування має враховувати можливість заїзду та маневрування крісла колісного, трансферу до санітарного обладнання та надання допомоги іншою особою.

Приміщення має бути обладнане необхідними опорними елементами, доступною системою виклику персоналу та душовою зоною без порога або іншого перепаду рівнів.

У складі стаціонарного відділення відповідно до нормативних вимог і медико-технологічного завдання можуть також передбачатися універсальні санітарно-гігієнічні приміщення та приміщення з розширеними функціями для пацієнток, які потребують допомоги працівника або особи, яка їх супроводжує та підтримує.

При реконструкції існуючих будівель, коли площа та конфігурація палати не дають можливості влаштувати повноцінне санітарно-гігієнічне приміщення із душовою зоною, така функція може забезпечуватися доступним санітарно-гігієнічним приміщенням на рівні відділення за умови дотримання чинних нормативних вимог.

Склад санітарно-гігієнічних приміщень для персоналу визначається чисельністю працівників, організацією їхньої роботи, функціональною структурою підрозділу та завданням на проєктування. Санітарно-гігієнічні приміщення для персоналу мають бути включені до безперешкодного службового маршруту та забезпечувати персоналу з інвалідністю доступ до необхідного набору санітарно-гігієнічних функцій.

Доступність має охоплювати не лише вхід до приміщення, а й можливість користування санітарним обладнанням, умивальником, душовою функцією, місцями переодягання та зберігання особистих речей, якщо вони передбачені у складі приміщення.

## 5.4. Пологовий блок

### 5.4.1 Загальні положення

Пологовий блок повинен забезпечувати безпечні, доступні та комфортні умови перебування жінки під час підготовки до пологів, самих пологів і раннього післяпологового періоду, а також належні умови для новонародженого, особи, яка супроводжує та підтримує жінку, та медичного персоналу.

Планувальні та просторові рішення пологового блоку повинні відповідати принципам універсального дизайну та забезпечувати фізичну, інформаційну, комунікаційну, сенсорну та когнітивну доступність для всіх користувачок без створення окремих спеціальних маршрутів або приміщень для окремих категорій пацієнток.

Організація середовища повинна враховувати можливу зміну функціонального стану жінки під час вагітності, пологів і раннього післяпологового періоду, зокрема тимчасове зниження мобільності, фізичної витривалості, рівноваги та здатності до самостійного пересування внаслідок болю, виснаження, анестезії або оперативних втручань.

Пологовий блок рекомендується розташовувати в зоні з високим рівнем захисту, з найкоротшим функціональним зв’язком із захищеним ядром і захисною спорудою цивільного захисту. Таке розміщення має забезпечувати можливість продовження медичної допомоги під час повітряної тривоги та мінімізувати потребу в переміщенні жінок, транспортування яких є складним або може призвести до переривання медичного процесу.

Необхідно забезпечувати зручний і короткий функціональний зв’язок пологового блоку з операційним блоком, відділенням анестезіології та інтенсивної терапії, стаціонарними та післяпологовими підрозділами, діагностичними приміщеннями та вертикальними комунікаційними вузлами.

Планувальна структура пологового блоку повинна забезпечувати:

- безбар’єрний доступ до всіх приміщень, призначених для жінок, осіб, які їх супроводжують та підтримують, та працівників медичного закладу;
- короткі та зрозумілі маршрути між функціонально пов’язаними приміщеннями;
- можливість переміщення жінок у кріслах колісних, на каталках і медичних ліжках;
- можливість використання допоміжних засобів та, за потреби, підйомних пристроїв;
- можливість вільного пересування та зміни положення тіла відповідно до стану жінки та етапу пологів;
- розмежування потоків жінок, персоналу, відвідувачів та відвідувачок;
- належний рівень візуальної, акустичної та фізичної приватності;
- зрозумілу навігацію, доступне інформування та оповіщення;
- можливість використання різних способів комунікації;
- перебування особи, яка супроводжує та підтримує жінку, відповідно до організації медичної допомоги та вимог інфекційного контролю;

- можливість швидкої зміни сценарію надання допомоги та безперешкодного доступу персоналу і мобільного медичного обладнання у разі виникнення невідкладного стану;
- безпечне перебування користувачок під час надзвичайних ситуацій та можливість переміщення до зон із вищим рівнем захисту.

Планувальні рішення та організація робочих місць повинні також забезпечувати можливість професійної діяльності працівників із різними функціональними можливостями відповідно до характеру виконуваних ними професійних обов'язків.

До складу пологового блоку залежно від прийнятої моделі акушерської допомоги можуть входити приймально-оглядові приміщення, передпологові та пологові палати, приміщення допологового і післяпологового перебування, навчальні приміщення, приміщення для персоналу та осіб, які супроводжують і підтримують жінку, санітарно-гігієнічні, допоміжні й технічні приміщення.

Конкретний склад, кількість, функціональні зв'язки та взаємне розташування приміщень визначаються потужністю закладу, прийнятою моделлю медичної допомоги та медико-технологічним завданням.

### 5.4.2 Приймально-оглядові приміщення

Приймально-оглядова група пологового блоку призначена для приймання жінки, первинного огляду, оформлення госпіталізації, оперативного оцінювання акушерського стану жінки та стану плода, визначення стадії пологів, необхідного обсягу медичної допомоги та подальшого клінічного маршруту.

Планувальна організація повинна забезпечувати максимально короткий, зрозумілий і безпечний маршрут від входу до зони приймання та огляду, а далі – до передпологової або пологової палати, стаціонарного, операційного чи іншого потрібного підрозділу відповідно до визначеного клінічного маршруту. Переміщення жінки не повинно вимагати повернення через загальні комунікаційні простори.

Приймально-оглядове приміщення повинно мати достатній вільний простір для одночасного перебування жінки, медичного працівника та, за необхідності, особи, яка її супроводжує та підтримує, а також для використання допоміжних засобів і мобільного медичного обладнання.

Для проведення огляду необхідно передбачати регульоване за висотою оглядове крісло або функціональну кушетку, розташовану так , щоб забезпечувати зручний підхід персоналу, можливість самостійного або асистованого переміщення та, за потреби, використання мобільного або стельового підйомного обладнання.

Організація простору повинна забезпечувати приватність під час опитування, переодягання та огляду. Зона огляду має бути візуально відокремлена від зони бесіди та входу непрозорою перегородкою, ширмою або іншим засобом, що забезпечує необхідний рівень приватності.

Систему виклику допомоги необхідно розташовувати так, щоб нею можна було скористатися з основних положень перебування жінки, зокрема з положення сидячи та з оглядового крісла або кушетки.

Засоби комунікаційної доступності слід розташовувати з урахуванням характеру медичного спілкування. У разі використання дистанційного перекладу українською жестовою мовою екран або планшет розміщують так, щоб жінка могла одночасно бачити медичного працівника та перекладача, а обладнання не перешкоджало проведенню огляду.

Організація приймання повинна передбачати можливість гнучкого сценарію комунікації та огляду. Спосіб передавання інформації, послідовність дій, положення жінки та спосіб користування обладнанням можуть змінюватися відповідно до її індивідуальних потреб. За потреби до комунікації та огляду залучається особа, яка супроводжує та підтримує жінку, зі збереженням її приватності, автономності та права самостійно приймати рішення (рис. 5.29).



*Рисунок 5.29 Приклад обладнання приймально оглядового приміщення*

У складі приймально-оглядової групи необхідно передбачати санітарно-гігієнічне приміщення з розширеними функціями, призначене для проведення гігієнічних і підготовчих процедур перед переведенням жінки до приміщень подальшого перебування.

Приміщення повинно забезпечувати можливість:

- користування туалетом;
- приймання душу;
- переодягання;
- виконання необхідних гігієнічних процедур;
- перебування у положенні лежачи;

- самостійного або асистованого переміщення;
- надання допомоги персоналом або особою, яка супроводжує та підтримує жінку.

До оснащення слід включати доступний унітаз, умивальник, безбар'єрний душовий простір із відкидним сидінням, регульовану за висотою кушетку, підйомне обладнання та засоби екстреного виклику допомоги (рис. 5.13).

Розташування такого приміщення безпосередньо у складі приймально-оглядової групи дає змогу виконати необхідні підготовчі процедури до подальшого переміщення жінки в межах пологового блоку та уникнути її повернення до приймальної зони.

У приймально-оглядовій групі необхідно передбачати умови для переодягання та організованого тимчасового зберігання особистого одягу й речей жінки.

Організація зберігання повинна враховувати подальший маршрут жінки в межах пологового блоку та забезпечувати переміщення її особистих речей разом із нею без необхідності повернення до приймально-оглядової зони.

### 5.4.3 Палати пологового блоку

Склад і типи палат пологового блоку визначаються прийнятою технологічною моделлю акушерської допомоги. У межах одного блоку можуть передбачатися передпологові палати, індивідуальні пологові палати, палати допологового та післяпологового перебування, а також універсальні індивідуальні пологові палати, у яких декілька етапів перебування жінки поєднуються в одному приміщенні.

Незалежно від типу палати її планування та обладнання повинні відповідати принципам універсального дизайну та забезпечувати можливість користування приміщенням усіма жінками без поділу за видами функціональних порушень.

Загальні вимоги до палат пологового блоку

Планувальна організація палат повинна забезпечувати:

- зрозуміле функціональне зонування та вільні маршрути між входом, ліжком, санітарно-гігієнічним приміщенням та іншими функціональними зонами;
- достатній простір для підходу до ліжка, роботи медичного персоналу, використання мобільного обладнання та надання допомоги;
- можливість пересування та маневрування з використанням крісла колісного, ходунків та інших допоміжних засобів;
- вільні зони для розвороту крісла колісного діаметром не менше ніж 1500 мм у ключових точках користування;
- можливість самостійного або асистованого переміщення між кріслом колісним і ліжком;
- можливість застосування мобільного або стаціонарного підіймального обладнання, якщо цього потребує стан жінки;
- розташування меблів та обладнання поза межами основних маршрутів руху, зон маневрування і робочого доступу персоналу;
- приватність перебування, огляду, медичних процедур та відпочинку;

- безпосередній або зручний функціональний зв'язок із санітарно-гігієнічним приміщенням відповідно до типу палати.

Основним елементом палати є функціональне медичне або пологове ліжко відповідно до призначення приміщення. Ліжко повинно мати регулювання висоти та положення секцій, а його розміщення — забезпечувати доступ із необхідних для надання допомоги боків.

Система виклику персоналу, елементи керування ліжком, освітленням та іншим обладнанням, яким користується жінка, повинні бути доступними з основних положень тіла (лежачи та сидячи).

Частину систем зберігання та предметів щоденного користування необхідно розташовувати в зоні досяжності з положення сидячи. Мобільні меблі та обладнання повинні мати надійну фіксацію і не створювати перешкод на маршрутах руху.

У палатах, де відповідно до функції приміщення передбачається перебування особи, яка супроводжує та підтримує жінку, її місце необхідно закладати як частину планувальної організації палати, а не розміщувати в залишковому просторі.

Місце особи підтримки повинно знаходитися поруч із жінкою, але поза основними робочими маршрутами медичного персоналу, зонами маневрування та переміщення мобільного обладнання.

Конкретне оснащення визначається режимом перебування:

- за короткочасного або денного перебування – місце для сидіння та особистих речей;
- за тривалого або цілодобового перебування – трансформоване місце для відпочинку або сну та місце для зберігання особистих речей.

Інклюзивність палат повинна забезпечуватися поєднанням фізичної, інформаційної, комунікаційної, сенсорної та когнітивної доступності в одному середовищі. Простір має бути логічно організованим і прогнозованим. Функціонально важливі елементи мають легко розпізнаватися та бути доступними для користування.

Необхідно забезпечувати:

- достатню візуальну контрастність дверей, дверної фурнітури, меблів, поручнів, елементів керування, кнопок виклику та обладнання відносно фону;
- рівномірне освітлення без засліплення, мерехтіння, різких тіней і надмірних перепадів яскравості;
- можливість регулювання інтенсивності освітлення відповідно до характеру перебування та медичних процедур;
- мінімізацію надлишкових візуальних і звукових подразників;
- можливість отримання важливої інформації та сигналів різними способами;
- використання засобів комунікаційної доступності, передбачених у закладі, зокрема індукційної системи та дистанційного перекладу українською жестовою мовою;
- зрозуміле і доступне розташування засобів виклику допомоги.

Колірне рішення має створювати спокійне середовище тривалого перебування, але водночас забезпечувати достатній функціональний контраст. Декоративні рішення не повинні ускладнювати орієнтування або створювати надмірне сенсорне навантаження.

У палатах необхідно передбачати кілька сценаріїв освітлення: загальне, робоче для медичних процедур, локальне біля ліжка та м'яке нічне освітлення. У захищеному середовищі, де природне освітлення відсутнє або обмежене, можуть застосовуватися світлові системи з регульованою інтенсивністю та колірною температурою, які сприяють підтриманню добового ритму.

Палата повинна допускати зміну способу користування простором залежно від стану жінки, етапу перебування, необхідності сторонньої допомоги та використання допоміжного обладнання без перестановки основних меблів і блокування маршрутів руху. Інклюзивність палати визначається не створенням окремих умов для певних категорій користувачок, а можливістю варіативного, безпечного та максимально самостійного користування одним універсальним середовищем.

Для всіх типів палат мають бути забезпечені приватність, вільні маршрути руху, доступ до ліжка та обладнання, робочий простір для персоналу, доступність системи виклику та можливість перебування особи супроводу відповідно до функції приміщення.

***Палата стаціонарного типу*** призначена для перебування вагітних або породіль, які потребують медичного спостереження, догляду та відпочинку, але не потребують проведення пологів безпосередньо в палаті.

За планувальною організацією, основним медичним оснащенням та принципами облаштування така палата відповідає палатам стаціонарного блоку і може бути одно- або двомісною залежно від прийнятої моделі організації медичної допомоги (рис. 5.14; 5.16).

У післяпологовий період необхідно передбачити можливість спільного перебування матері й новонародженого, зокрема розміщення мобільної приліжкової люльки та потрібних засобів догляду за дитиною.

Якщо в палаті передбачається перебування особи, яка супроводжує та підтримує жінку, її місце організовують відповідно до загальних вимог до палат пологового блоку.

Інші вимоги до планування, меблів, обладнання та санітарно-гігієнічного приміщення приймаються відповідно до вимог до палат стаціонарного блоку.

***Передпологова палата*** призначена для перебування жінки у період переймів до переведення в пологове приміщення. На відміну від палати стаціонарного типу, її простір організовують не лише навколо медичного ліжка, а й з урахуванням активного перебування жінки, вільного пересування та зміни положення тіла (рис. 5.30).




*Рисунок 5.30 – Приклад облаштування перед пологової палати*

У палаті передбачають функціональне медичне ліжко з регулюванням висоти та положення секцій, обладнання для спостереження за станом жінки та плода та вільну зону рухової активності. Простір повинен дозволяти жінці під час переймів перебувати в різних положеннях – ходити, стояти, сидіти, лежати, спиратися на опору або змінювати положення відповідно до власного самопочуття та рекомендацій медичного персоналу.

Для немедикаментозного полегшення переймів можуть передбачатися:

- м’яч для зміни положення тіла;
- м’який мат;
- стаціонарні або мобільні опори;
- інші засоби, що дозволяють змінювати положення тіла та підтримувати рухову активність.

Розміщення таких засобів повинно забезпечувати можливість їх використання без перестановки основних меблів і обладнання; у періоди, коли вони не використовуються, вони не повинні перешкоджати пересуванню та роботі персоналу.

Поряд із ліжком і в зоні рухової активності необхідно зберігати достатній вільний простір для допомоги жінці, спостереження за її станом, використання мобільного медичного обладнання та зміни сценарію надання допомоги.

У передпологовій палаті передбачають місце для особи, яка супроводжує та підтримує жінку, з можливістю перебувати поруч під час переймів і брати участь у підтримці жінки. Це місце не повинно перешкоджати її активному пересуванню або роботі медичного персоналу.

Якщо прийнята модель організації допомоги передбачає тривале очікування пологів, місце особи підтримки може бути пристосоване не лише для сидіння, а й для відпочинку.

Таким чином, специфічною вимогою до передпологової палати є створення вільного трансформованого простору для руху, зміни положення тіла та індивідуального перебігу періоду переймів, а не організація перебування жінки переважно в ліжку.

***Пологова палата з місцем для особи, яка супроводжує та підтримує жінку*** за основним складом, планувальною організацією та медичним оснащенням відповідає стандартному обладнанню пологової палати. У палаті передбачають пологове ліжко з можливістю зміни положення тіла, обладнання для спостереження за станом жінки та плода, медичну консоль, мобільне допоміжне обладнання, робочу зону персоналу, умивальник, місця для зберігання матеріалів та необхідний вільний простір для надання медичної допомоги.

Специфічною особливістю такої палати є постійне місце для особи, яка супроводжує та підтримує жінку під час пологів. Воно повинно передбачатися на етапі планування палати як окрема функціональна зона, а не формуватися за рахунок залишкового вільного простору. Місце особи підтримки слід розташовувати достатньо близько до пологового ліжка для безпосередньої фізичної та емоційної підтримки жінки, але поза основною робочою зоною акушерської бригади. Це крісло може бути обладнане зручним кріслом із підлокітниками та місцем для особистих речей. Розташування меблів не повинно обмежувати доступ персоналу до жінки, використання мобільного медичного обладнання або можливість швидкої зміни сценарію надання допомоги (рис. 5.31).

Планувальна організація палати повинна забезпечувати можливість особі підтримки перебувати поруч із жінкою під час різних етапів пологів – біля ліжка, під час зміни положення тіла та в ранньому післяпологовому періоді – без взаємного перешкоджання з медичним персоналом.

За бажанням жінки особа підтримки може брати участь у комунікації з медичним персоналом та надавати допомогу, однак її присутність не повинна обмежувати автономність, приватність і право жінки самостійно приймати рішення.

Таким чином, основною планувальною відмінністю такої палати є інтеграція місця особи підтримки у функціональну структуру приміщення з одночасним збереженням повноцінної робочої зони для проведення пологів.

а



б



в



*Рисунок 5.31 – Приклад використання пологової палати з місцем особи, що супроводжує та підтримає пацієнтку:*

а – облаштування палати; б – підтримка жінки під час пологів;
в – перебування жінки, новонародженого та особи підтримки після пологів.

***Індивідуальна палата пологового блоку*** призначена для перебування жінки до та після пологів, проведення необхідного медичного спостереження, відпочинку і догляду. Пологи безпосередньо в цій палаті не проводяться. Після пологів палата повинна забезпечувати спільне перебування матері й новонародженого, грудне вигодовування та виконання основних процедур догляду за дитиною (рис 5.32).

Основним елементом палати є функціональне медичне ліжко. Біля нього передбачають медичне оснащення, приліжкову тумбу, мобільний столик та інші засоби, потрібні для спостереження і догляду. Поруч із ліжком матері необхідно передбачати місце для мобільної приліжкової люльки новонародженого, яка з'явиться після пологів. Її розташування має забезпечувати максимально зручний доступ матері до дитини з положення лежачи або сидячи та не перешкоджати роботі медичного персоналу.

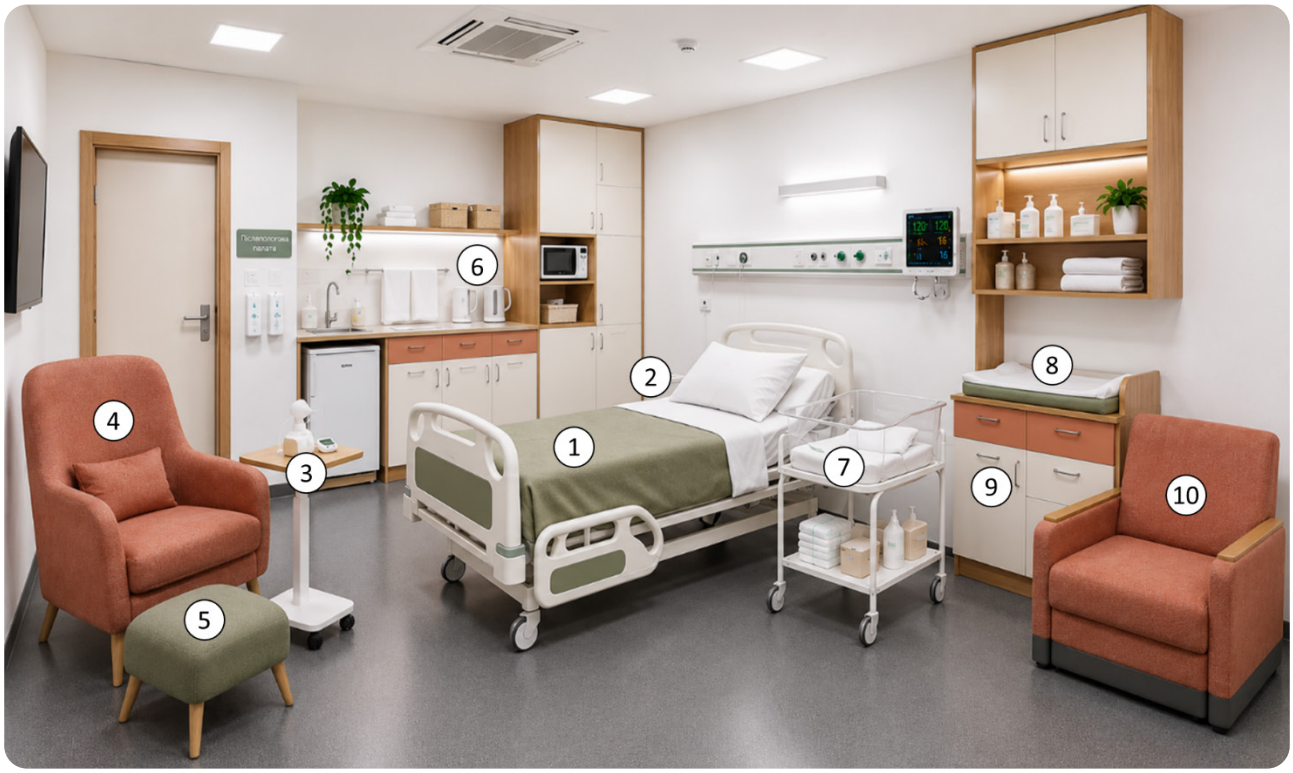



*Рисунок 5.32 – Приклад облаштування індивідуальної палати пологового блоку з місцем особи, що супроводжує та підтримає пацієнтку:*

1 – функціональне медичне ліжко; 2 – приліжкова тумба; 3 – мобільний столик;
4 – крісло з високою стійкістю, підтримкою спини та підлокітниками; 5 – пуф;
6 – компактний кухонний куточок із робочою поверхнею, мийкою, холодильником, чайником;
7 – мобільна люлька новонародженого; 8 – зона догляду за новонародженим;
9 – місце для зберігання особистих речей матері й дитини;
10 – крісло-ліжко для особи, яка супроводжує та підтримує жінку

У палаті доцільно передбачати окрему зону догляду за новонародженим із робочою поверхнею та місцями для зберігання пелюшок, одягу, засобів гігієни й інших предметів щоденного догляду. Побутова частина палати може включати робочу поверхню, умивальник та місця для зберігання особистих речей матері й дитини. Її необхідно організовувати окремо від зони зберігання медичних матеріалів.

У палаті передбачають місце для особи, яка супроводжує та підтримує жінку. Залежно від прийнятого режиму перебування воно може використовуватися для сидіння, відпочинку або сну відповідно до загальних вимог до палат пологового блоку.

а



б



в



*Рисунок 5.33 Схеми використання пологової палати з місцем особи, що супроводжує та підтримає пацієнтку:*

а – догляд за новонародженим; б – допомога з годуванням; в – режим відпочинку

Інклюзивність палати забезпечується зрозумілим функціональним зонуванням, вільними маршрутами руху, регульованим обладнанням, доступністю основних функціональних елементів та візуальною контрастністю середовища. На ілюстрації нейтральні білі стіни й графітна підлога створюють спокійну основу, а приглушені коралові та оливкові елементи допомагають візуально розрізняти меблі, текстиль і функціональні зони. Світле натуральне дерево пом'якшує клінічний характер приміщення, зберігаючи при цьому цілісне кольорове рішення пологового блоку.

У складі палати мають застосовуватися універсальні санітарно-гігієнічні приміщення, санітарно-гігієнічні приміщення з розширеними функціями та приміщення або функціональні зони для догляду за немовлям.

В разі використання палати особою з порушенням опорно-рухового апарату, або важкого перебігу вагітності може бути застосовано мобільний підіймальний пристрій (рис. 5.34).



*Рисунок 5.34 – Приклад переміщення пацієнтки із застосуванням мобільного підіймального пристрою*

***Індивідуальна палата підвищеної комфортності*** призначена для допологового та післяпологового перебування жінки, медичного спостереження, відпочинку, відновлення та спільного перебування матері з новонародженим/ною. Пологи безпосередньо в палаті не проводяться (рис 5.31).

За основним медичним оснащенням та принципами організації вона відповідає індивідуальній палаті пологового блоку, але передбачає розширені умови для тривалого перебування жінки, новонародженого/ної та особи, яка супроводжує та підтримує жінку.

Крім функціонального медичного ліжка, місця для новонародженого/ної та необхідного медичного обладнання, у палаті можуть передбачатися:

- розширена зона відпочинку;
- повноцінне місце для тривалого або цілодобового перебування особи підтримки;
- трансформовані меблі для відпочинку та сну;
- побутова зона з робочою поверхнею та місцями зберігання;
- зона для годування та догляду за новонародженим.

Побутові та рекреаційні елементи необхідно розташовувати так, щоб вони не обмежували робочу зону біля медичного ліжка та не перешкоджали наданню допомоги.

Специфічною складовою окремих палат підвищеної комфортності може бути ванна, що використовується для відпочинку, гігієнічних процедур або, відповідно до прийнятої медичної практики, для немедикаментозного полегшення стану жінки в допологовий період.




*Рисунок 5.35 – Приклад облаштування індивідуальної палати підвищеної комфортності:*

1 – функціональне медичне ліжко; 2 – приліжкова тумба;
3 – крісло з високою стійкістю, підтримкою спини та підлокітниками; 4 – медичне обладнання;
5 – ванна; 6 – робочий стіл;
7 – розкладний диван для особи, яка супроводжує та підтримує жінку

Якщо ванна передбачена, її розташування повинно забезпечувати безпечний підхід і вихід, можливість допомоги іншої особи, достатній вільний простір навколо, неслизьке покриття підлоги та можливість санітарної обробки поверхонь. Ванна не повинна блокувати основні маршрути руху або доступ до іншого обладнання.

Наявність ванни не замінює облаштування доступного душового простору відповідно до вимог до санітарно-гігієнічних приміщень.

Таким чином, підвищений рівень комфортності визначається не декоративним оформленням палати, а розширенням функціональних можливостей тривалого перебування жінки, новонародженого та особи підтримки при збереженні повноцінної медичної функції приміщення.

а



б



в



*Рисунок 5.36 – Сюжети використання індивідуальної палати підвищеної комфортності для перебування пацієнтки з особою, що її супроводжує та підтримає:*

а – підтримка під час переймів; б – використання ванни; в – післяпологовий період

***Універсальна індивідуальна пологова палата для партнерських пологів*** призначена для перебування жінки під час переймів, проведення пологів, раннього післяпологового відновлення та, залежно від прийнятої моделі медичної допомоги, подальшого спільного перебування матері й новонародженого.

Основною особливістю такого типу палати є поєднання декількох послідовних етапів акушерської допомоги в одному приміщенні, що дає змогу мінімізувати переміщення жінки та забезпечити сталість середовища і присутності особи підтримки (рис. 5.33).

Простір палати повинен забезпечувати можливість швидкої зміни функціонального сценарію – від відносно вільного, наближеного до житлового середовища під час переймів і відпочинку до повноцінної робочої зони акушерської бригади під час пологів та у разі необхідності невідкладної допомоги.

Основним елементом зона для пологів і відпочинку жінки є багатофункціональне пологове ліжко-трансформер із регулюванням висоти та положення секцій. Навколо ліжка необхідно забезпечити вільний функціональний простір для роботи акушерської бригади, використання мобільного обладнання, зміни положення жінки та виконання необхідних медичних маніпуляцій.

Під час переймів простір палати повинен дозволяти жінці вільно пересуватися та використовувати різні положення тіла і допоміжні засоби немедикаментозного полегшення пологової діяльності. Біля ліжка матері передбачають місце для мобільної приліжкової люльки новонародженого.

Окремо необхідно організувати робочу зону первинного огляду та надання допомоги новонародженому з необхідним медичним обладнанням і сповивальною або реанімаційною поверхнею з підігрівом. Її розташування повинно забезпечувати швидкий доступ персоналу і водночас не перетинати основні маршрути переміщення жінки та особи підтримки.

Місце особи підтримки повинно забезпечувати можливість її тривалого перебування поруч із жінкою протягом переймів, пологів і післяпологового періоду. Цю зону розташовують поза основною клінічною робочою зоною, але в межах безпосереднього контакту з жінкою. За умови тривалого або цілодобового перебування доцільно передбачати трансформоване місце для відпочинку або сну та місце для особистих речей.

У разі тривалого перебування матері, новонародженого та особи підтримки в палаті може передбачатися компактна побутова зона з робочою поверхнею, мийкою, холодильником, місцями зберігання та іншим обладнанням відповідно до медико-технологічного завдання. Побутову зону необхідно просторово відокремлювати від медичної робочої зони та організовувати так, щоб користування нею не перешкоджало наданню медичної допомоги.

Палата повинна мати безпосередній зв’язок з індивідуальним санітарно-гігієнічним приміщенням, склад і оснащення якого визначають відповідно до вимог до санітарно-гігієнічних приміщень пологового блоку.

Для забезпечення безпечного переміщення жінки за необхідності може застосовуватися мобільна або стельова підіймальна система. В разі застосування стельової підіймальної системи, необхідно попереднє узгодження траєкторії переміщення з планувальною структурою палати. Система повинна охоплювати основні точки можливого переміщення, насамперед зону ліжка та інші функціональні зони, передбачені медико-технологічним завданням.

Оскільки палата використовується не лише під час безпосереднього проведення пологів, а й для відпочинку та післяпологового перебування, доцільно мінімізувати постійне візуальне домінування медичного обладнання. Медичні гази, електроживлення, засоби моніторингу та частина спеціалізованого обладнання можуть інтегруватися в настінний або меблевий медичний фронт, забезпечуючи можливість швидкого доступу під час надання невідкладним медичних втручань.

Таке рішення дає змогу поєднати клінічну функціональність із більш спокійним середовищем тривалого перебування без зменшення готовності палати до проведення пологів та надання невідкладної допомоги.

Таким чином, основною планувальною особливістю універсальної індивідуальної пологової палати є можливість послідовної зміни функціональних сценаріїв в одному приміщенні:від перебування під час переймів до проведення пологів і спільного післяпологового перебування матері, новонародженого та особи підтримки — без необхідності переміщення жінки між різними палатами.




*Рисунок 5.37 – Приклад облаштування універсальної індивідуальної палата для партнерських пологів:*

1 – багатофункціональне пологове ліжко-трансформер; 2 – прихований медичний фронт;
3 – ніша паркування крісла колісного; 4 – мобільна приліжкова люлька новонародженого;
5 – зона догляду за новонародженим;

6 – висувні шухляди, полиці для підгузків та гігієнічних засобів; 7 – місце для зберігання особистих речей матері й дитини;
8 – побутовий блок із мийкою, холодильником, чайником;
9 – стельова підіймальна система;
10 – крісло-ліжко для особи, яка супроводжує та підтримує жінку

а



б



в



*Рисунок 5.38 – Сюжети використання універсальної індивідуальної палати для партнерських пологів у передпологовий період:*

а, б – догляд і підтримка; в – допомога під час переймів

а



б



*Рисунок 5.39 – Сюжети використання універсальної індивідуальної палати для партнерських пологів під час і після пологів:*

а –підтримкапід час пологів; в – допомога догляду за дитиною

### 5.4.4 Навчальний кабінет догляду за дитиною

Навчальний кабінет догляду за дитиною призначений для практичного опанування навичок безпечного догляду за новонародженим до виписки із закладу охорони здоров'я. У кабінеті можуть проводитися індивідуальні або малогрупові заняття з купання, сповивання, переодягання, годування, безпечного утримування та переміщення дитини, користування засобами догляду, а також підбору зручних і безпечних способів виконання повсякденних дій.

Цей простір створений для всіх жінок, які потребують практичного навчання. Простір, меблі, обладнання та спосіб проведення занять повинні дозволяти адаптувати процес навчання відповідно до індивідуальних потреб користувачки без створення окремих зон або обладнання для різних категорій жінок.

Планування приміщення повинно враховувати одночасне перебування жінки, новонародженого або навчального манекена, фахівця, який проводить заняття, та, за необхідності, особи, яка супроводжує та підтримує жінку. За потреби до навчання

можуть залучатися консультант із грудного вигодовування, ерготерапевт або інший фахівець.

Кабінет доцільно розміщувати поблизу палат післяпологового перебування, поза основними транзитними маршрутами, із коротким і безбар'єрним зв'язком із ними. Планування кабінету повинно відповідати послідовності основних процесів догляду за дитиною та забезпечувати можливість виконання практичних дій без зайвих переміщень жінки з немовлям.

Доцільно передбачати такі функціональні зони:

***Зона сповивання, переодягання та гігієнічного догляду.*** Обладнується робочою поверхнею або сповивальним столом із регулюванням висоти чи іншим рішенням, що дозволяє виконувати дії як у положенні стоячи, так і сидячи. Конструкція повинна забезпечувати зручний доступ до дитини та запобігати її випадковому падінню.

***Зона купання.*** Обладнується ванночкою або спеціальним модулем для навчання купанню дитини. Робоча висота та організація підходу повинні дозволяти користуватися обладнанням у різних положеннях тіла. Змішувач, ручний душ, органи керування та засоби догляду слід розташовувати в межах зручної досяжності, щоб під час купання не виникала необхідність тягнутися через ванночку з дитиною на руках. Необхідно передбачати захист від випадкового ошпарювання.

***Зона годування та безпечного утримування дитини.*** Оснащується стійким кріслом із підтримкою спини та підлокітниками. За необхідності можуть застосовуватися подушки та інші допоміжні засоби, що полегшують утримування дитини та забезпечують стабільне положення матері й немовляти. Допоміжні пристрої не повинні розглядатися як стандартний набір для всіх користувачок — їх підбирають відповідно до конкретної ситуації та способу виконання дії.

***Зона навчальної взаємодії.*** Повинна забезпечувати можливість демонстрації дій фахівцем і їх подальшого практичного виконання жінкою. Для первинного відпрацювання окремих методів можуть використовуватися навчальні манекени новонароджених.

***Зона зберігання.*** Передбачається для навчальних матеріалів, пелюшок, рушників, одягу, засобів гігієни, навчальних манекенів та допоміжних пристроїв. Предмети, які використовуються під час заняття, необхідно розміщувати у зручній зоні досяжності.

Мобільні меблі та обладнання повинні мати надійну систему фіксації. Основне обладнання повинно дозволяти змінювати робочу висоту, положення або спосіб підходу відповідно до способу виконання конкретної дії. До основного оснащення можуть належати:

- регульована сповивальна поверхня;
- доступний модуль для купання;
- стійке крісло для годування;
- мобільні робочі поверхні;
- системи зберігання;

- допоміжні засоби;
- навчальні манекени новонароджених.

***Організація навчання***

Простір кабінету повинен дозволяти навчати не лише одному стандартному способу виконання дії, а підбирати безпечний і зручний спосіб догляду відповідно до можливостей конкретної жінки.

За необхідності можуть змінюватися:

- робоча висота;
- положення тіла;
- розташування обладнання;
- спосіб утримування дитини;
- послідовність виконання окремих операцій;
- допоміжні засоби.

Жінка повинна мати можливість повторювати практичні дії у власному темпі до формування впевненого та безпечного способу їх виконання. За необхідності до навчання залучається особа, яка супроводжує та підтримує жінку. Планування кабінету повинно дозволяти їй брати участь у занятті, не перешкоджаючи самостійному виконанню дій жінкою та роботі фахівця.




*Рисунок 5.40. Приклад облаштування кабінету навчання жінка догляду за дитиною:*

1 – сповивальна поверхня; 2 – модуль для купання; 3 – рукомийник;
4 – системи зберігання навчальних матеріалів; 5 – наочна інформація;
6 – крісла для проведення занять

Навчальна інформація не повинна передаватися лише одним способом. Усне пояснення доцільно поєднувати з практичною демонстрацією, текстовими й графічними інструкціями, піктограмами, відеоматеріалами із субтитрами та, за необхідності, електронними або аудіоматеріалами.

а




б



в




*Рисунок 5. 41 Приклад облаштування кабінету навчання жінка догляду за дитиною:*

а – навчання сповиванню та гігієнічному догляду;
б – індивідуальне відпрацювання прийомів догляду;
в – навчання безпечному утримуванню та годуванню дитини

Інструкції повинні бути короткими, послідовними та зрозумілими; доцільно застосовувати принцип «одна дія – один етап».

У кабінеті повинна бути забезпечена можливість використання прийнятих у закладі засобів комунікаційної доступності. У разі дистанційного перекладу українською жестовою мовою екран або планшет необхідно розташовувати так, щоб під час практичного заняття жінка могла одночасно бачити фахівця, перекладача та дитину або навчальний манекен.

Простір не повинен бути перевантажений декоративними чи інформаційними елементами. Розташування обладнання має бути логічним і передбачуваним, а робочі поверхні та органи керування – добре розпізнаваними.

***Безпека та санітарно-гігієнічні вимоги***

Робочі поверхні, меблі, ванночки, навчальні манекени та багаторазові допоміжні засоби повинні бути придатними для регулярного очищення та дезінфекції. Обладнання для купання і сповивання повинно мати стійку конструкцію та виключати можливість випадкового перекидання або неконтрольованого переміщення. Покриття підлоги має бути неслизьким, без перепадів рівня, стійким до колісного навантаження та придатним для вологого прибирання.

Основною особливістю навчального кабінету є можливість практично відпрацювати до виписки той спосіб догляду за дитиною, який жінка зможе безпечно застосовувати вдома самостійно або з необхідною підтримкою.

### 5.4.5 Санітарно-гігієнічні приміщення

Склад санітарно-гігієнічних приміщень пологового блоку визначається типом приміщень для перебування жінки, прийнятою моделлю акушерської допомоги та організацією процесів у допологовому, пологовому і післяпологовому періодах.

Санітарно-гігієнічні приміщення, якими користуються жінки, повинні мати зручний і безбар'єрний функціональний зв'язок із відповідними палатами та іншими приміщеннями пологового блоку.

Для індивідуальних пологових палат і палат тривалого перебування доцільно передбачати універсальні санітарно-гігієнічні приміщення з зоною для душа, безпосередньо пов'язані з палатою. Їх планування та оснащення повинні враховувати можливість самостійного користування, а за необхідності – надання допомоги медичним персоналом або особою, яка супроводжує та підтримує жінку.

У складі пологового блоку залежно від функції приміщення можуть передбачатися:

- універсальні санітарно-гігієнічні приміщення;
- **санітарно-гігієнічні приміщення з розширеними функціями**;
- індивідуальні санітарно-гігієнічні приміщення при палатах;
- приміщення або функціональні зони для гігієнічного догляду за новонародженим.

Санітарно-гігієнічне приміщення з розширеними функціями слід передбачати у складі приймально-оглядової групи, а також не менше ніж одне на відділення.

Загальні вимоги до розмірів, зон маневрування, розміщення сантехнічного обладнання, поручнів, душового місця, систем виклику допомоги та іншого оснащення приймаються відповідно до вимог до санітарно-гігієнічних приміщень, наведених у відповідному 3 розділі цих Методичних рекомендацій.

Специфічною особливістю окремих приміщень пологового блоку може бути ванна, яка залежно від прийнятої медичної практики використовується для гігієнічних процедур, релаксації або як один із засобів підтримки фізіологічного перебігу пологів.

Наявність ванни повинна враховуватися вже на етапі планування приміщення. В разі розміщення в палаті ванни необхідно забезпечити:

- безпечний і вільний підхід до ванни;
- достатній простір для входу та виходу з неї;
- можливість надання допомоги медичним персоналом або особою підтримки;
- безпечне неслизьке покриття підлоги;
- можливість використання необхідних опорних або допоміжних засобів;
- відсутність перешкод на основних маршрутах руху;
- можливість належного очищення та санітарної обробки поверхонь.

Під час визначення типу ванни та способу її встановлення необхідно враховувати можливість користування нею жінкою з тимчасово або постійно зниженою мобільністю та передбачати безпечний спосіб входу, виходу і надання допомоги.

Ванну слід розглядати як додаткову функціональну частину відповідного приміщення, а не як окремий тип санітарно-гігієнічного приміщення. Її наявність не повинна замінювати передбаченого планувальним рішенням доступного способу виконання основних гігієнічних процедур.

# СПИСОК ДЖЕРЕЛ


- Конвенція про права осіб з інвалідністю: Конвенція ООН від 13.12.2006. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71 (дата звернення: 23.08.2026).
- Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 № 366-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДБН В.2.2-10:2022. Заклади охорони здоров'я. Основні положення: зі Змінами № 1, № 2. Київ : Міністерство розвитку громад та територій України, 2022. URL: https://e-construction.gov.ua/laws_detail/3883981694604150151 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДБН В.2.2-40:2018. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення: зі Змінами № 1–3. Київ: Мінрегіон України, 2018. URL: https://e-construction.gov.ua/laws_detail/38664331028468872 44?doc_type=2 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДСТУ ISO 21542:2025. Будинки та споруди. Доступність і зручність використання урбанізованого середовища (ISO 21542:2021, IDT). Чинний від 01.02.2026. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=118214 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДСТУ EN 17210:2024. Доступність і зручність. Використання створеного середовища. Функціональні вимоги (EN 17210:2021, IDT). Чинний від 01.01.2025. URL: https://budstandart.ua/normativ-document.html?id_doc=108719 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДБН В.2.2-9:2018. Громадські будинки та споруди. Основні положення. Київ: Мінрегіон України, 2018. URL: https://e-construction.gov.ua/laws_detail/3883980506374604305?doc_type=2 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДБН В.1.1-7:2016. Пожежна безпека об'єктів будівництва. Загальні вимоги. Київ: Мінрегіон України, 2017. URL: https://e-construction.gov.ua/laws?doc_type=2 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДБН В.2.2-5:2023. Захисні споруди цивільного захисту : зі Змінами № 1, № 2. Київ : Міністерство розвитку громад, територій та інфраструктури України, 2023. URL: https://e-construction.gov.ua/laws_detail/3875987194791331287 (дата звернення: 23.08.2026).
- Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.02.2023 № 354. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0562-23 (дата звернення: 23.08.2026).

- Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до розміщення, облаштування, обладнання та експлуатації перинатальних центрів»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2012 № 55: у чинній редакції. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0248-12 (дата звернення: 23.08.2026).
- Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 № 1614: у чинній редакції. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1318-21 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДБН В.2.5-28:2018. Природне і штучне освітлення. Київ : Мінрегіон України, 2018. URL: https://e-construction.gov.ua/laws_detail/3879665444646291006 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДБН В.2.5-67:2013. Опалення, вентиляція та кондиціонування. Київ : Мінрегіон України, 2013. URL: https://e-construction.gov.ua/laws_detail/387391045809321241?doc_type=2 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДБН В.2.5-64:2012. Внутрішній водопровід та каналізація. Частина І. Проектування. Частина ІІ. Будівництво : зі Зміною № 1. Київ: Мінрегіон України, 2012. URL: https://e-construction.gov.ua/laws_detail/3874234926928758701?doc_type=2 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДБН В.1.1-31:2013. Захист територій, будинків і споруд від шуму. Київ: Мінрегіон України, 2013. URL: https://e-construction.gov.ua/laws_detail/3875968011680613893?doc_type=2 (дата звернення: 23.08.2026).
- ДБН В.2.5-56:2014. Системи протипожежного захисту : зі Змінами № 1, № 2. Київ : Мінрегіон України, 2014. URL: https://e-construction.gov.ua/laws_detail/3879644620035982912?doc_type=2 (дата звернення: 23.08.2026).
- Жидкова Т. В., Грибальський Я. В. Методичні рекомендації щодо облаштування інклюзивних лікарняних палат. Київ: Національна Асамблея людей з інвалідністю України, 2022. 20 с. URL: https://naiu.org.ua/wp-content/uploads/2022/08/MetodicalRecommendationMedicalAppartments_v05.pdf (дата звернення: 23.08.2026).
- Жидкова Т. В., Грибальський Я. В. Методичні рекомендації щодо облаштування кабінетів гінекології в медичних закладах України. Київ: Національна Асамблея людей з інвалідністю України, 2022. 12 с. URL: https://naiu.org.ua/wp-content/uploads/2022/10/MetodicalRecommendation_Web.pdf (дата звернення: 23.08.2026).
- Жидкова Т. В., Грибальський Я. В. Доступність санітарно-гігієнічних приміщень для осіб з інвалідністю в місцях громадського користування: методичні рекомендації. Київ : Національна Асамблея людей з інвалідністю України, 2024. 36 с. URL: https://naiu.org.ua/wp-content/uploads/2025/01/naiu_accessiblesanitarya4ua_v03-1.pdf (дата звернення: 23.08.2026).
- Facility Guidelines Institute. Guidelines for Design and Construction of Hospitals. 2022 ed. St. Louis, MO: Facility Guidelines Institute, 2022. URL: https://shop.fgiguidelines.org/products/paperback-2022-hospital (дата звернення: 23.08.2026).

- Facility Guidelines Institute. Guidelines for Design and Construction of Outpatient Facilities. 2022 ed. St. Louis, MO: Facility Guidelines Institute, 2022. URL: https://shop.fgiguidelines.org/products/paperback-2022-outpatient (дата звернення: 23.08.2026).
- International Health Facility Guidelines. Part B: Health Facility Briefing & Design. Outpatients Unit. TAHPI, 2025. URL: https://www.healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_outpatients_unit (дата звернення: 23.08.2026).
- International Health Facility Guidelines. Part B: Health Facility Briefing & Design. Inpatient Unit – General. TAHPI, 2025. URL: https://iheem.healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_inpatient_unit_general (дата звернення: 23.08.2026).
- International Health Facility Guidelines. Part B: Health Facility Briefing & Design. Birthing Unit. TAHPI, 2025. URL: https://www.healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_birthing_unit (дата звернення: 23.08.2026).
- International Health Facility Guidelines. Part B: Health Facility Briefing & Design. Operating Unit. TAHPI, 2026. URL: https://www.healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_operating_unit (дата звернення: 23.08.2026).
- NHS England. Health Building Note 00-02: Sanitary Spaces. London: Department of Health, 2016. URL: https://www.england.nhs.uk/publication/designing-sanitary-spaces-like-bathrooms-hbn-00-02/ (дата звернення: 23.08.2026).
- NHS England. Health Building Note 00-03: Clinical and Clinical Support Spaces. London : Department of Health, 2013. URL: https://www.england.nhs.uk/publication/designing-generic-clinical-and-clinical-support-spaces-hbn-00-03/ (дата звернення: 23.08.2026).
- NHS England. Health Building Note 00-04: Circulation and Communication Spaces. London: Department of Health, 2013. URL: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/Health_Building_Note_00-04_-_Circulation_and_communication_spaces_-_updated_April_2013.pdf (дата звернення: 23.08.2026).
- Department of Health. Health Building Note 09-02: Maternity Care Facilities. London : Department of Health, 2013. URL: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/HBN_09-02_Final.pdf (дата звернення: 23.08.2026).
- World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization, 2016. ISBN 978-92-4-151121-6. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216 (дата звернення: 23.08.2026).
- World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016. 196 p. ISBN 978-92-4-154991-2. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912 (дата звернення: 23.08.2026).

- World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. 238 p. ISBN 978-92-4-155021-5. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215 (дата звернення: 23.08.2026).
- World Health Organization. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief. Geneva: World Health Organization, 2020. 7 p. WHO/SRH/20.13. URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-S

**НАЦІОНАЛЬНА АСАМБЛЕЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ УКРАЇНИ (НАІУ)**

**НАІУ** — парасолькове об'єднання 120 національних та регіональних громадських організацій людей з інвалідністю, зокрема тих, які створені й керуються безпосередньо особами з інвалідністю, їхніми законними представниками та батьками, які виховують дітей з інвалідністю. Діяльність цих організацій охоплює національний та місцевий рівні в різних областях України.

Протягом багатьох років НАІУ послідовно відстоює права жінок з інвалідністю на системному рівні, реалізуючи широке коло стратегічних завдань:експертиза нормативно-правових актів та надання рекомендацій до них; проведення національних і регіональних адвокаційних кампаній; системна інтеграція питань інвалідності в гендерну політику країни; інституційна підтримка організацій жінок з інвалідністю; підтримка феміністичного руху та захист прав жінок (зокрема з інвалідністю) в умовах воєн і гуманітарних криз.

Проєкт «Здоров'я жінки» (2026–2029 рр.) спрямований на забезпечення рівного та безперешкодного доступу жінок з інвалідністю до якісних медичних послуг, зокрема у сфері репродуктивного здоров'я, у пілотних регіонах.

Проєкт упроваджується в таких областях: Волинська, Київська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Черкаська та Чернівецька.

**НАЦІОНАЛЬНА АСАМБЛЕЯ**
**ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ УКРАЇНИ**

01054, м. Київ, вул. Рейтарська, 8/5А, к. 110

Телефон: +380 44 279 6182

E-mail: office-naiu@ukr.net

Сайт: www.naiu.org.ua