

Безбар'єрність у реабілітаційних відділеннях



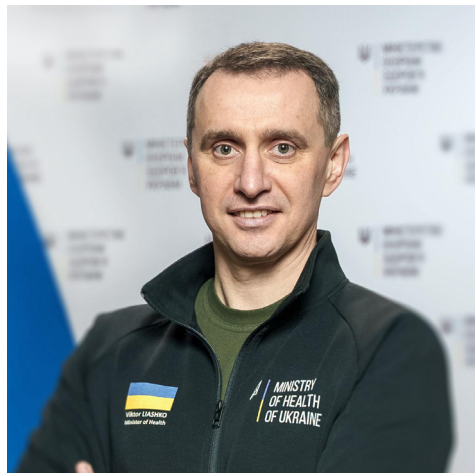
Цей посібник створений спільно з Міністерством охорони здоров'я України, в рамках флагманського проєкту «Розвиток системи реабілітаційної допомоги», в межах Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні за ініціативи першої леді Олени Зеленської.

За фінансової та технічної підтримки Світового банку, Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (SDC) та Генерального Директорату Європейської Комісії з питань політики сусідства та переговорів з розширення (DGNEAR). Думки, висловлені у цьому посібнику, належать авторам, та не відображають офіційних поглядів Європейського Союзу чи інших партнерів.

Посібник розробила команда урбан-бюро Big City Lab.

Проєкт має на меті:

відновлення та покращення доступу до основних послуг з психічного здоров'я та реабілітації.



ВІКТОР ЛЯШКО

Міністр охорони здоров'я
України

Створити найсильнішу галузь реабілітації в Європі — наша відповідальність перед українськими героями. Зручні, якісні, доступні, ефективні, людиноцентричні реабілітаційні простори — це про повагу не на словах, а на ділі.

Реабілітація — це процес, для успіху якого важлива цілісність та безперервність.

Крок за кроком впроваджуємо необхідні зміни. Посібник з доступності реабілітаційних відділень стане в нагоді всім залученим стейкхолдерам. Разом працюємо для реалізації спільної мети, що стоїть перед нами та місцевою владою: якісна сучасна доказова реабілітація в сфері охорони здоров'я, що доступна в кожній громаді.



ТЕТЯНА ЛОМАКІНА

Радниця-уповноважена
Президента України
з питань безбар'єрності

Повномасштабна війна, як ніщо інше, демонструє нам цінність повноцінного життя. І не просто життя як можливості дихати та їсти, а повноцінного активного життя, коли людина може реалізувати себе та свій потенціал, бути активним членом суспільства та робити власний внесок у нашу перемогу та відновлення.

Тому ми маємо створити такі умови, в яких всі люди, які в той чи інший спосіб втратили функції організму, могли отримати своєчасну та якісну допомогу. Військовослужбовці, які зазнали поранень, цивільні громадяни, що постраждали через війну, люди з важкими захворюванням, діти, які народилися із порушеннями — всі вони мають жити повноцінним життям.

Як це зробити? Через якісну, сучасну та доступну систему надання реабілітаційної допомоги, що дозволяє максимально відновити втрачені після поранення чи захворювання функції організму.

Ми всі розуміємо, що система надання реабілітаційної допомоги не була готова до такого навантаження і таких викликів, з якими ми зіткнулися через війну.

Але вона розвивається та змінюється, як і всі ми. Тому цей посібник такий актуальний вже зараз, адже він дає відповіді на питання, що потрібно робити в першу чергу, щоб реабілітаційні відділення лікарень стали справді доступними для всіх людей, яким потрібна допомога.

ЗМІСТ

I. Про реабілітаційні послуги	6
II. Матриця порушень	25
III. Просторові рішення	42
Прилегла територія:	
• Маршрут від громадської зупинки до території реабілітаційного закладу	44
• Маршрут територією до вхідної групи	48
• Зона паркування для авто та велосипедів біля закладу	52
Вхідні групи:	
• Вхід для приймання пацієнтів, доставлених спеціалізованими санітарними автомобілями екстреної медичної допомоги	56
• Вхід для пацієнтів, які звертаються самостійно або їх госпіталізують у плановому порядку (варіант за умови реконструкції)	58
Горизонтальні комунікації:	
• Горизонтальні комунікації відділення де є пацієнти тяжких станів (лежачі)	60
• Горизонтальні комунікації стаціонарного відділення	62
Вертикальні комунікації:	
• Ліфт	64
• Сходи	66
• Пандус	68
Зона отримання послуг та інформації.	70
Зона очікування.	72
Зона приймання їжі:	
• Їдальня для пацієнтів	74
• Кафе для відвідувачів	76
Кімната сенсорного розвантаження	78
Універсальна кабіна з душовою	80
Двомісна палата з окремим санітарно-гігієнічним приміщенням	82
Кабінети реабілітації:	
• Кабінет фізичної терапії	84
• Кабінет ерготерапії	88
• Кабінет для індивідуальної психологічної допомоги	90
• Кабінет з терапії мови та мовлення	92
IV. Анкета аудиту доступності	95
Джерела	119
Автори	120

Про реабілітаційні послуги



Про реабілітаційні послуги

Під час воєнних дій Україна формує власну систему надання реабілітаційної допомоги з урахуванням своїх можливостей і досвіду, а також досвіду провідних країн світу у сфері реабілітації.

Військові та цивільні громадяни потребують не лише лікування травм і поранень, а й якісного відновлення функціонування та ментального здоров'я, щоби повернутися до життя й стати максимально незалежними та самостійними.



Система реабілітаційної допомоги — це невід'ємна частина системи охорони здоров'я, і розвиток реабілітації має гармоніювати з розвитком системи охорони здоров'я в цілому.

ВІДПОВІДНО, ЕЛЕМЕНТАМИ СИСТЕМИ Є:

1. Мережа надавачів реабілітаційної допомоги
2. Фахівці з реабілітації
3. Відповідна політика, послуги та механізм їх фінансування

Важливо розвивати реабілітацію в кожному регіоні, щоб людина могла отримати необхідну допомогу в гострому, післягострому та в довготривалому / хронічному реабілітаційному періоді.

Це забезпечить безперервність надання послуги та покращить ефект реабілітації. Власне, на перших етапах реабілітації людина зазвичай потребує перебування в лікарні та отримання комплексної мультидисциплінарної послуги.

Тож надзвичайно важливо забезпечити відповідну інфраструктуру як складову мережі закладів охорони здоров'я, яку розбудовує МОЗ.

Це означає, що необхідно розвивати реабілітаційні та психіатричні відділення в багатопрофільних лікарнях, тобто створювати фізичну доступність просторів, комплектувати, навчати та забезпечувати ефективну роботу мультидисциплінарних реабілітаційних команд та команд, що підтримують ментальне здоров'я.

Важливо також запроваджувати та вдосконалювати електронне документування даних про обстеження функціонального стану людей, що відновлюються (перебувають на реабілітації), та розглядати людину в процесі реабілітації з точки зору біопсихосоціального підходу Міжнародної класифікації функціонування.

Сьогодні понад 200 лікарень законтрактовані Національною службою здоров'я для надання реабілітаційної допомоги, і ця мережа закладів продовжує розвиватися, щоб послуги були доступні для всіх українців на всій території країни.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, реабілітація — це комплекс заходів, спрямованих на відновлення функціональних можливостей людини та зниження рівня інвалідності осіб з урахуванням умов їхнього здоров'я та життєдіяльності.

Роль реабілітаційних заходів

Реабілітаційна допомога надається в усіх закладах охорони здоров'я, включно із закладами первинної медичної допомоги, у лікарнях (зокрема, під час амбулаторного лікування) або в умовах громади.

Реабілітаційна допомога має важливе значення для подолання впливу:

- **Фізичних або рухових порушень**, таких як порушення контролю над рухом, зменшення діапазону рухів, втома, біль або скутість, порушення координації та рівноваги, зниження силових якостей, порушення функціонування дихальної та серцево-судинної систем, нездатність до самостійної ходи, зміни власного положення тіла тощо.
- **Сенсорних порушень**, як-от порушення зору або слуху, втрата або зміна відчуття дотику або руху, біль, труднощі з сенсорним опрацюванням.
- **Когнітивних або поведінкових порушень**, таких як розлади пам'яті та уваги, труднощі в організації, плануванні та вирішенні проблем.
- **Порушення спілкування**, як-от труднощі з усним висловлюванням та донесенням думки до інших, налагодженням та підтриманням спілкування, розумінням інших, читанням, письмом тощо.



- **Психосоціальних та емоційних порушень**, як-от вплив на людину, опікуна та сім'ю потреби в адаптації до нового стану здоров'я або життя з постійними функціональними розладами. Це може призводити до стресу, депресії, втрати самооцінки, когнітивних та поведінкових порушень.
- **Станів психічного здоров'я**, як-от тривога, депресія, obsесивно-компульсивні розлади, розлади харчової поведінки, посттравматичні стресові розлади й нейродегенеративні розлади.
- **Складних випадків**, коли потрібен цілісний підхід, щоб забезпечити найкращу підтримку як психічного, так і повсякденного функціонування.



Реабілітаційні заходи — це комплекс заходів, які допомагають людям з функціональними порушеннями досягти й підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії з навколишнім середовищем.

Це означає, що головним завданням реабілітації є допомога людині бути максимально самостійною та жити активним життям у своїй громаді.

Вони стосуються питань, пов'язаних із функціями та структурами тіла, здатністю до активності, мобільності, участі, факторами середовища / контекстуальними та особистими чинниками.

Відділення в багатопрофільних лікарнях надають широкий спектр послуг із повсякденного функціонування та психологічної реабілітації.

ДО ОСНОВНИХ НАПРЯМІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАЛЕЖАТЬ:

Фізична та реабілітаційна медицина

Напрямок у системі охорони здоров'я, спрямований на поліпшення та відновлення функціональних можливостей і якості життя людей. Зосереджується на відновленні здоров'я та можливостей

функціонування людини після травм, поранень, опіків, хвороб, зокрема інсульту, травм хребта й спинного мозку, операцій на серці, ампутації, заміни суглобів, спортивних травм тощо.

Фізична терапія

Процес досягнення максимального відновлення, розвитку й підтримання рухової та функціональної здатності людей з обмеженнями повсякденного функціонування.

Фізичну терапію призначає, планує та здійснює фізичний терапевт або її проводять під його контролем / координацією.

Ерготерапія

Процес адаптації, забезпечення оптимального розвитку та відновлення заняттєвої активності людей з порушеннями функціонування. Метою ерготерапії є допомога людям, які мають обмеження життєдіяльності, у подоланні фізичних, когнітивних, сенсорних та психоемоційних труднощів, що перешкоджають їм активно жити.

Ерготерапія спрямована на досягнення максимально можливого рівня незалежності та покращення якості життя шляхом розвитку, відновлення або підтримання функціональних навичок, модифікації заняттєвої активності людини або адаптації її середовища. Послуги ерготерапії призначає, планує та надає ерготерапевт або його асистент під контролем ерготерапевта.

Психологічна допомога в реабілітації

Стратегія, що сприяє відновленню та підтримці функціонування людини в різних сферах: фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній. Для цього застосовуються методи психологічної та психотерапевтичної підтримки, як-от психотерапія,

психологічні консультації та перша психологічна допомога. Психологічну допомогу в реабілітації надає клінічний психолог (або психотерапевт), який працює у співпраці з реабілітаційною командою.

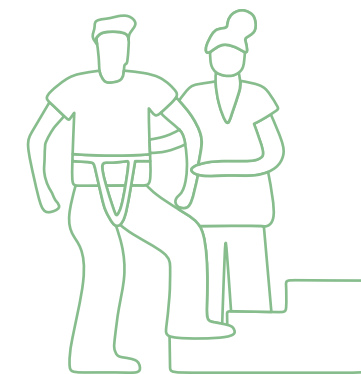
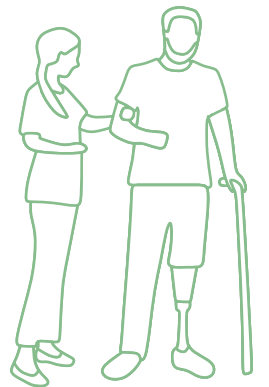
Терапія мови й мовлення

Процес відновлення та підтримки можливості спілкування та ковання у людей з обмеженнями в повсякденному житті або ризиком таких обмежень. Метою є забезпечення оптимального

рівня комунікації з близькими та безпечного споживання їжі. Терапію мови й мовлення призначає, планує та проводить або координує терапевт мови й мовлення.

Протезування та ортезування

Процес протезування та ортезування відбувається за індивідуальним планом реабілітації, складеним протезистом, і оплачується Фондом соціального захисту осіб з інвалідністю.



Допоміжні засоби реабілітації

Будь-які зовнішні вироби, спеціально виготовлені або загальнодоступні, основною метою яких є підтримка або поліпшення функціонування та незалежності людини, сприяння її благополуччю. Дорослим та дітям із порушеннями функціонування безоплатно або на пільгових умовах на підставі Висновку про необхідність забезпечення допоміжними засобами реабілітації надаються такі засоби:

- протезно-ортопедичні вироби, зокрема ортопедичне взуття;
- спеціальні засоби для самообслуговування та догляду;
- засоби для пересування;
- допоміжні засоби для особистої мобільності, пересування та підйому;
- меблі та оснащення;
- спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією;

Для надання реабілітаційних послуг у лікарнях формуються мультидисциплінарні команди, до складу яких входять такі фахівці:

Фізичний терапевт

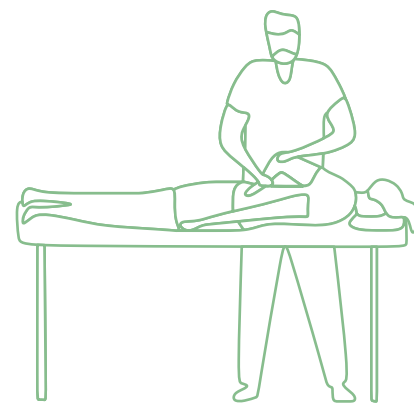
Фізичний терапевт — це професія в системі охорони здоров'я з унікальними знаннями та навичками застосування фізичних вправ у наданні послуг із розвитку, підтримки та максимального відновлення рухів і функціональних можливостей людини протягом усього життя.

Фізична терапія застосовується за обставин, коли рухи та функції погіршуються внаслідок старіння, травм, болю, хвороб, розладів та/або впливу чинників навколишнього середовища.

Головна ідея полягає в тому, що функціональний рух — найважливіша умова відновлення функціонування.

Деякі з основних засобів фізичної терапії:

1. Терапевтичні вправи
2. Функціональне тренування
3. Мануальні техніки
4. Підбір та застосування допоміжних засобів
5. Терапія дихання



Відповідно до потреб найпоширенішими напрямками фізичної терапії є:

М'язово-скелетна:

зосереджується на травмах і таких станах опорно-рухового апарату, як переломи, розтягнення зв'язок, травми м'яких тканин, протезування суглобів, ампутації, остеоартрози тощо.

Неврологічна:

займається такими неврологічними розладами, як інсульт, хвороба Паркінсона, травми спинного мозку, травми головного мозку, розсіяний склероз.

Спортивна:

націлена на спортсменів і травми, пов'язані зі спортом, щоб підвищити продуктивність і допомогти у відновленні.

Педіатрична терапія:

відповідає унікальним потребам дітей із затримкою розвитку, набутими та вродженими станами, генетичними порушеннями або травмами.

Геріатрична:

спеціалізується на підтриманні функціонування людей старшого віку та вікових станах, як-от артрит, остеопороз і порушення рівноваги, слабкість.

Респіраторна, кардіологічна та фізична:

у разі порушень діяльності серцево-судинної системи, зосереджується на людях із захворюваннями серця та органів дихання.

Жіночого здоров'я:

зосереджується на дисфункції тазового дна, допологовому та післяпологовому догляді та таких станах, як нетримання сечі.

Вестибулярна терапія та терапія рівноваги:

спеціалізується на запамороченнях, вертиго та порушенні рівноваги.

Фізична терапія в реанімації та інтенсивній терапії:

починається в перші години після стабілізації стану пацієнта.



Ерготерапевт

Ерготерапевт — це первинна реабілітаційна професія у сфері охорони здоров'я, соціальних послуг та навчання.

Основним засобом терапевтичного впливу ерготерапевта є заняття активністю (заняття) — цілеспрямована активність у сфері самообслуговування, дозвілля та продуктивної діяльності (праці або навчання), яку ерготерапевт обирає, адаптує та використовує відповідно до індивідуальних потреб, уподобань і функціональних можливостей людини та з урахуванням зовнішніх факторів її життєдіяльності.

Основна ідея ерготерапії полягає в тому, щоб зробити можливою значущу для клієнта заняттєву активність.

З цією метою ерготерапевти визначають, які види діяльності є для пацієнтів мотиваційними, необхідними, важливими або обов'язковими, та залучають їх до різних занять, вправ і заходів, що позитивно впливатимуть на виконання обраної клієнтом активності, подолання травми та організацію життєдіяльності.

ОСЬ ДЕЯКІ З ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ТА ЗАСОБІВ ЕРГОТЕРАПІЇ:

Заняттєвий аналіз та адаптація.

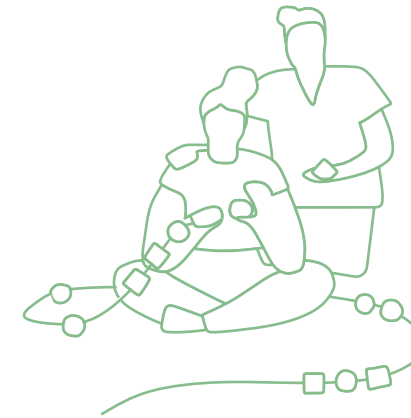
Ерготерапевти є експертами аналізу заняттєвої активності, що допомагають визначити основні перешкоди до виконання повсякденних завдань.

Такий аналіз дає змогу розбити заняття на кроки та визначити, який аспект виконання потребує адаптації чи модифікації, а також — якої саме.

Асистивні технології та адаптивне обладнання.

На основі даних оцінювання ерготерапевт рекомендує, проєктує, виготовляє та навчає застосовувати різні асистивні технології або допоміжні засоби реабілітації, зокрема засоби для пересування, протези, ортези, адаптивні пристосування та інструменти.

Ерготерапевти знаходять індивідуальні креативні рішення, які полегшують виконання повсякденних завдань, як-от одягання, кулінарія, письмо, водіння, робота на комп'ютері тощо.



Терапевтичні вправи та рухові активності.

Базуються на фізичних вправах і рухових активностях, що допомагають збільшити м'язову силу, поліпшити координацію, гнучкість та рівновагу.

Когнітивні та сенсорні техніки.

Охоплюють різноманітні когнітивні та сенсорні вправи, що сприяють покращенню пам'яті, уваги, сприйняття, мислення та планування, дають змогу опрацьовувати сенсорну інформацію завдяки здатності аналізувати, інтерпретувати, зберігати інформацію, згадувати досвід, порівнювати,

визначати послідовність та планувати спосіб виконання дій. Ерготерапевти також пропонують індивідуалізовані рішення для адаптації до когнітивних та сенсорних порушень, з якими стикаються їхні клієнти, для відновлення, підтримки та організації виконання повсякденних занять.

Освіта та навчання.

Ерготерапевти навчають пацієнтів і допомагають особам, які за ними доглядають, зрозуміти їхній стан, щоб запобігти вторинним ускладненням та оптимізувати заняттєву активність.



Адаптація до середовища.

Передбачає внесення змін до середовища життєдіяльності людини (дім, робоче місце, дитячий садочок тощо), щоб воно відповідало її потребам, ергономічному та універсальному дизайну.

Ерготерапія має різні спеціалізації, наприклад: ерготерапія в нейро-реабілітації, травматології, педіатрії, геріатрії, терапія кисті, терапія годування, неонатальна терапія, терапія водіння й мобільності у громаді, терапія у шкільному середовищі тощо.

Протезист / Ортезист

Протезист / ортезист — це незалежний фахівець у сфері охорони здоров'я, який проводить клінічну оцінку, призначає, розробляє технічний дизайн та виготовляє протези та/або ортези, бере участь у визначенні цілі та розробці плану реабілітації.

Надання допомоги з протезування часто передбачає тривале спостереження та співпрацю з хірургами, лікарями первинної медичної допомоги, фізотерапевтами та іншими членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Окрім протезування кінцівок протезисти надають послуги із протезування після мастектомії або відновлення інших відсутніх частин тіла.

Ортези призначені для досягнення однієї або кількох із таких цілей: контроль біомеханічного вирівнювання, виправлення або пристосування людини після деформації, захист і підтримка травмованої частини тіла, допомога в реабілітації, зменшення болю, збільшення мобільності та підвищення незалежності людини.

Терапевт мови й мовлення

Терапевт мови й мовлення — фахівець у сфері охорони здоров'я, що допомагає людям, котрі мають проблеми з усім спектром розладів комунікації або ковтання чи перебувають у зоні ризику їх виникнення.

ТЕРАПІЯ МОВИ І МОВЛЕННЯ ВКЛЮЧАЄ:

Терапія мови:

втручання спрямовані на оптимізацію розуміння, продукування мови, читання і письма.

Терапія мовлення:

втручання спрямовані на покращення артикуляції, плавності, ритму, темпу, просодики та інших аспектів мовлення.

Терапія голосу:

терапія продукування та якості голосу.

Терапія функціональних розладів мовлення:

терапія заїкання, голосу та інших мовленнєвих функцій що є результатом сильного емоційного пережиття і часто супроводжуються ПТСР.

Когнітивно-комунікаційна терапія:

комплексний підхід до покращення комунікації в осіб з ураженням комунікативних та когнітивних функцій.

Терапія ковтання:

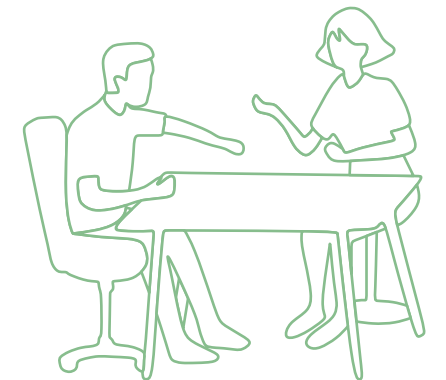
спрямована на безпечне та повноцінне споживання їжі та напоїв.

Альтернативна і допоміжна комунікація (АДК):

терапія спрямована на уможливлення комунікації з людьми, які мають ураження вербального спілкування.

Слухова реабілітація:

терапія спрямована на підбір слухових апаратів та тренування аудиторного сприймання інформації.



Підтримка психічного здоров'я пацієнта під час реабілітації

Клінічні психологи допомагають пацієнтам впоратися з такими проблемами психічного здоров'я, як депресія, тривога, страх і втрата мотивації, що пов'язані з їхньою травмою чи станом.

Клінічні психологи проводять діагностування стану людини і добирають терапевтичні втручання.

Психотерапія може відбуватися в таких форматах:

Індивідуальна терапія

Організаційна форма, в якій психотерапевтичний процес протікає в діаді «психотерапевт — клієнт».

Сімейна терапія

Спрямована на розв'язання проблем взаємодії між членами родини, які можуть впливати на процес реабілітації.

Групова терапія

(Зокрема, метод психодрами) дає можливість пацієнтам спілкуватися та обмінюватися досвідом з іншими людьми, що також проходять реабілітацію, через усвідомлення та реагування за принципом «тут і тепер».

Психотерапія в реабілітації

Психотерапія в реабілітації — це комплексна психологічна підтримка та психологічний лікувальний вербальний і невербальний вплив на емоції, судження, самосвідомість людини з метою подолання психічних, нервових і психосоматичних захворювань та окремих симптомів, які виникли внаслідок пережитих травм або інвалідизації.

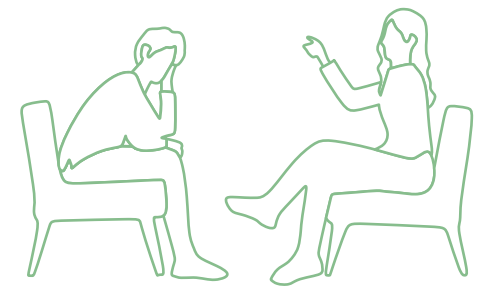
Головна мета психотерапії в реабілітації — опрацювання травматичного матеріалу та інтеграція травматичного досвіду.

Необхідно забезпечити емоційну, екзистенційну та смислову підтримку людини в складних ситуаціях її особистісного та соціального буття, допомогти пацієнтам керувати своїми емоціями, зрозуміти й подолати страхи, тривогу, депресію, позитивно мислити й побудувати здорові стосунки з навколишнім світом.

ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЄЇ МЕТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИ ЗАСТОСОВУЮТЬ РІЗНІ ФОРМАТИ ТА МЕТОДИ, ЯК-ОТ:

Когнітивно-поведінкова терапія

Спрямована на зміну негативних мисленнєвих патернів і навичок, що підтримують негативне поведінкове реагування.



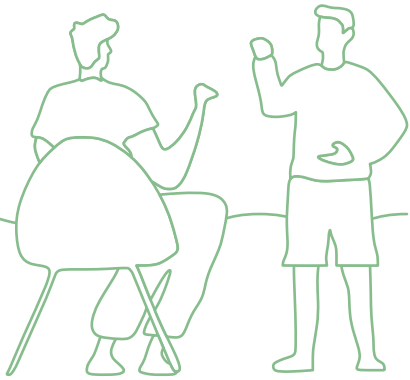
Діалектично-поведінкова терапія

Допомагає поліпшити емоційну та когнітивну регуляцію через розуміння тригерів, що призводять до реактивних станів; дає змогу оцінити, які навички подолання слід застосовувати в послідовності дій, думок, почуттів і поведінки

зادля уникнення небажаних реакцій, які призводять до розладів настрою та суїцидальних думок, а також для зміни таких шкідливих моделей поведінки, як самоушкодження (self-harm) і вживання психоактивних речовин.

Раціонально-емотивна терапія (РЕТ)

Допомагає клієнту переосмислити систему своїх переконань та позбутися ірраціональних суджень і установок.



Психоаналітична терапія

Дає змогу розкрити та зрозуміти підсвідомі конфлікти та переживання.

Тілесно-орієнтована психотерапія (ТОП)

Це один з основних напрямів сучасної психотерапії, в основі якого лежить принцип зцілення людини через роботу з тілом.

Травматерапія (травмафокусована)

Це психотерапія, яка застосовується в роботі з людьми, що пережили травматичну подію, зазнали фізичних, емоційних чи психічних травм. Окрема спеціалізація та методологія травматерапії існує в багатьох методах психотерапії, проте лише частина з них має високий рівень доказовості.

Наративна експозиційна терапія

Це метод психотерапевтичного лікування для тих, хто пережив складні травматичні події, що загрожували життю. Наративна експозиційна терапія базується на визнанні того, що травматичний досвід зберігається у двох окремих аспектах системи пам'яті — асоціативній пам'яті, в якій реєструються всі чуттєві сприйняття й почуття, пов'язані з подією, та автобіографічній пам'яті, в якій фіксується часова послідовність. Метою наративної експозиційної терапії є відновлення зв'язку між ними у системі пам'яті та їхнє «невключення» у разі можливих травматичних подій у майбутньому.

EMDR-терапія

Є одним із методів травматерапії, що допомагає подолати наслідки психологічних травм. Особливість цього методу полягає в тому, що EMDR дає змогу опрацювати будь-який емоційний досвід, навіть такий, про який людина не може говорити. Опрацювання травми відбувається за допомогою руху очима. Це набуває особливої значущості в роботі з травматичним досвідом, контакт з яким ускладнений або неможливий.

ДОДАТКОВО

Терапія мистецтвом і музикою

Завдяки творчості та самовираженню через мистецтво, музику, рукоділля, танці й інші творчі активності покращується психологічний стан та соціальні навички пацієнтів.

Терапія рекреацією й адаптивним спортом

Охоплює різноманітні рекреаційні та спортивні активності, які допомагають пацієнтам покращити фізичний стан, сприяють релаксації та поліпшують загальний настрій.

Соціальна та групова терапія

Застосовується для покращення соціальних навичок та комунікації пацієнтів шляхом роботи в групах та спілкування з іншими людьми.

Соціальний супровід у процесі реабілітації

Важливість ролі соціального працівника в мультидисциплінарній реабілітаційній команді складно перебільшити. Вони допомагають забезпечити цілісний підхід до реабілітації з урахуванням психологічних, соціальних та економічних аспектів життя пацієнта.

На нього покладаються такі завдання:

- **Початкова оцінка потреб людини:** соціальний працівник проводить первинний скринінг і оцінку соціальних потреб пацієнта та його сім'ї.
- **Консультавання та підтримка:** фахівці допомагають пацієнту та членам сім'ї впоратися з різними аспектами його стану — соціальними, фінансовими та емоційними. Індивідуальні та групові консультації сприяють адаптації пацієнтів із певними функціональними порушеннями до життя. Крім того, соціальні працівники допомагають зрозуміти та провести оформлення документів.
- **Комплексна психосоціальна оцінка:** соціальні працівники беруть участь у проведенні комплексної психосоціальної оцінки пацієнтів.
- **Навчання постлікарняній допомозі:** соцфахівці навчають пацієнтів і їхні родини постлікарняній допомозі.

Робота мультидисциплінарної реабілітаційної команди допомагає забезпечити цілісний підхід до реабілітації з урахуванням психологічних, соціальних та економічних аспектів життя пацієнта.

Матриця порушень



Матриця порушень

У процесі реабілітації пацієнтів особливо важливо враховувати різний ступінь їх функціональних порушень. Із метою більш детального аналізу ми вирішили дослідити ситуації, в яких певні категорії маломобільних осіб зіштовхуються з бар'єрами. Для цього ми виокремили **дві групи**: стійкі порушення функцій та тимчасову маломобільність.

СТІЙКІ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ

Люди зі стійкими порушеннями функцій мають постійні обмеження у виконанні певних дій, а їхня інвалідність може бути вродженою або набутою.

ТИМЧАСОВА МАЛОМОБІЛЬНІСТЬ

До тимчасово маломобільних груп належать особи, що мають обмеження у пересуванні або комунікації на певний період часу.

Ми вирішили показати через порушення функцій організму, які фактори навколишнього середовища створюють для них бар'єри.

Ми не даємо переліку всіх порушень функцій організму, зазначених у Міжнародній класифікації функцій (МКФ), лише визначену вибірку.

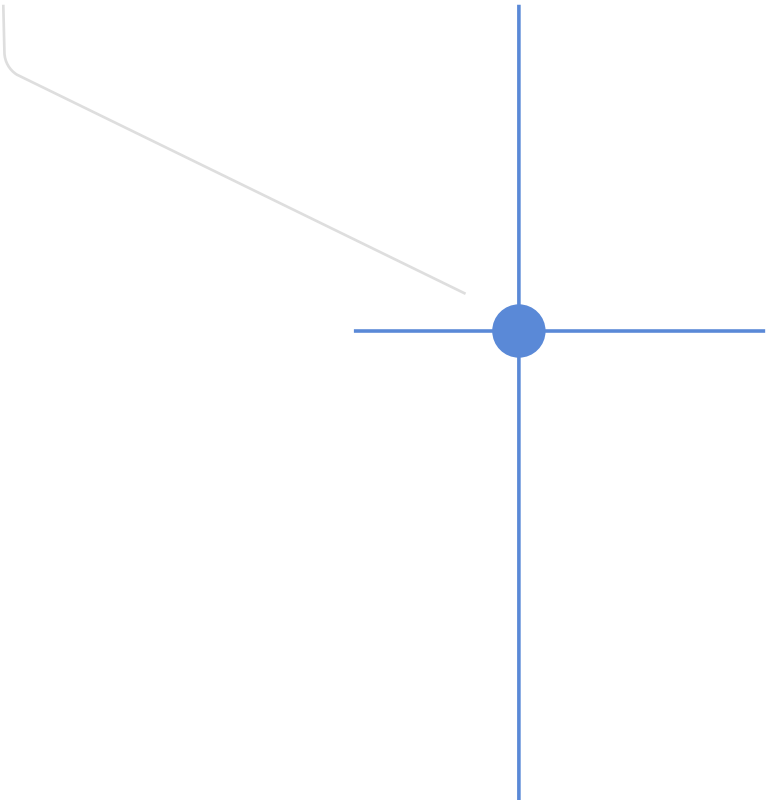
Ми визначили перелік певних факторів середовища, які можуть бути бар'єрними, але цей перелік не є вичерпним.

Матриця стійких порушень функцій

Сама матриця стійких порушень має показати загальну тенденцію того, як важливо враховувати різні подразники та чи можливі ситуації, де людина з певними порушеннями перебувати не зможе.

Також важливо розуміти, що люди з певними порушеннями функцій можуть перебувати на різних стадіях реабілітації, на них можуть впливати додаткові фактори, як-от соціум, психічний стан тощо. Тому ця матриця стосується лише аналізу загальних бар'єрів для певних груп і не враховує впливу додаткових чинників.

● — означає, що для цієї групи людей такий фактор навколишнього середовища є бар'єром.



людина	ОПИС ГРУПИ	ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА				ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА								
		Перепад висоти	Відсутність візуальних показників та піктограм	Відсутність звукових сигналів, оголошень	Тривалий шум	Необхідність взаємодії з дрібними предметами	Великий відкритий простір	Відсутність затінку	Місця для сидіння без спинки або поручнів	Довгий маршрут без місць для відпочинку	Відсутній доступ до вбиралень	Натовп людей	Контакт із незнайомою людиною	
з порушенням ясності свідомості	Розумові функції, при порушенні яких розвивається плутаність свідомості, ступор або кома.	●	●	●	●		●					●	●	
з порушенням орієнтованості на місці	Розумові функції, що відповідають за усвідомлення розташування у своєму безпосередньому оточенні, наприклад місті або країні.		●	●	●		●	●		●	●	●		
з порушенням функції уваги	Специфічні розумові функції зосередженості на зовнішніх стимулах або внутрішніх переживаннях протягом необхідного періоду часу.	●	●	●	●		●	●				●		
з короткочасною пам'яттю	Розумові функції, які обумовлюють тимчасове, минуле збереження пам'яті тривалістю приблизно 30 секунд, після чого інформація втрачається, якщо не закріплюється в довготривалій пам'яті.		●	●	●		●	●		●		●	●	
з порушенням слухового сприйняття	Розумові функції, залучені в розпізнавання звуків, тонів, їхньої висоти та інших акустичних подразників.	●										●	●	

людина	ОПИС ГРУПИ	ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА											
		Перепад висоти	Відсутність візуальних показників та піктограм	Відсутність звукових сигналів, оголошень	Тривалий шум	Необхідність взаємодії з дрібними предметами	Великий відкритий простір	Відсутність затінку	Місця для сидіння без спинки або поручнів	Довгий маршрут без місць для відпочинку	Відсутній доступ до вбиралень	Натовп людей	Контакт із незнайомою людиною
з порушенням зорового сприйняття	Розумові функції, залучені в розпізнавання форми, розмірів, кольору та інших зорових подразників.	●	●	●	●							●	
з порушенням сприймання мовлення	Специфічні розумові функції декодування повідомлень у розмовній, письмовій чи ншій формі, наприклад на мову знаків для розуміння їхнього змісту.		●	●	●								●
з порушенням функції слуху	Сенсорні функції, пов'язані з відчуттям звуку, місця його розташування, джерела, гучності та якості звуків.		●										●
з порушенням вестибулярної функції рівноваги	Сенсорні функції внутрішнього вуха, які стосуються підтримки рівноваги	●						●	●	●	●	●	
з порушенням відчуттів, пов'язаних зі слухом і вестибулярними функціями	Відчуття запаморочення, падіння і дзвону у вухах.	●	●		●	●	●	●	●			●	●

людина	ОПИС ГРУПИ	ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА					ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА							
		Перепад висоти	Відсутність візуальних показників та піктограм	Відсутність звукових сигналів, оголошень	Тривалий шум	Необхідність взаємодії з дрібними предметами	Великий відкритий простір	Відсутність затінку	Місця для сидіння без спинки або поручнів	Довгий маршрут без місць для відпочинку	Відсутній доступ до вбиралень	Натовп людей	Контакт із незнайомою людиною	
з запамороченням	Відчуття запаморочення або кружляння навколишніх предметів, відчуття обертання, гойдання або перекидання.	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●		
з порушенням пропріоцептивної функції	Сенсорні функції відчуття положення частин тіла одна відносно іншої.	●				●	●	●	●	●		●		
з порушенням сенсорних функцій, які пов'язані з температурою та іншими подразниками	Сенсорні функції відчуття температури, вібрації, тиску і травматичних стимулів.					●		●		●				
з порушенням функції голосу	Функції утворення різних звуків під час проходження повітря через гортань.		●	●						●			●	
з порушення функції дихання	Функції вдиху повітря в легені, газообміну між повітрям і кров'ю та видиху повітря.	●						●		●			●	

людина	ОПИС ГРУПИ	ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА				ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА							
		Перепад висоти	Відсутність візуальних показників та піктограм	Відсутність звукових сигналів, оголошень	Тривалий шум	Необхідність взаємодії з дрібними предметами	Великий відкритий простір	Відсутність затінку	Місця для сидіння без спинки або поручнів	Довгий маршрут без місць для відпочинку	Відсутній доступ до вбиралень	Натовп людей	Контакт із незнайомою людиною
зі втомою	Функції, пов'язані з відчуттям втоми за будь-якого рівня напруги.	●	●	●	●		●	●	●	●	●		
з порушеннями відчуття, що пов'язані з функціонуванням серцево-судинної та дихальної систем	Відчуття перебоїв у роботі серця, серцебиття і утруднення дихання.	●			●		●	●	●	●		●	●
з відчуттям нудоти	Відчуття блювотних позовів.	●			●	●	●	●		●	●	●	●
з порушенням функції терморегуляції	Функції регулювання температури тіла.							●		●			
з порушенням функції рухливості суглоба	Функції обсягу і свободи руху у суглобах.	●				●			●	●			

людина	ОПИС ГРУПИ	ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА				ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА								
		Перепад висоти	Відсутність візуальних показників та піктограм	Відсутність звукових сигналів, оголошень	Тривалий шум	Необхідність взаємодії з дрібними предметами	Великий відкритий простір	Відсутність затінку	Місця для сидіння без спинки або поручнів	Довгий маршрут без місць для відпочинку	Відсутній доступ до вбиралень	Натовп людей	Контакт із незнайомою людиною	
з порушенням функції м'язової витривалості	Функції, пов'язані з підтриманням скоротливості м'язів на необхідний період часу.	●				●	●	●	●	●				
з порушенням моторно-рефлекторні функції	Функції мимовільних автоматичних скорочень м'язів, викликаних певними стимулами.	●				●	●	●	●	●		●	●	
з тремором	Функції чергування скорочень і релаксації груп м'язів навколо суглобів, що призводять до тримтливих рухів.	●				●			●	●				
з порушенням захисних функцій шкіри	Захисні функції шкіри від фізичного, хімічного і біологічного впливу.						●	●		●	●			

Матриця порушень для тимчасово маломобільних груп

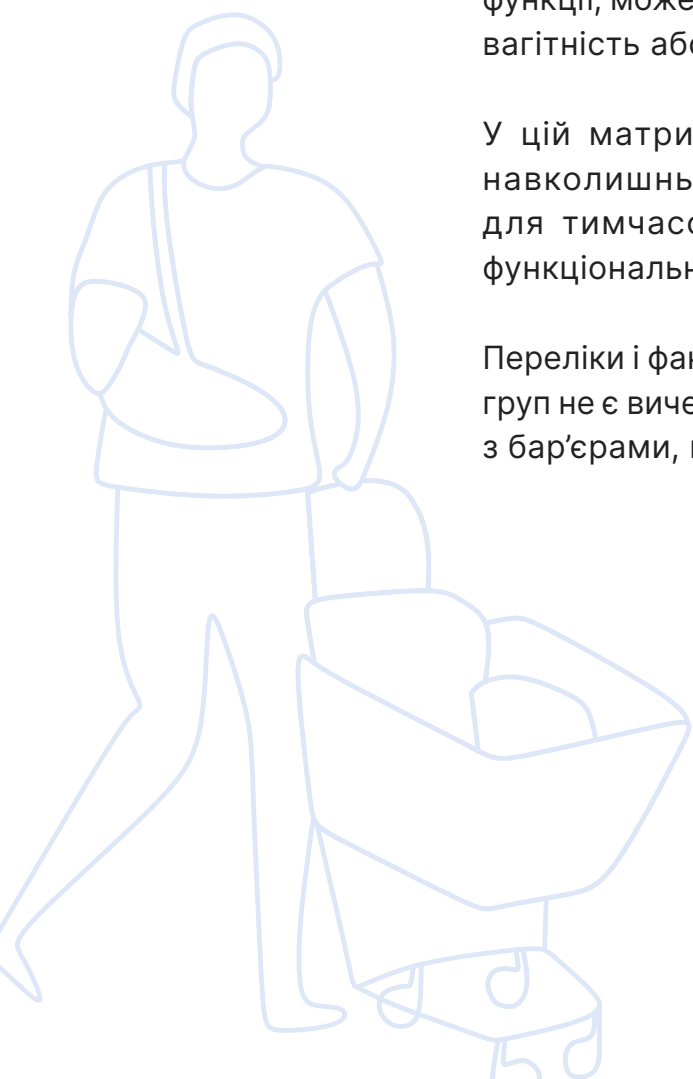
Стан функціонування людини може змінюватися залежно від стадії реабілітації та в деяких випадках прийти до повного відновлення працездатності всіх функцій. Але такий стан може виявитися тимчасовим, адже людина щодня переживає різні емоційні події та може опинитися під впливом зовнішніх факторів.

Стрес родичів, які відвідують людину в реабілітаційному відділенні, може впливати на її увагу чи ясність свідомості, вона може перечепитися за бордюр чи не помітити непромарковану скляну перегородку.

Людина, яка пройшла реабілітацію та змогла відновити функції, може знову стати маломобільною, наприклад, через вагітність або наявність домашньої тварини на повідку.

У цій матриці ми хочемо показати, як деякі фактори навколишнього середовища можуть стати бар'єром для тимчасово маломобільних груп населення через функціональні тимчасові порушення.

Переліки і факторів середовища, і тимчасово маломобільних груп не є вичерпними, вони демонструють загальну ситуацію з бар'єрами, що стосуються всіх людей.



ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Види шуму
<ul style="list-style-type: none">• тривалий шум;• неочікуваний шум.
Контакт із людиною
<ul style="list-style-type: none">• контакт із незнайомою людиною;• натовп людей.
Характеристика простору
<ul style="list-style-type: none">• відсутній доступ до вбиралень;• великий відкритий простір;• довгий маршрут без місць для відпочинку.
Елементи у просторі
<ul style="list-style-type: none">• місця для сидіння без спинки або поручнів;• взаємодія з дрібними предметами;• непромарковані скляні двері та вітрини;• перепад висоти.
Температура
<ul style="list-style-type: none">• відсутній затінок.
Навігація
<ul style="list-style-type: none">• відсутні візуальні покажчики та піктограми;• відсутні звукові сигнали, оголошення.

людина	ОПИС ГРУПИ	ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА				ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА							
		Перепад висоти	Відсутність візуальних показників та піктограм	Відсутність звукових сигналів, оголошень	Неочікуваний шум	Необхідність взаємодії з дрібними предметами	Непромарковані скляні двері та вітрини	Відсутність затінку	Місця для сидіння без спинки або поручнів	Довгий маршрут без місць для відпочинку	Відсутній доступ до вбиралень	Натовп людей	Контакт із незнайомою людиною
з розсіяною увагою	<ul style="list-style-type: none">Людина без сну більше 24 годин;Люди з собаками;Супроводжувачі;Люди, які використовують гаджети (телефон, навушники).												
з додатковим навантаженням на нижні кінцівки	<ul style="list-style-type: none">Люди на милицях, ходунках (через тимчасову травму);Люди на підборах, вищих за 5 см.												
з додатковим навантаженням на верхні кінцівки	<ul style="list-style-type: none">Люди з транспортом (велосипед, самокат);Люди з вантажем (сумки, валізи);Люди на кріслі колісному (через тимчасову травму);Людина з кавою.												
Діти	<ul style="list-style-type: none">Дитина з собакою;Діти до семи років.												

Просторові рішення



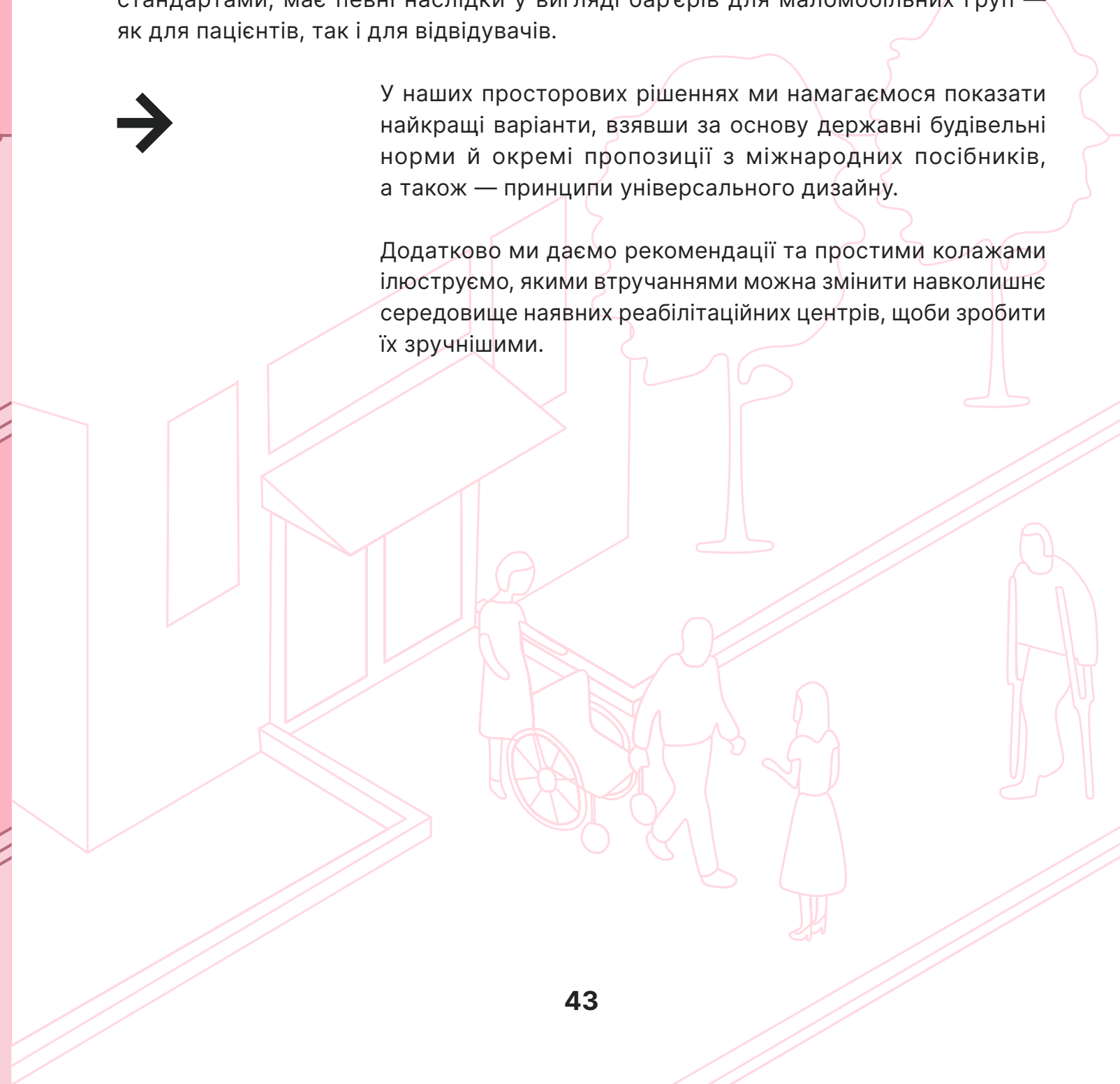
Просторові рішення

Повномасштабне вторгнення РФ в Україну збільшило потребу в реабілітаційних відділеннях. Базою для них часто стають лікарні або якісь із лікарняних корпусів. Проте облаштування реабілітаційних відділень у будівлях, зведених за застарілими стандартами, має певні наслідки у вигляді бар'єрів для маломобільних груп — як для пацієнтів, так і для відвідувачів.



У наших просторових рішеннях ми намагаємося показати найкращі варіанти, взявши за основу державні будівельні норми й окремі пропозиції з міжнародних посібників, а також — принципи універсального дизайну.

Додатково ми даємо рекомендації та простими колажами ілюструємо, якими втручаннями можна змінити навколишнє середовище наявних реабілітаційних центрів, щоби зробити їх зручнішими.



МАРШРУТ ВІД ГРОМАДСЬКОЇ ЗУПИНКИ ДО ТЕРИТОРІЇ ЗАКЛАДУ

До закладів здоров'я необхідно створювати доступні маршрути, зупинки громадського транспорту. Ці маршрути потрібно прокладати тротуарами, мінімізуючи перетинання пішохідних шляхів з автомобільними чи велосипедними.

ДБН В.2.2-10:2022 Заклади охорони здоров'я. Основні положення п. 5.4, 5.6, 5.11, 5.18.	ДБН В.2.3-5:2018 Вулиці та дороги населених пунктів табл. 5.1.	ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення п. 5.1.5, 5.1.7, 8.2.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.2.9-8.2.11, 8.2.14.
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Зонування тротуару

Реабілітаційні відділення розташовуються на закритих територіях, де важливо створити безпечні пішохідні маршрути, а за можливості слід робити доступні маршрути ще від зупинок громадського транспорту.

Транзитна зона тротуару

Ширина для двостороннього руху: щонайменше 1,8 м і збільшується залежно від інтенсивності пішохідного руху (від 3 м — за середньої, від 4,5 м — за високої).
Ширина для одностороннього руху: 1,2 м.
Покриття: рівне та неслизьке із товщиною швів щонайбільше 15 мм (бруківка без фаски, асфальт тощо).

Прифасадна зона тротуару

Розташована між фасадом будівлі та транзитною зоною, забезпечує доступ до будівель. На ній можуть розміщуватись ґанки, місця для відпочинку, елементи благоустрою, озеленення тощо. **Покриття** може бути контрастним за кольором та фактурою для візуального та тактильного зонування.

Буферна зона тротуару

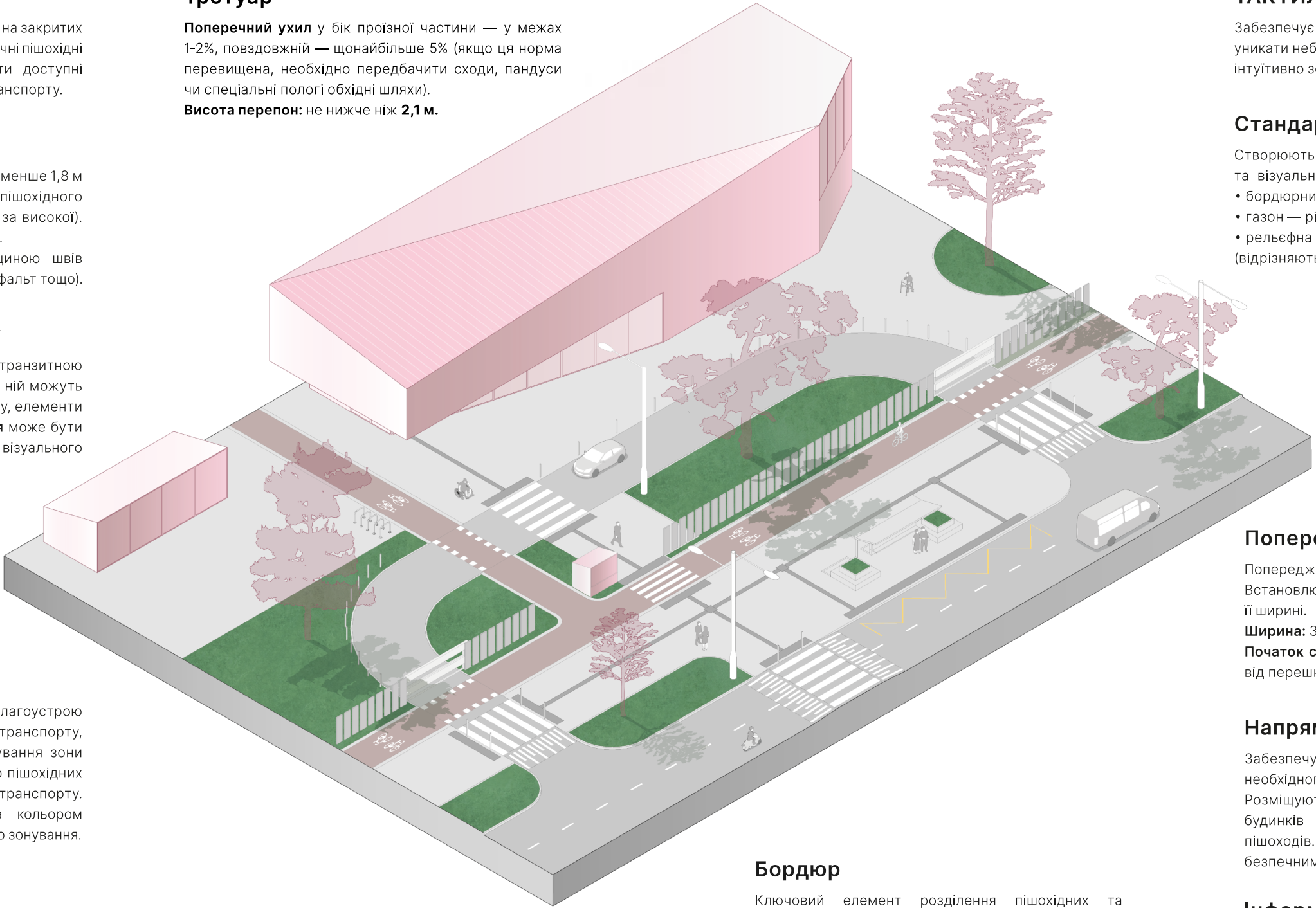
На ній можуть розміщуватись елементи благоустрою та озеленення, зупинки громадського транспорту, велоінфраструктура тощо. Під час планування зони необхідно передбачити вільний доступ до пішохідних переходів та зупинок громадського транспорту. **Покриття** може бути контрастним за кольором та фактурою для візуального та тактильного зонування.

Технічна зона тротуару

Розташована між бордюром та буферною зоною. На ній розташовують опори освітлення, анти-паркувальні стовпчики, паркомати, світлофори, знаки та інші елементи вуличної інфраструктури.

Тротуар

Поперечний ухил у бік проїзної частини — у межах 1-2%, повздовжній — щонайбільше 5% (якщо ця норма перевищена, необхідно передбачити сходи, пандуси чи спеціальні пологі обхідні шляхи).
Висота перепон: не нижче ніж **2,1 м**.



Бордюр

Ключовий елемент розділення пішохідних та автомобільних потоків, а крім того — забезпечення водовідведення. Стандартна висота бордюру — 150 мм — може зменшуватися на вулицях зі спільним рухом або з обмеженням швидкості руху автомобілів.

ТАКТИЛЬНА НАВІГАЦІЯ

Забезпечує можливість орієнтуватися в просторі, уникати небезпек людям із порушеннями зору, а також інтуїтивно зонує вулицю.

Стандартні тактильні смуги

Створюються за допомогою матеріалів, що тактильно та візуально контрастні до навколишніх поверхонь:

- бордюрний камінь — тротуар;
- газон — рівне покриття;
- рельєфна бруківка — рівна тротуарна плитка (відрізняються тактильно та за кольором).

Не мають дисонувати з навколишнім середовищем, зокрема з об'єктами культурної та історичної спадщини. Різниця між рельєфною поверхнею та рівною для комфорту переміщення не перевищує **5 мм**.

Попереджувальні смуги

Попереджають про бар'єр, небезпеку або перешкоду. Встановлюються паралельно до перешкоди по всій її ширині.
Ширина: 300-600 мм.
Початок смуги — на відстані щонайменше **800 мм** від перешкоди.

Напрямні смуги

Забезпечують вільне орієнтування для пошуку необхідного та безпечного напрямку руху. Розміщуються вздовж розділових смуг, фасадів будинків у напрямку руху основних потоків пішоходів. Місце розміщення має бути максимально безпечним та комфортним для користувачів.

Інформаційні смуги

Інформують про початок та закінчення руху, місце зміни напрямку руху, поворот чи розходження шляхів. **Ширина** — щонайменше 600 мм.

Як це може працювати



Що небезпечно:

- відсутність тактильної навігації;
- відсутня розмітка пішохідного переходу;
- наявне пересічення автомобільних та пішохідних транзитних рухів;
- відсутнє чітке зонування тротуару.



Для реорганізації простору важливо розділити пішохідні та автомобільні шляхи, створювати тактильну навігацію.



Що враховано:

- наявність тактильної навігації;
- наявність розмітки пішохідних переходів;
- розділення автомобільних та пішохідних транзитних рухів;
- чітке зонування тротуару.

МАРШРУТ ТЕРИТОРІЄЮ ДО ВХІДНОЇ ГРУПИ

Для реабілітації пацієнтів важливо створити на території закладу простори для прогулянок та відпочинку на свіжому повітрі. Такі простори мають враховувати місця для тихого відпочинку в компанії та на самоті. Простір має бути інтуїтивно зрозумілим, оглядовим та безпечним. Навігація в просторі має бути зрозумілою для людей із порушенням зору та іншими порушеннями, які впливають на сприйняття інформації та можливість орієнтуватися.

Місця для сидіння та тихого відпочинку

У місцях відпочинку й очікування біля входів до будівель, а також на транзитних шляхах руху варто облаштувати місця для сидіння та смітники. Вони мають стояти кожні 100 м та враховувати антропометричні розміри різних користувачів, зокрема людей на милицях, а також забезпечити простір для крісел колісних. На транзитних шляхах руху доречно передбачити стандартну висоту для сидіння і додатково розміщувати більш високі місця. Для зон тихого відпочинку варто передбачити різні типи відпочинкових місць — як групові модульні й мобільні місця для сидіння, так і індивідуальні місця чи місця для двох, трьох людей. Зони очікування можна облаштувати місцями, на які можна спертися.

Місця для сидіння

Місця для сидіння слід розташовувати і на транзитних шляхах руху, і в місцях групового чи індивідуального відпочинку. Лавки мають бути різноманітними за антропометричними характеристиками, тобто враховувати розміри різних користувачів. Їх варто проєктувати як одномісними з простором для однієї людини, так і багатомісними. Якщо лавки розташовані на транзитних шляхах, то мінімальна відстань вглиб від транзиту — **1,2 м**. Це забезпечить вільний простір для ніг.

Вільний простір поряд з лавкою: ширина — **2,1 м** і глибина — **1,5 м** для людини на кріслі колісному.
Кут спинки — 76°.
Підлокітники: на висоті **200 мм** від рівня сидіння.
Стандартне місце для сидіння: висота – **450-500 мм**. З перилами та спинкою або без них.

Місце для сидіння, зручне для людей похилого віку, має висоту **550 мм**. З перилами та спинкою або без них. Має планку для ніг, щоб на неї опиратися.

Місце для сидіння, зручне для людей, яким може бути складно сідати: висота — **930 мм**. Зі спинкою. Має планку для ніг, щоб на неї опиратися.

Місце для сидіння доступне для дітей, людей низького зросту: висота — **310-380 мм** враховує доступну для дітей висоту. Можуть розміщуватися біля дитячих майданчиків чи в зонах сумісного користування різновікових груп.

Смітники

Розміщення: окремо від місць для сидіння для комфорту тих, хто сидить, але недалеко від зони очікування. Їх варто розміщувати на буферних або технічних частинах тротуару. Конструкція: смітник краще робити з кришкою від атмосферних опадів, але конструкція має передбачати відкритий отвір для того, щоб закинути сміття, не торкаючись смітника. Висота отвору для сміття: **1 м**.

ДБН В.2.2-10:2022 Заклади охорони здоров'я. Основні положення п. 5.4, 5.6, 5.11, 5.18.	ДБН Б.2.2-5:2011 Благоустрій територій п. 5.1.4, п. 9.6.9, п. 9.6.11	ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення п. 8.3.7
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

ІНФОРМУВАННЯ

Мнемосхеми

Тактильні мапи території необхідні для орієнтування у просторі людям, які вперше її відвідують, людям з порушенням зору та труднощами в орієнтуванні. На мнемосхемі тактильно відображено план території та окремих локацій об'єктів. Інформацію потрібно дублювати шрифтом Брайля та, бажано, англійською мовою.

Розміщення: до неї має вести тактильна навігація, а навколо слід передбачити вільний простір **1,5х1,5 м**. Бажано мати такі мапи в різних частинах території та біля всіх входів.
Конструкція: на висоті не нижче ніж **0,8 м** та не вище ніж **1,5 м*** (висота верхнього ребра). Якщо мнемосхема розміщена горизонтально або під кутом, слід передбачити вільний простір під її поверхнею у **0,7 м** для зручного підходу людині на кріслі колісному.

Кнопка виклику допомоги

Для людей, які мають порушення мови та мовлення або, наприклад, для тих, хто не чує, важливо мати змогу покликати по допомогу в разі непередбачених ситуацій.
Конструкція: кнопка, контрастна до середовища, розміщується на висоті щонайбільше **0,8-1,1 м**. Бажано мати функцію зворотного відеозв'язку.

Як це може працювати

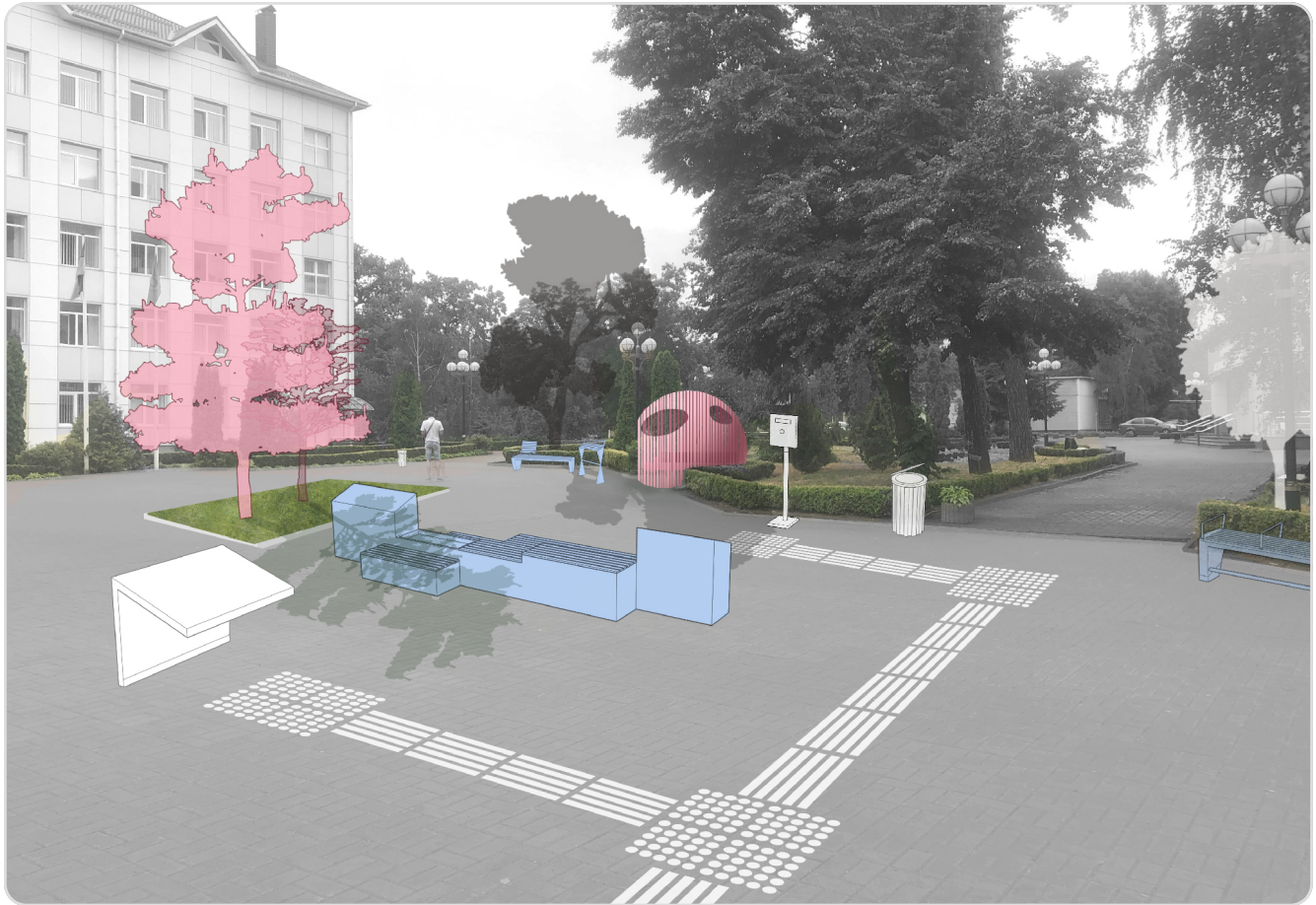


Що небезпечно:

- відсутність тактильної навігації;
- відсутність засобів орієнтування по території;
- відсутні місця для сидіння, колективні та індивідуальні місця відпочинку;
- наявне пересічення автомобільних та пішохідних транзитних рухів;
- відсутнє чітке зонування тротуару;
- відсутній затінок на великих відкритих площах.



Для відпочинку важливо створювати доступні місця для різних людей, створювати тактильну навігацію та інтуїтивно зрозумілий оглядовий простір.



Що враховано:

- наявність тактильної навігації;
- наявність мнемосхеми та кнопки виклику допомоги;
- наявні місця для сидіння, колективні та індивідуальні місця відпочинку;
- розділення автомобільних та пішохідних транзитних рухів;
- чітке зонування тротуару;
- затінок на великих відкритих площах.

ЗОНА ПАРКУВАННЯ ДЛЯ АВТО ТА ВЕЛОСИПЕДІВ БІЛЯ ЗАКЛАДУ

На територіях закладів охорони здоров'я необхідно розділяти зони пішохідного руху та руху автотранспорту, а також зони велодоріжок. Для цього слід окремо виділяти місце біля головного входу для паркування автомобілів людей з інвалідністю, створювати місця для паркування біля входу велосипедів та робити окремий простір для тимчасового зупинення навпроти входу таксі, соціальних авто або швидкої допомоги.

Паркувальні місця для людей з інвалідністю

Ширина: 3,5 м
Довжина: 5 м
Наявність: відповідний інформаційний знак, маркування зони та наявна піктограма.
Відстань: не далі ніж за 30 м від входу до будівлі.

Кількість паркомісць: рекомендується визначати з розрахунку не менше ніж одне паркомісце на кожні 10 ліжок закладу охорони здоров'я зі стаціонарними відділеннями, одне паркомісце на кожні 10 відвідувачів упродовж трьох годин для амбулаторно-поліклінічних закладів і одне паркомісце для кожних 10 працівників (враховують кількість співробітників, які одночасно перебувають на робочому місці впродовж зміни).

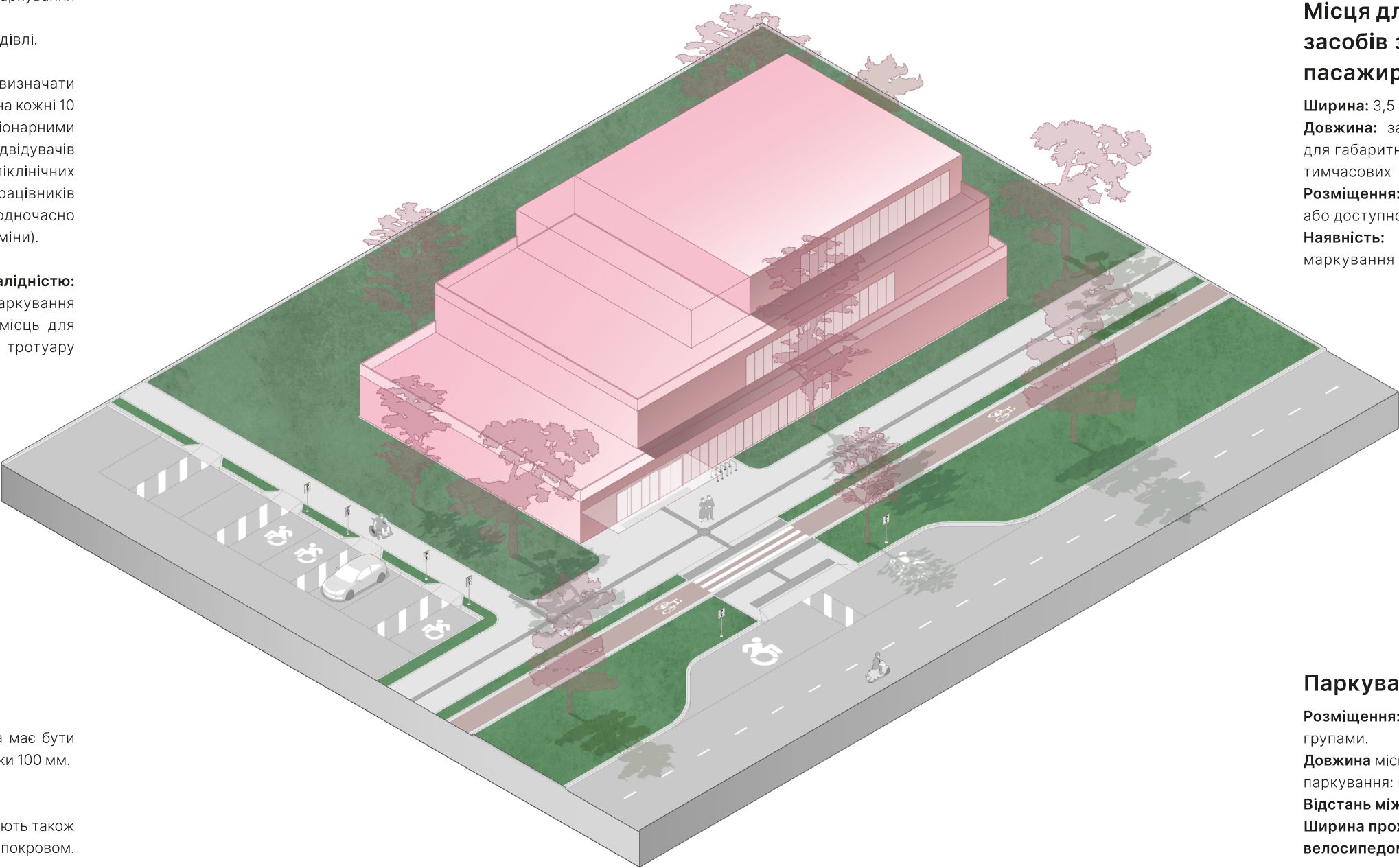
Кількість паркомісць для людей з інвалідністю: щонайменше 10% відведено під місця для паркування людей з інвалідністю. Біля паркувальних місць для людей з інвалідністю має бути пониження тротуару до дороги з ухилом до 8%.

Антипаркувальні стовпчики

Висота: 850-900 мм
Контрастне маркування: верхівка стовпчика має бути промаркована контрастною смугою завширшки 100 мм.
Крок розміщення: 1,8 м.

Функцію антипаркувальних стовпчиків виконують також вазони з квітами та кущі зі щільним покривом.

ДБН В.2.2-10:2022 Заклади охорони здоров'я. Основні положення п. 5.12-5.14	ДБН В.2.3-5:2018 Вулиці та дороги населених пунктів п. 5.3.13	ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення п. 5.4.1
ДСТУ 8751:2017 Безпека дорожнього руху. Огородження дорожні і напрямні пристрої п. 6.1.1	ДБН В.2.3-15:2007 Споруди транспорту. Автостоянки і гаражі для легкових авто-мобілів п. 5.1-5.3	



Місця для зупинення транспортних засобів з метою висадки / посадки пасажирів

Ширина: 3,5 м
Довжина: загальна — щонайменше 9 м або 11 м для габаритних авто, де 5 м — довжина одного з двох тимчасових паркомісць та 1 м — прохід між ними.
Розміщення: в межах 30 м від головного входу або доступного.
Наявність: відповідний інформаційний знак, маркування зони та наявна піктограма %.

Паркувальні місця для велосипедів

Розміщення: під накриттям бажано поруч із вхідними групами.
Довжина місця для перпендикулярного велосипедного паркування: щонайменше 2 м.
Відстань між стійками велопарковки: 0,6 м.
Ширина проходу вздовж парковки з припаркованим велосипедом: щонайменше 1,2 м.

Як це може працювати



Що небезпечно:

- відсутність тактильної навігації;
- відсутність засобів орієнтування по території;
- відсутнє паркування для людей з інвалідністю;
- наявне пересічення автомобільних та пішохідних транзитних рухів;
- відсутнє пониження тротуару для доступу людині на кріслі колісному до парковки.



Для зручності автомобілістів та пішоходів важливо створювати місця висадки пасажирів, місця для паркування.



Що враховано:

- наявність тактильної навігації;
- наявне місце для паркування людині з інвалідністю;
- розділення автомобільних та пішохідних транзитних рухів;
- пониження тротуару з зони парковки до пішохідної зони.

ВХІД ДЛЯ ПРИЙМАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ДОСТАВЛЕНИХ
СПЕЦІАЛІЗОВАНИМИ САНІТАРНИМИ АВТОМОБІЛЯМИ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Щонайменше один вхід має бути пристосованим для того, щоб доставляти чи забирати пацієнтів спеціалізованими санітарними автомобілями екстреної медичної допомоги. Сам вхід має бути на рівні тротуару для зручного транспортування лежачих пацієнтів. Вхід повинен мати можливість приймати одночасно два авто для розвантаження та переміщення лежачих та сидячих пацієнтів.

Ганок

Розміри: довжина — **4,2 м**, ширина — **2,15 м**.
Вільний простір біля головного входу має враховувати розміри, необхідні для транспортування людини на каталці чи ношах. Це важливо передбачити для евакуації чи транспортування лежачих пацієнтів.

Захист від атмосферних опадів

Висота: від 3,5 м.
Розміри: зона ганку – до зони висадки пасажирів.

Навіс біля головного входу, куди можуть привозити пацієнтів, має прикривати собою посадковий майданчик, щоб людина не потрапила під атмосферні опади під час транспортування чи висадки.

Інформаційні таблички /
інформатори / показчики

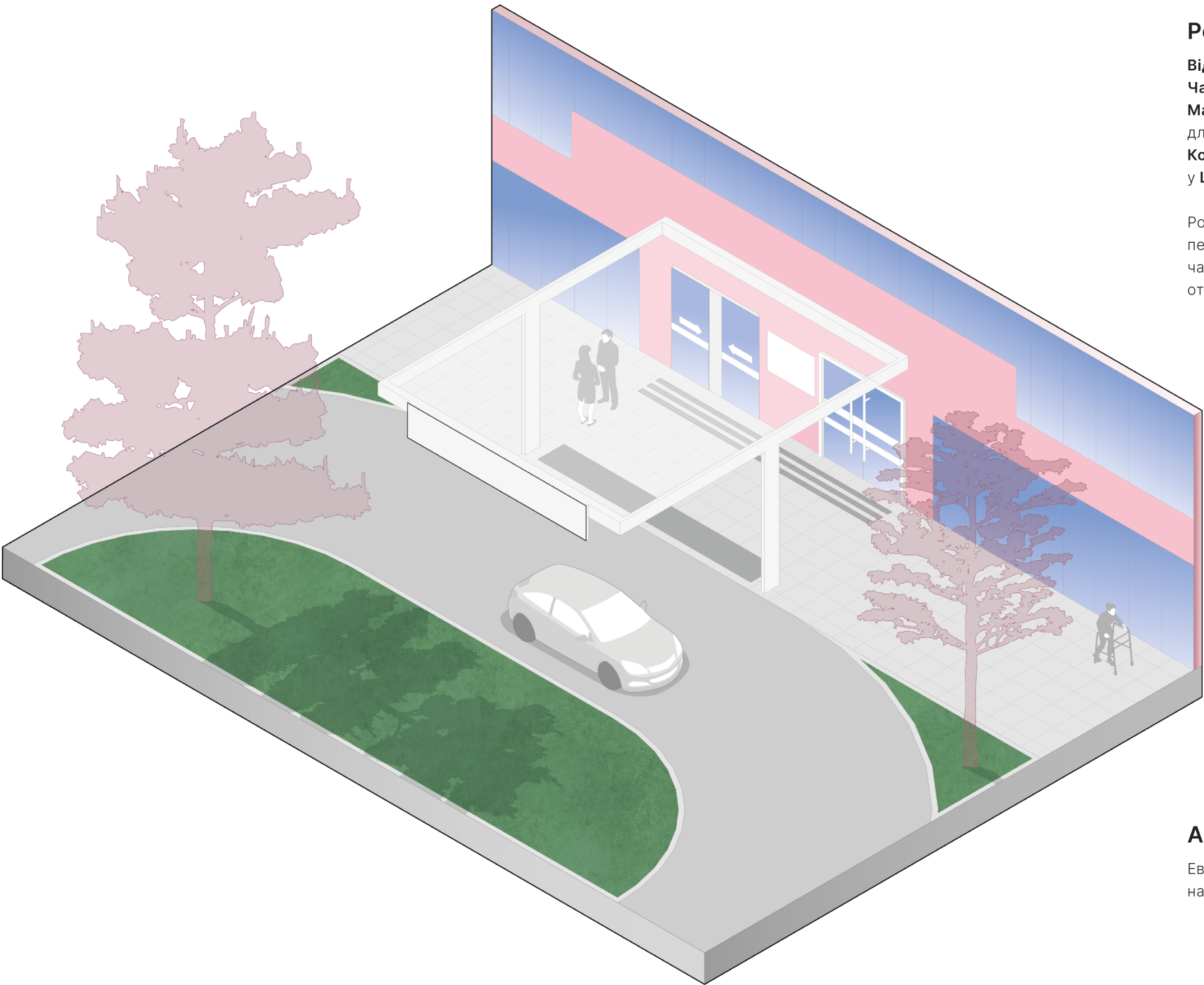
Розміщення: на висоті **1,5 м**, на відстані **300 мм** від дверей або рогу будівлі. Висота шрифтів має враховувати нормативи для людей із порушеннями зору.
Контрастність інформації: становить різницю у **LRV 60** між елементами.
Повинні містити таку інформацію: назва закладу охорони здоров'я, опис його діяльності, адреса, години роботи тощо.

Слід передбачити дублювання цієї інформації тактильно та шрифтом Брайля.

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони здоров'я. Основні положення
п. 6.2.10, 6.2.11, 8.2.1.4, табл. Ж.2

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення
п. 6.1.1, 6.1.3, 8.4.3

ДСТУ Б ISO 21542:2013
Будинки і споруди. Доступність і зручність використання побудованого життєвого середовища
п. 18.1.5, 18.1.7, 18.1.11



Розсувні двостулкові двері

Відкритий проріз: 1,8 м, без порогу.
Час відчинення: 5-7 с.
Маркування скляних поверхонь: на висоті **1,5 м** для дорослих і **1,0 м** для людей низького зросту та дітей.
Контрастність дверей до фасаду: становить різницю у **LRV 30** між елементами.

Розсувна автоматична система має передбачати перебування у відчиненому стані достатній період часу, доки людина повільно проходить крізь дверний отвір, та реагувати на людей низького зросту та дітей.

Антипаніка

Евакуаційна система відчинення дверей способом натискання на довгу площину конструкції.

ВХІД ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЗВЕРТАЮТЬСЯ САМОСТІЙНО
АБО ЇХ ГОСПІТАЛІЗУЮТЬ У ПЛАНОВОМУ ПОРЯДКУ
(Варіант за умови реконструкції)

Під час реконструкції медичних закладів допускається зберігання ґанку за умови влаштування пандуса з двобічним рухом або іншого піднімального пристрою (підйомника).

Ґанок

Розміри: мінімальна довжина — **3 м**, мінімальна ширина — **1,8 м**.

Під час облаштування пандуса до довжини ґанку додатково додають 1,5 м як розворотний майданчик для відпочинку, але він має розміщуватися не на транзитній частині ґанку.

Захист від атмосферних опадів

Висота: від 3,5 м.
Розміри: зона ґанку, зона сходів, зона пандуса та зона перед пандусом завдовжки 1,5 м.

Навіс має прикривати основні вертикальні конструкції ґанку (сходи і пандус), проте його бажано винести за ці зони ще на 1,5 м для підготовки людей до атмосферних опадів (розкриття парасольки тощо).

Пандус

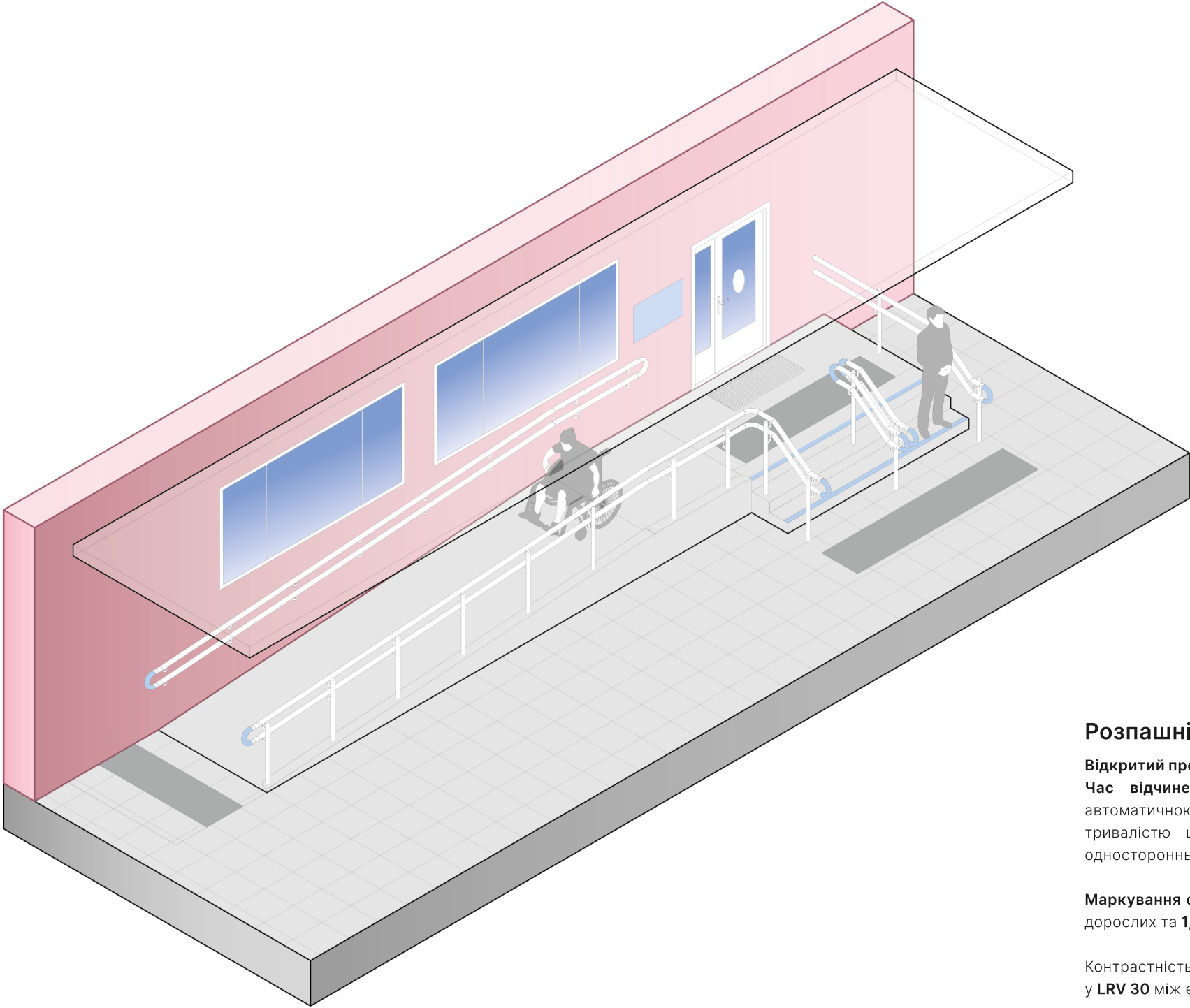
Нахил: 8% (макс. 4,5°)
Один підйом: висота одного підйому — максимум **0,8 м**.
Ширина для двобічного руху: в просвіті — **1,8 м**.
Захисний бортик: 100 мм
Горизонтальні майданчики для відпочинку: 1,5х1,5 м.

Поручні на пандусі

Розміщення: на висоті 0,9 м та 0,7 м. Горизонтальні частини поручнів мають бути довгими за пандус на 0,3 м як угорі, так і внизу.

Діаметр поручнів: поручні діаметром **35-45 мм** повинні мати округлу форму.

ДБН В.2.2-10:2022 Заклади охорони здоров`я. Основні положення п. 6.2.12	ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення п. 5.3.1, 6.1.2-6.1.4	ДСТУ Б ISO 21542:2013 Будинки і споруди. Доступність і зручність використання побудованого життєвого середовища п. 18.1.5, 18.1.7, 18.1.11
-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Розпашні полуторні двері

Відкритий проріз: 1,8 м, без порогу.
Час відчинення: двері мають бути обладнані автоматичною системою, яка передбачає зачинення тривалістю щонайменше 5 с., або мати завіси односторонньої дії з фіксацією положення.

Маркування скляних поверхонь: на висоті **1,5 м** для дорослих та **1,0 м** для людей низького зросту та дітей.

Контрастність дверей до фасаду: становить різницю у **LRV 30** між елементами.

ГОРИЗОНТАЛЬНІ КОМУНІКАЦІЇ ВІДДІЛЕННЯ ДЕ Є ПАЦІЄНТИ
ТЯЖКИХ СТАНІВ (ЛЕЖАЧІ)

На реабілітації можуть перебувати пацієнти різних станів, в деяких випадках вони потребують довшого часу перебування, супроводу працівниками медзакладу або переміщення на каталці.

КОРИДОР

Транзитна зона

Ширина: щонайменше **2,15 м**.
Для розвороту каталки необхідно кожні **10 м** мати кишені розмірами **3,37х4,31 м**. Дверні полотна, що відчиняються у напрямку коридору, не мають потрапляти у транзитну зону. Для цього або збільшується ширина коридору, або створюється кишеня для відчинення дверей.

Об'єкти, меблі, конструкції та інші елементи на шляхах руху

У транзитну зону коридору не повинні потрапляти батареї, вогнегасники, рослини, меблі, або інші речі, що можуть заважати руху коридором.

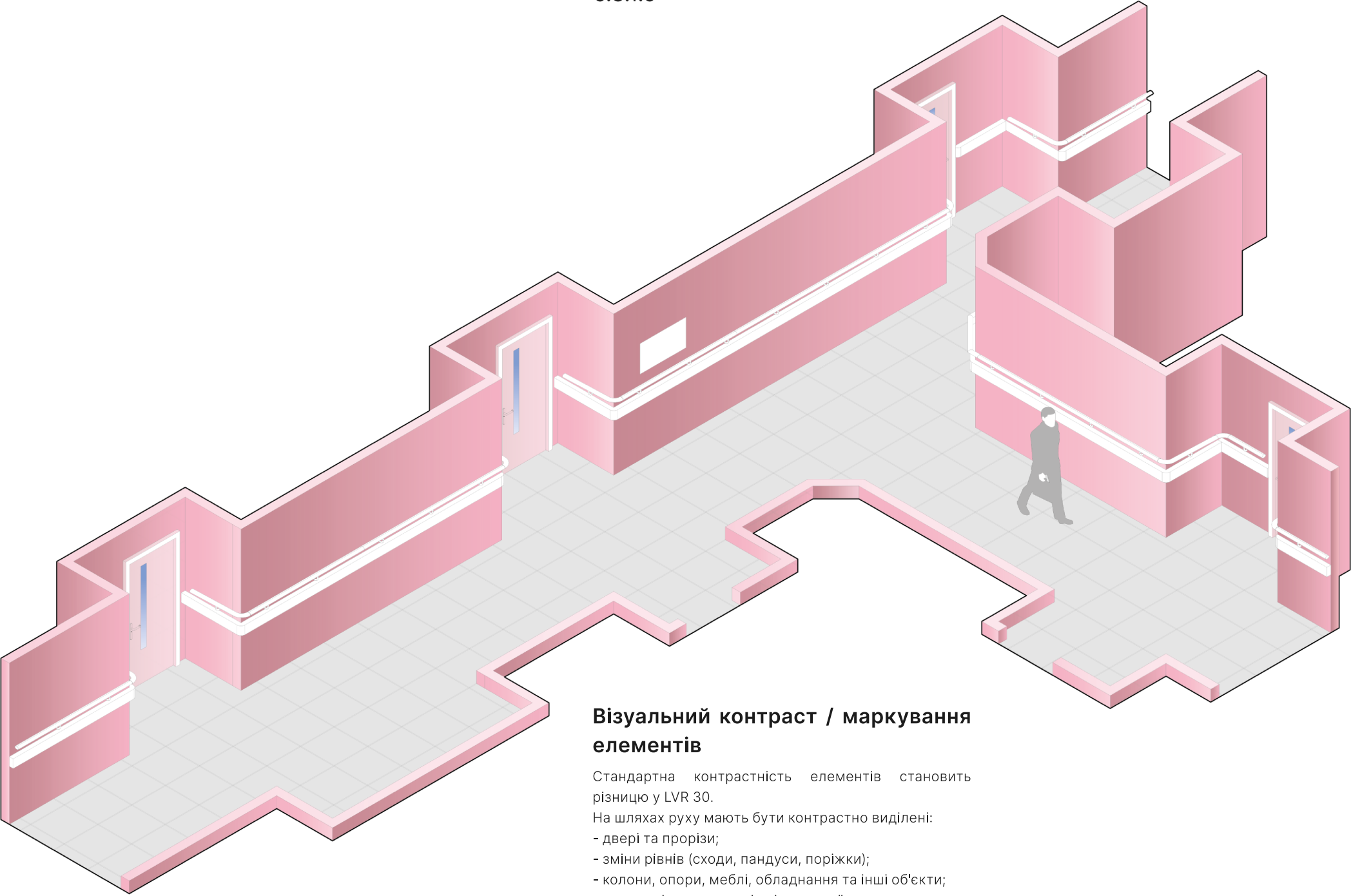
Горизонтальні поручні: монтуються з обох боків коридору на висоті від підлоги до верхньої частини поручня **0,85-1,1 м**. Кріплення поручня фіксують обов'язково знизу.
Захисні бампери: на висоті **0,6-0,9 м** від рівня підлоги.
Захисне покриття стін: висота має бути не меншою за **1,2 м** від рівня підлоги.

Двері та прорізи

Вільний прохід у прорізах, дверях: повинні бути без поріжка та мати ширину у просвіті **1,55 м** і більше.
Оглядовість дверей: в межах 0,3-0,9 м від рівня підлоги. Нижня частина дверей захищена протиударною смугою.
Зручне відчинення дверей: двері мають бути обладнані автоматичною системою, яка передбачає зачинення тривалістю щонайменше 5 с., або мати завіси односторонньої дії з фіксацією положення.
Скляні конструкції: повинні бути контрастно промарковані на висоті **1 м** та **1,5 м** горизонтальною лінією щонайменше **100 мм** завширшки.
Контрастність дверей до стіни: становить різницю у LRV 30 між елементами.
Пристрої користування: дверні ручки повинні бути натискного типу або типу вертикальної скоби. Основна частина – на висоті **0,85-1,0 мм** від рівня підлоги. Починатись може від **500 мм**.

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони здоров'я. Основні положення
п. 6.2.1, 6.2.9, 6.4.5, 6.3.1.6

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення
п. 8.4.2.4



Візуальний контраст / маркування елементів

Стандартна контрастність елементів становить різницю у LVR 30.
На шляхах руху мають бути контрастно виділені:
- двері та прорізи;
- зміни рівнів (сходи, пандуси, поріжки);
- колони, опори, меблі, обладнання та інші об'єкти;
- вимикачі, розетки та інші пристрої;
- скляні поверхні.

Ширина контрастного маркування — 0,01-0,02 м.
Інші навісні конструкції чи колони рекомендовано маркувати вздовж контуру конструкцій.

ГОРИЗОНТАЛЬНІ КОМУНІКАЦІЇ СТАЦІОНАРНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Коридори загальних палат стаціонарного відділення, де пацієнти можуть переміщатися самостійно або з супроводжувачем.

КОРИДОР

Транзитна зона

Ширина: щонайменше **1,5 м**.
Для розвороту каталки необхідно кожні **10 м** мати кишені розмірами **1,8х2,2 м**. Дверні полотна, що відчиняються у напрямку коридору, не мають потрапляти у транзитну зону. Для цього або збільшується ширина коридору, або створюється кишеня для відчинення дверей.

Об'єкти, меблі, конструкції та інші елементи на шляхах руху

У транзитну зону коридору не повинні потрапляти батареї, вогнегасники, рослини, меблі, або інші речі, що можуть заважати руху коридором.

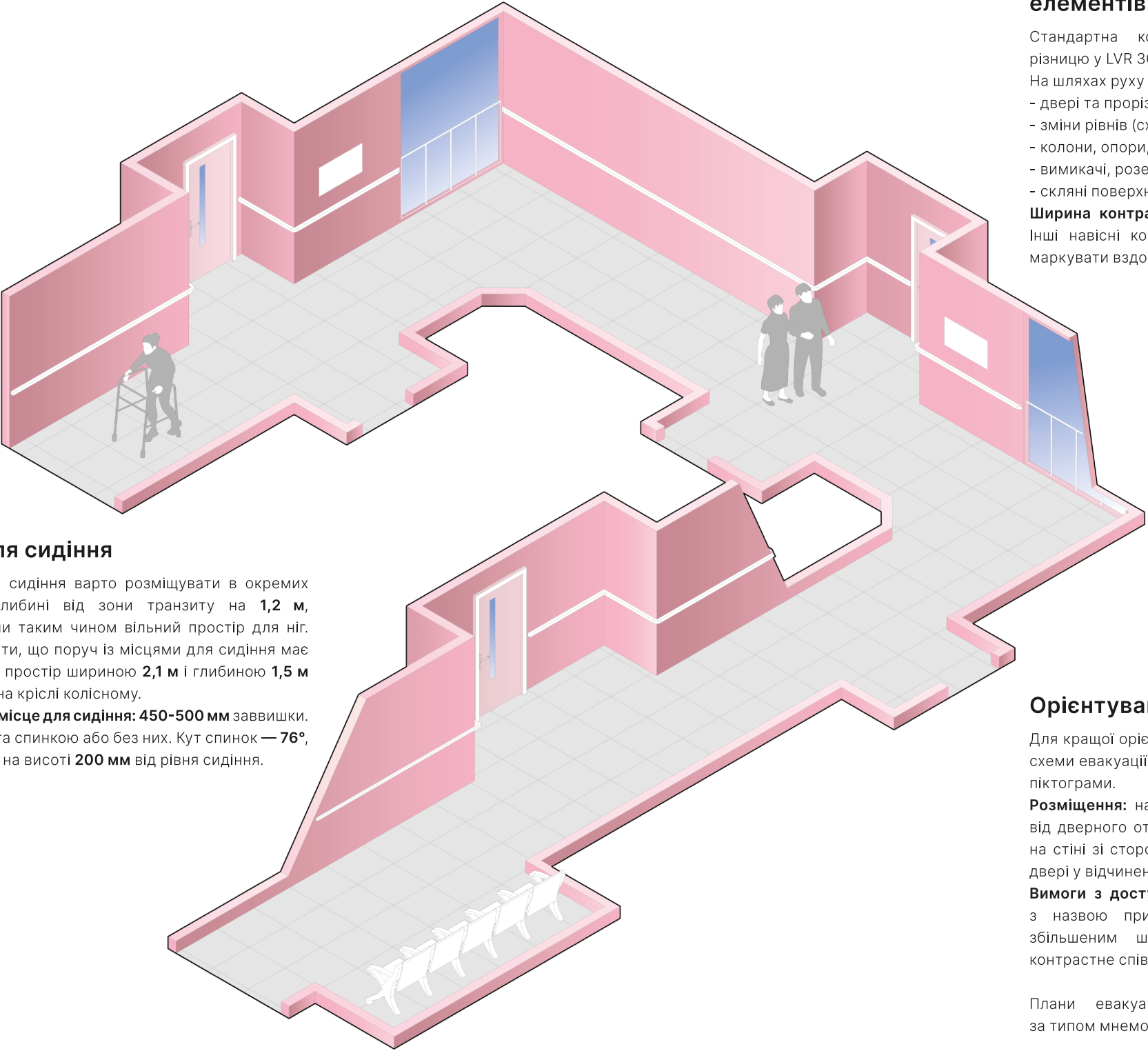
Горизонтальні поручні: монтуються з обох боків коридору на висоті від підлоги до верхньої частини поручня **0,85-1,1 м**. Кріплення поручня фіксують обов'язково низу.
Захисне покриття стін: висота має бути не меншою за **1,2 м** від рівня підлоги.
Природне освітлення: коридори закладів, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, повинні мати природне освітлення через вікна в торцевих стінах будівель і у світлових кишенях (холах) кожні **24 м**.

Двері та прорізи

Вільний прохід у прорізах, дверях: повинні бути без поріжка та мати ширину у просвіті **1 м** і більше.
Оглядовість дверей: **0,3-0,9м** від рівня підлоги. Нижня частина дверей захищена протиударною смугою.
Зручне відчинення дверей: двері мають бути обладнані автоматичною системою, яка передбачає зачинення тривалістю щонайменше **5 с.**, або мати завіси односторонньої дії з фіксацією положення.
Скляні конструкції: повинні бути контрастно промарковані на висоті **1 м** та **1,5 м** горизонтальною лінією щонайменше **100 мм** завширшки.
Контрастність дверей до стіни: становить різницю у LRV 30 між елементами.
Пристрої користування: дверні ручки повинні бути натискного типу або типу вертикальної скоби. Основна частина – на висоті **0,85-1,0 мм** від рівня підлоги. Починатись може від **500 мм**.

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони здоров'я. Основні положення
п. 6.2.1, 6.2.2, 6.2.9, 6.4.5

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення
п. 8.4.2.4, 8.3.5



Місця для сидіння

Розміщення: сидіння варто розміщувати в окремих кишенях, вглибині від зони транзиту на **1,2 м**, забезпечивши таким чином вільний простір для ніг. Слід врахувати, що поруч із місцями для сидіння має бути вільний простір шириною **2,1 м** і глибиною **1,5 м** для людини на кріслі колісному.
Стандартне місце для сидіння: **450-500 мм** заввишки. З перилами та спинкою або без них. Кут спинки — **76°**, підлокітники на висоті **200 мм** від рівня сидіння.

Візуальний контраст / маркування елементів

Стандартна контрастність елементів становить різницю у LVR 30.
На шляхах руху мають бути контрастно виділені:
- двері та прорізи;
- зміни рівнів (сходи, пандуси, поріжки);
- колони, опори, меблі, обладнання та інші об'єкти;
- вимикачі, розетки та інші пристрої;
- скляні поверхні.
Ширина контрастного маркування — 0,01-0,02 м. Інші навісні конструкції чи колони рекомендовано маркувати вздовж контуру конструкцій.

Орієнтування

Для кращої орієнтації в коридорі потрібно розмістити схеми евакуації, тактильні інформаційні покажчики та піктограми.
Розміщення: на висоті **1,2-1,5 м** і на відстані **0,3 м** від дверного отвору. Табличка має розташовуватися на стіні зі сторони відчинення дверей, але так щоби двері у відчиненому стані її не затуляли.
Вимоги з доступності: піктограма та/або табличка з назвою приміщення мають бути надруковані збільшеним шрифтом, також слід забезпечити контрастне співвідношення кольору шрифту до тла.

Плани евакуації бажано робити тактильними, за типом мнемосхеми.

ВЕРТИКАЛЬНІ КОМУНІКАЦІЇ — ЛІФТ

Ліфти мають бути доступними для самостійного користування маломобільних груп населення та транспортування лежачих.

Зовнішній простір навколо ліфта

Зона біля ліфта та кнопок виклику має передбачати вільний простір розмірами **1,5х1,5 м**.

Ширина вхідного прорізу:

- звичайний ліфт — **1,1 м**, мінімум — **0,9 м**;
- ліфт для переміщення пацієнта на каталці — **1,37 м**.

Висота дверного прорізу — 2 м.

Швидкість зачинення розсувних дверей ліфта — щонайменше **5 с**.

Внутрішній простір ліфта

- Звичайний ліфт має **1,4 м** у ширину та **2 м** у глибину. Мінімальні розміри — **1,1 м** у ширину та **1,4 м** у глибину.
- Ліфти для переміщення ліжка — **1,8 м** у ширину та **2,7 м** у глибину. Мінімальні розміри для транспортування лежачих пацієнтів на ношах — **1,4х2,4 м**.

Поручні: у ліфті монтуються на висоті **0,8-0,95 м** від рівня підлоги. Простір між краєм поручня та стіною ліфта — **35-45 мм**. Поручні за можливості мають бути з усіх трьох сторін кабіни.

Відкидне місце для сидіння: висота — **0,5 м**, глибина сидіння — **0,3-0,4 м**, ширина сидіння — **0,4-0,5 м**. Здатне витримати навантаження в **100-200 кг**.

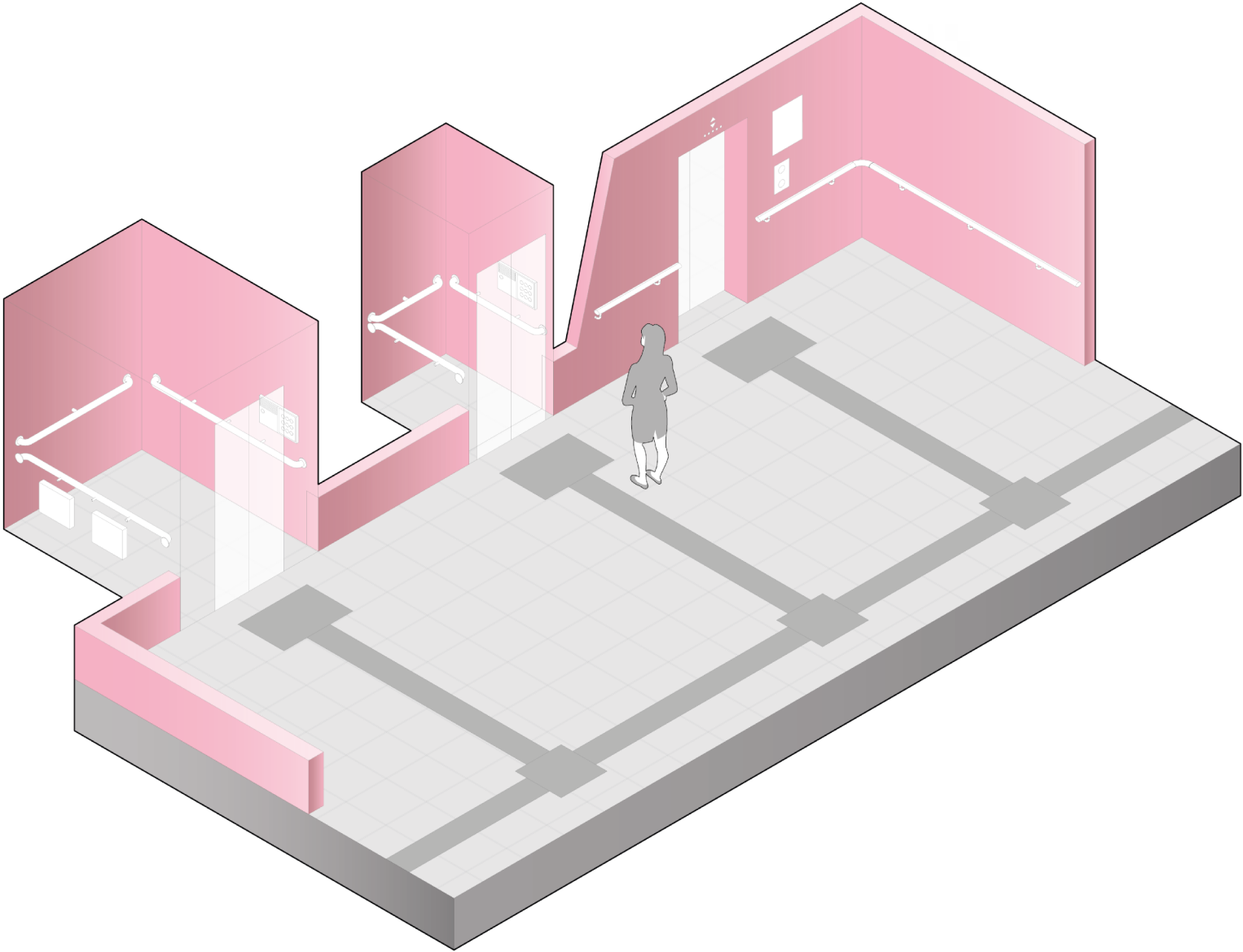
Освітлення простору ліфта має бути рівномірним (щонайменше **100 люкс**), також рекомендовано підсвічувати кнопки.

Інформація: праворуч або ліворуч від входу в ліфт слід зазначити номер поверху розміром **50 мм** на висоті **1,5 м**. Таке саме маркування має бути на стіні навпроти ліфта. Позначення має контрастувати зі стіною, на якій розміщене.

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров`я. Основні
положення
п. 6.2.1, 6.2.2, 6.2.9,
6.4.5

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 8.4.2.4, 8.3.5

ДСТУ Б ISO 21542:2013
Будинки і споруди. Доступність
і зручність використання побу-
дованого життєвого середовища
п. 18.1.5, 18.1.7, 18.1.11



Зовнішні пристрої

Кнопка виклику: нижній рівень кнопки до підлоги — **1,05 м**. Система з кнопкою виклику має бути контрастною до стіни, на якій розташована. Кнопки ліфтів слід облаштовувати тактильними позначками, які дублюють текстову інформацію. Також варто передбачати світлову та звукову інформативну сигналізацію біля кожних ліфтових дверей.

Внутрішні пристрої

Кнопки керування: слід розташувати на висоті до **1,5 м**. Кнопки ліфтів мають бути облаштовані тактильними позначками, які дублюють текстову інформацію. Текстову інформацію на кнопках варто виконувати збільшеним шрифтом у контрастному співвідношенні кольорів.

Крім того, у ліфтах необхідно передбачити голосовий інформатор та звуковий сигналізатор.

Матеріли: підлогове покриття кабіни ліфта та майданчика біля нього має бути забезпечене протиковзким покриттям.

Внутрішнє оздоблення: у ліфтах слід уникати використання дзеркал чи дзеркального скла, оскільки вони можуть спричинити сплутаність свідомості та дезорієнтацію.

Освітлення

Освітлення стін, верхнє освітлення або освітлення по периметру, а не пряме нижнє освітлення слід використовувати в ліжках і підйомниках із візками / ношами, щоб уникнути засліплення пацієнтів під час перевезення.

ВЕРТИКАЛЬНІ КОМУНІКАЦІЇ — СХОДИ

Сходи мають бути доступними для самостійної евакуації маломобільними групами населення та транспортування лежачих.

Сходовий марш

Ширина в просвіті — **1,5 м**.

На початку та наприкінці сходового маршу варто передбачити вільну зону з глибиною та довжиною у **1,5 м**, що відповідає ширині сходового маршу. У межах цієї зони не розміщуються об’єкти та не відчиняються двері.

Відкриті прорізи на сходовому майданчику із безпечних міркувань повинні мати бортик заввишки щонайменше **50 мм**, рекомендовано — **100 мм**.

Сходовий марш повинен мати щонайменше 3 сходинки, але не більше **12**. За можливості кількість сходинок у послідовних прольотах має бути однаковою.

Сходи

Ширина проступів сходів має бути не меншою за **0,3 м**, а висота підйому сходинок — не більшою за **0,15 м**. Нахил сходів повинен бути не більшим ніж **1:2**, а ребро сходинок мати заокруглення радіусом щонайбільше **0,02 м**. Бічні краї сходинок, що не примикають до стін, повинні мати бортики щонайменше **0,02 м** заввишки.

Поручні

Мають бути з обох боків сходів. Їх варто робити неслизькими та контрастними до стін. Поручні повинні візуально контрастувати з поверхнею, до якої вони кріпляться, бути гладенькими та не мати абразивних елементів.

Поручні сходів варто розташовувати на висоті **0,7 і 0,9 м**. Завершальні частини поручнів повинні з обох боків — вгорі та внизу — мати горизонтальне продовження на **0,3 м**.

Хоча закруглені виступи можуть викликати ковзання, слід уникати гострих виступів та кутів.

Діаметр поручня має становити **40-45 мм**. Від крайньої грані поручня до стіни варто залишити простір не менше ніж **50 мм**.

Огородження

Огородження сходових маршів та майданчиків рекомендовано робити з вертикальних елементів, ширина між якими має становити щонайбільше **100 мм**.

Візуальна контрастність

Рекомендовано маркувати край першої та останньої сходинки горизонтальною смугою завширшки **100 мм**.

Тактильна навігація

Попереджувальні тактильні смуги розміщуються на початку та наприкінці сходових маршів, на відстані **400 мм** від краю. Смуги повинні мати таку саму ширину, як і сходові марші — **1,5х0,6 м**.

Навігація

На кожному поверсі варто встановити контрастну інформаційну табличку з номером поверху. На кінці сходових маршів на перилах потрібно передбачити рельєфні позначення поверхів у тактильному вигляді та/або шрифтом Брайля. Мінімальний розмір цифр в ширину — **0,01 м**, у висоту — **0,015 м**, висота рельєфу — щонайменше **0,002 м**.

Освітлення

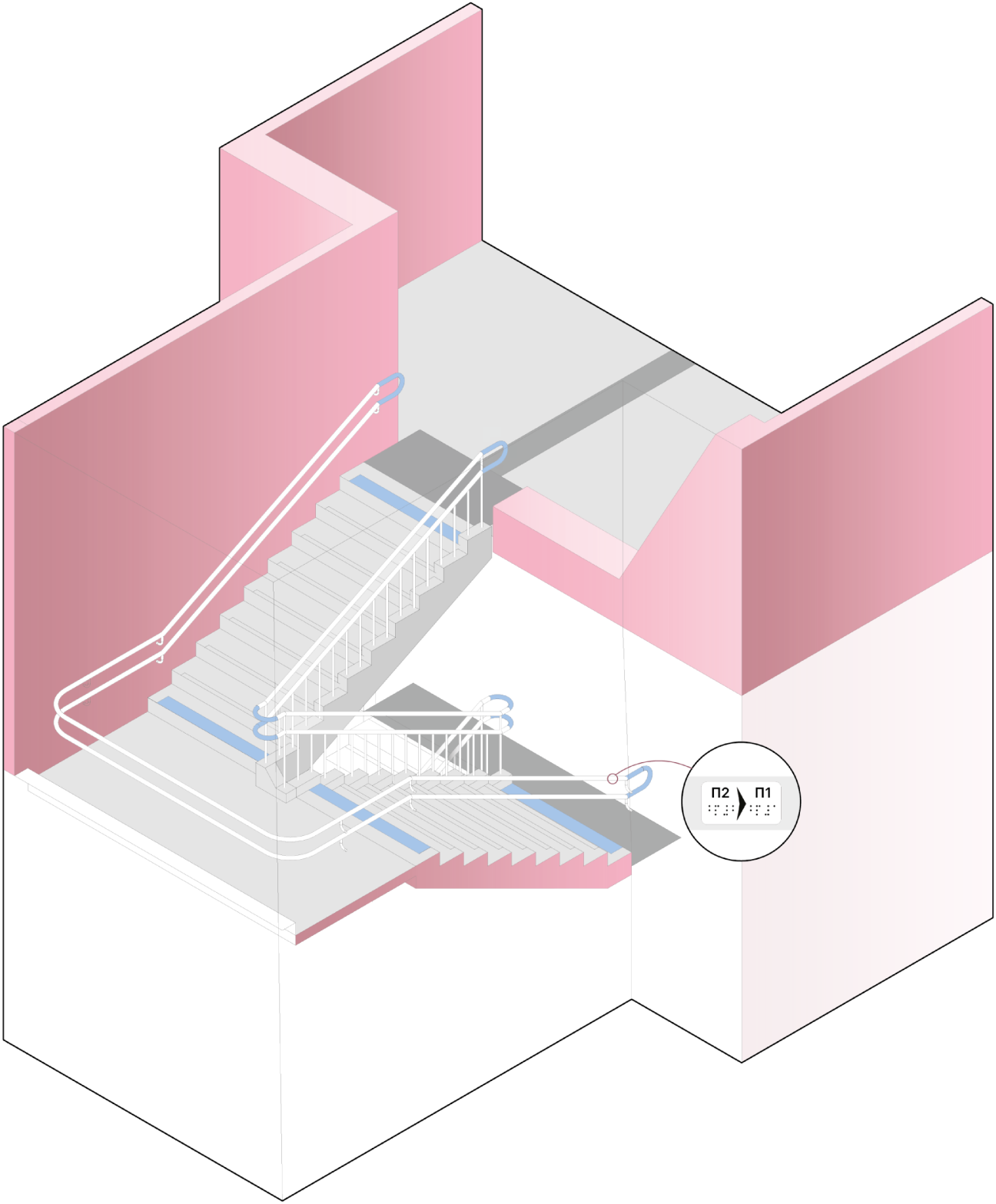
Освітлення має бути рівномірним, рекомендовано використовувати **200 люкс**. Освітлення необхідно проектувати таким чином, щоб акцентувати відмінності між підсходінками та проступами, верхніми та нижніми східцями та будь-які зміни напрямку.

Слід уникати сліпучого освітлення (наприклад, невдало розташованих прожекторів, а також низькорівневих джерел світла).

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров’я. Основні
положення
п. 14.2

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 6.3.1, 8.4.2.4, 8.2.9

ДСТУ Б ISO 21542:2013
Будинки і споруди. Доступність
і зручність використання побу-
дованого життєвого середовища
п. 13



ВЕРТИКАЛЬНІ КОМУНІКАЦІЇ — ПАНДУС

Пандуси в будівлях мають бути достатніх розмірів, щоб переміщувати лежачих та бути доступними для самостійного пересування маломобільних груп.

Вимоги до пандуса

Краще проєктувати прямі, Г-подібної або П-подібної форми, без заокруглень.

- Ширина пандуса — **1,5 м** для можливості транспортування каталок;
- Висота пандуса — співвідношення **1:20** для перепаду висоти **0,5 м** та більше. Довжина пандуса залежить від висоти;
- Максимальна висота одного підйому пандуса залежить від кута нахилу. Таким чином, пандус співвідношенням **1:20** рекомендовано робити максимум **10 м** у довжину;
- Після кожного підйому потрібно облаштовувати горизонтальні майданчики глибиною не менше за **1,5 м**;
- Уздовж пандуса, по бічних краях та вздовж відкритих стінок майданчиків для розвороту чи відпочинку слід передбачити поріжки мінімум **5 см** заввишки, щоб передні колеса крісла колісного не вислизали;
- На початку та наприкінці пандуса має бути вільна зона **1,5 м** у глибину та довжину, яка відповідає ширині пандуса. В межах цієї зони не розміщуються об'єкти та не відчиняються двері;
- Поверхня пандуса — шорстка.

Поручні

Мають бути з обох боків сходів. Їх варто робити неслизькими та контрастними до стін. Поручні повинні візуально контрастувати з поверхнею, до якої вони кріпляться, бути гладенькими та не мати абразивних елементів.

Поручні сходів варто розташовувати на висоті **0,7 і 0,9 м**. Завершальні частини поручнів повинні з обох боків — вгорі та внизу — мати горизонтальне продовження на **0,3 м**. Хоча закруглені виступи можуть викликати ковзання, слід уникати гострих виступів та кутів.

Діаметр поручня має становити **40-45 мм**.

Від крайньої грані поручня до стіни варто залишити простір не менше за **50 мм**.

Огородження сходових маршів та майданчиків рекомендовано робити з вертикальних елементів, ширина між якими має становити щонайбільше **100 мм**.

Освітлення

Освітлення має бути рівномірним, рекомендовано використовувати **200 люкс**.

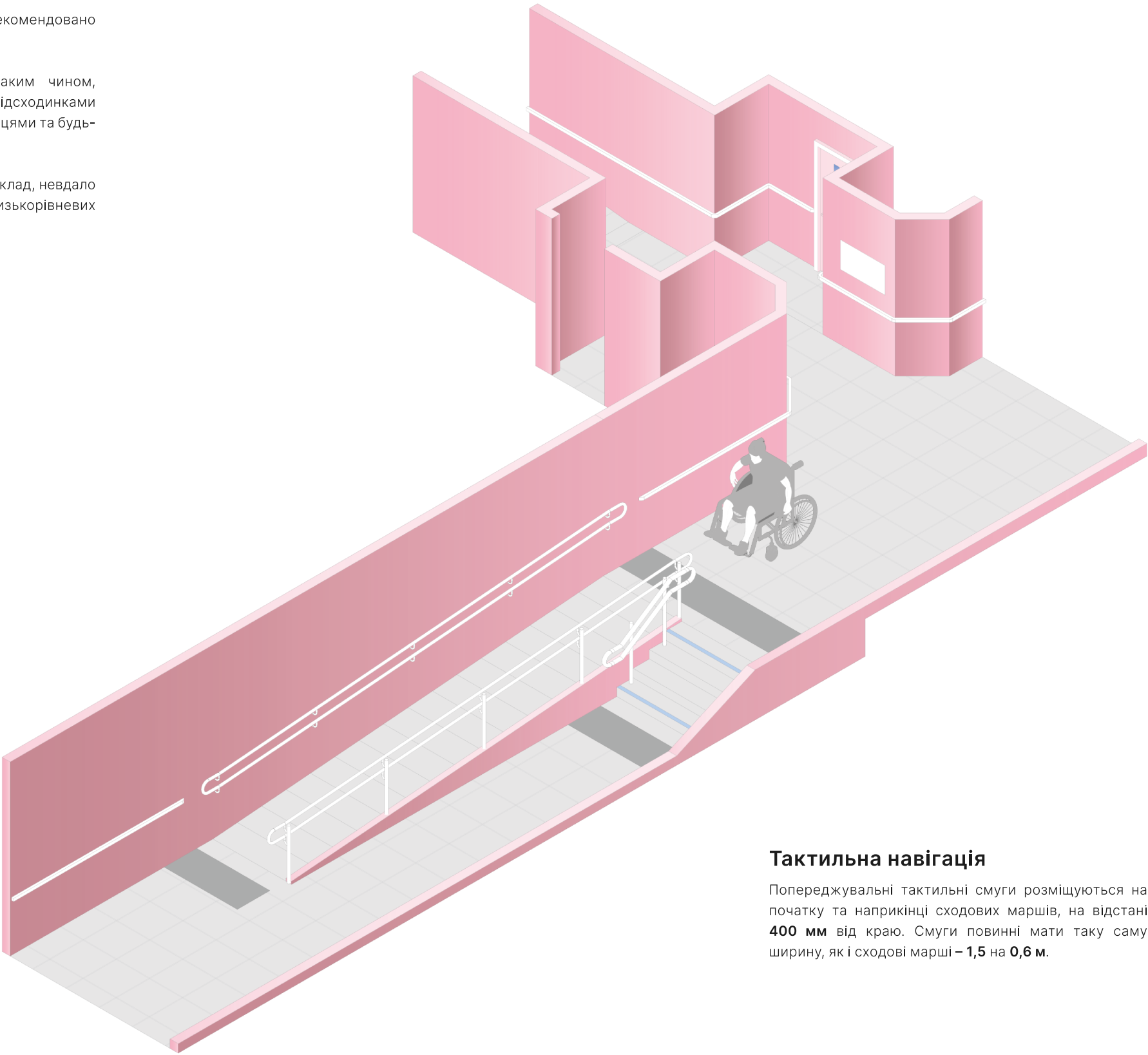
Освітлення необхідно проєктувати таким чином, щоб акцентувати відмінності між підсходинками та проступами, верхніми та нижніми східцями та будь-які зміни напрямку.

Слід уникати сліпучого освітлення (наприклад, невдало розташованих прожекторів, а також низькорівневих джерел світла).

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров'я. Основні
положення
п. 14.2

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 6.3.2, 8.2.9

ДСТУ Б ISO 21542:2013
Будинки і споруди. Доступність
і зручність використання побу-
дованого життєвого середовища
п. 12.2



Тактильна навігація

Попереджувальні тактильні смуги розміщуються на початку та наприкінці сходових маршів, на відстані **400 мм** від краю. Смуги повинні мати таку саму ширину, як і сходові марші – **1,5** на **0,6 м**.

ЗОНА ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ ТА ІНФОРМАЦІЇ

Стійка обслуговування, включно зі стійкою реєстрації та довідки, має бути доступною і зрозумілою кожному. Це стосується всіх відвідувачів або пацієнтів, а також персоналу. Рецепційні стійки мають розташовуватися помітно і в прямому логічному положенні до головного входу в будівлю для полегшення ідентифікації.

Стійка надання послуг та інформації

Вільний простір перед конструкцією стійки — **2,44×2,44 м**. Стійки реєстрації та обслуговування мають передбачати робочу поверхню на двох різних рівнях, щоб ними легко могли скористатися і люди, що сидять, і люди, що стоять.

- Мінімальна довжина секції стійки — **1,8 м**.
Для людей з порушеннями опорно-рухового апарату
- які стоять — **0,95-1,11 м**;
 - які сидять — **0,74-0,8 м**.

Для людини на кріслі колісному слід передбачити простір для колін глибиною **650 мм** та шириною **760 мм**.

Візуальна контрастність

Стійки реєстрації / обслуговування повинні бути рівномірно освітлені до рівня **200 люкс**.
Усі рівні рецепції мають візуально контрастувати на загальному тлі конструкції рецепції.

ДБН В.2.2-10:2022 Заклади охорони здоров'я. Основні положення п. 6.2.21, 10.3	ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення п. 7.2.3	ДСТУ Б ISO 21542:2013 Будинки і споруди. Доступність і зручність використання побудованого життєвого середовища п. 19
-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Інформація

Піктограма стійки рецепції або назва має розміщуватися на рівні **1,8-2,0 м** від підлоги, текст бути виконаним збільшеним шрифтом у контрастному співвідношенні до тла, не відблискувати.

Будь-яка додаткова інформаційна довідка на окремих стійках має міститися збоку від конструкції стійки, не заважаючи клієнту на шляху руху.

Індукційну петлю для людей, які використовують слухові апарати, слід передбачити на всіх стійках реєстрації / стійках обслуговування. Якщо є така функція, як перекладач жестової мови, то відповідна піктограма має бути розташована на рецепції.

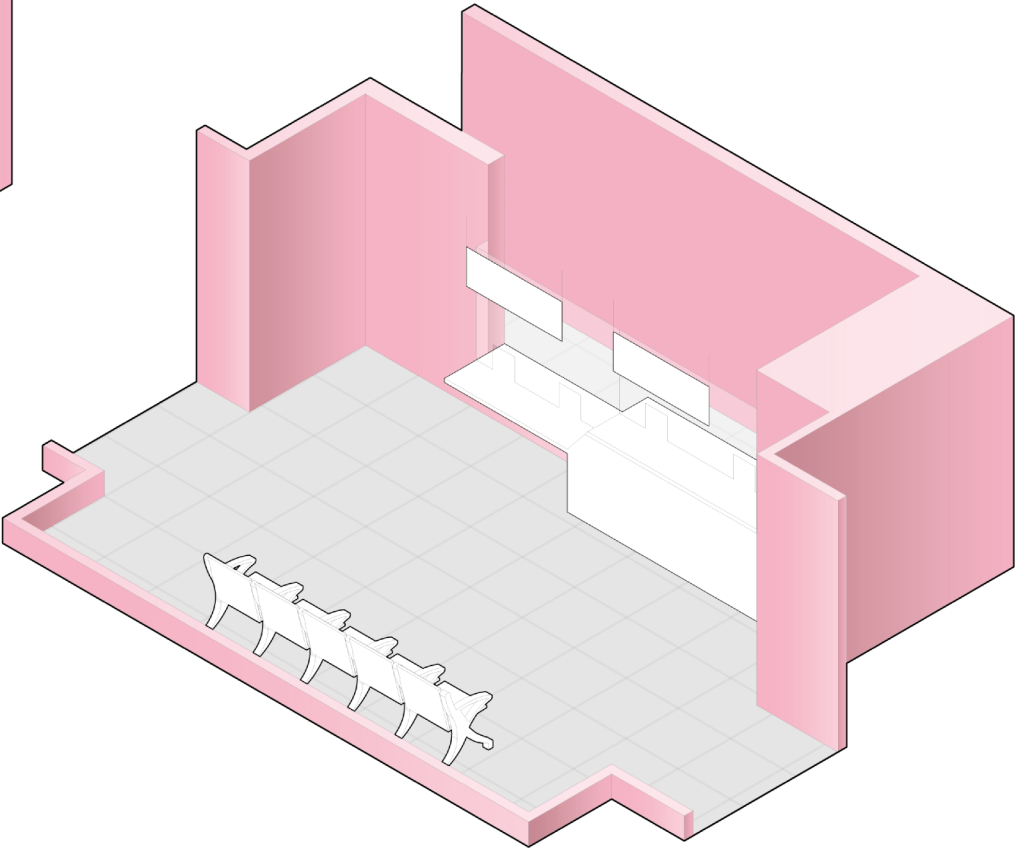
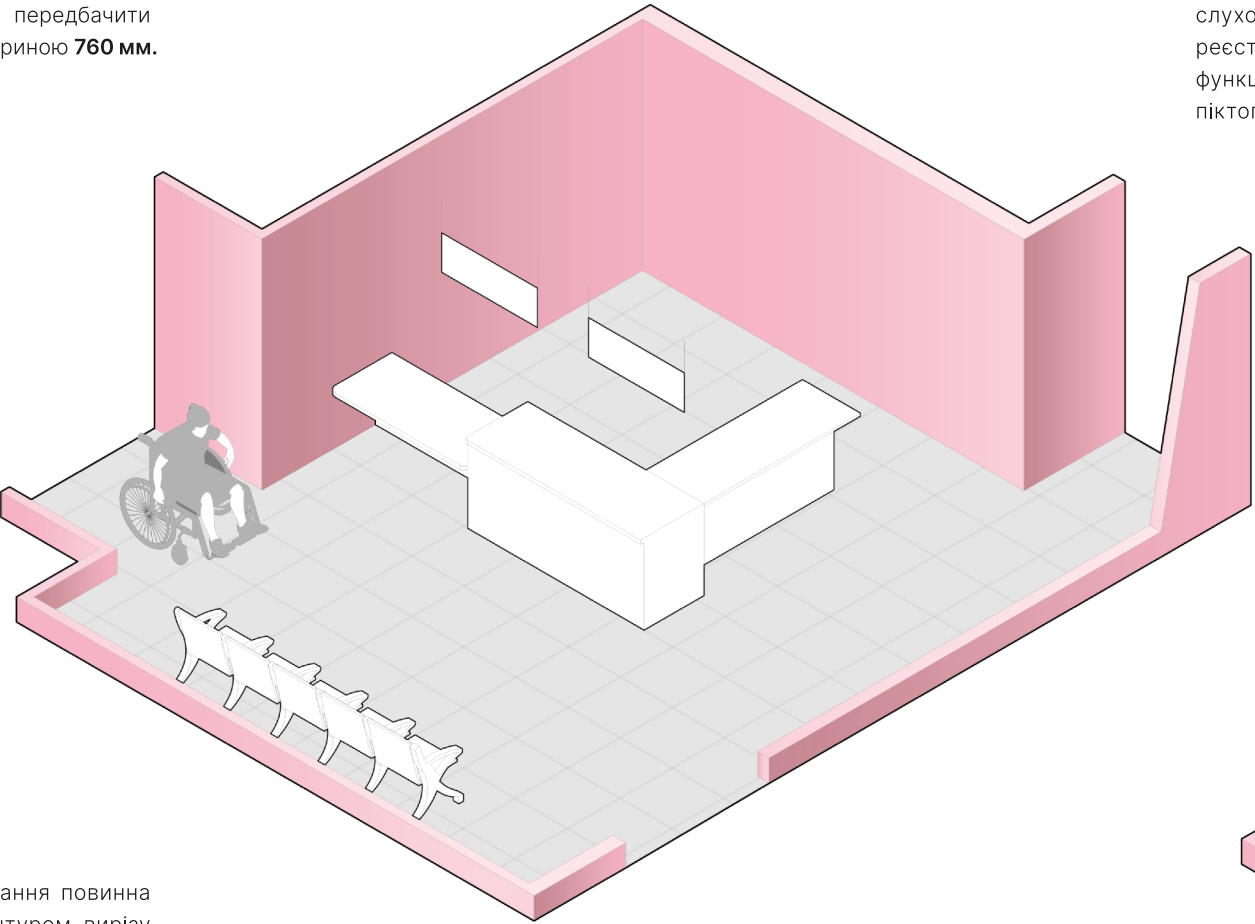
Тактильна навігація

Попереджувальні тактильні смуги повинні мати ширину, що відповідає ширині стійки на шляху руху. Вони обов'язково наносяться паралельно стійці. Розміщуються смуги перед зоною стійки рецепції за **30 см**.
Тактильну контрастність можна забезпечити через зміну поверхні — ковrolін із плиткою, бетон із терасною дошкою тощо.

Закрита стійка

Стійка реєстрації / служба обслуговування повинна мати скло, чітко промарковане за контуром вирізу отвору. Саме скло має бути:

- матовим;
- не відбивати світло та не відблискувати;
- промаркованим контрастною смугою або інформацією.



ЗОНА ОЧІКУВАННЯ

Зона очікування повинна прилягати до стійки реєстрації, може бути в окремому приміщенні. Великі зони очікування варто розбити на менші, щоби зробити простір безпечнішим, а пацієнти могли сидіти поряд із кабінетом, до якого їх викликатимуть.

Місця для сидіння

Загальні рекомендації: підлокітник висотою від сидіння до верхнього краю — **15-18 см**, спинка висотою від підлоги до верхнього краю — **80-84 см**.

Стандартне: сидіння висотою **45 см**, ширина та глибина сидіння — **50х50 см**, два підлокітники, зі спинкою.

Понижене: сидіння висотою **40 см**, ширина та глибина сидіння — **50х50 см**, два підлокітники, зі спинкою.

Підвищене: сидіння висотою **47-50 см**, ширина та глибина сидіння — **50х50 см**, два підлокітники, зі спинкою.

Більш широке: сидіння висотою **45 см**, ширина та глибина сидіння — **60х50 см**, два підлокітники, зі спинкою.

Менш глибоке: сидіння висотою **45 см**, ширина та глибина сидіння — **50х40 см**, два підлокітники, зі спинкою.

Без спинки: **45 см**, ширина та глибина сидіння — **50х50 см**, два підлокітники від сидіння до кінцевого рівня **15-18 см**.

Без підлокітників: сидіння висотою **45 см**, ширина та глибина сидіння — **50х50 см**, зі спинкою.

З одним підлокітником: сидіння висотою **45 см**, ширина та глибина сидіння — **50х50 см**, зі спинкою, один підлокітник (в просторі таких стільців має бути декілька, де підлокітники — з різних сторін).

Подвійне сидіння: сидіння висотою **45 см**, ширина та глибина сидіння — **100х50 см**, два підлокітники, зі спинкою.

Простір

Біля кожних трьох місць рекомендовано мати вільний простір розмірами **1х1 м** для можливості розташуватися людині на кріслі колісному.

Мінімальний прохід між сидіннями — **1,2 м**.

За можливості там варто розмістити розетки, кулери з теплою та холодною водою.

Зона очікування має передбачати столи, де можна заповнити документи, поставити склянку води тощо.

- Стіл повинен:**
- мати вільний простір під стільницею **70 см** із можливістю поставити під стіл ноги;
 - бути контрастним щодо простору та інших предметів;
 - мати висоту стільниці **780-800 мм** від рівня підлоги.

Інформація

Піктограму зони відпочинку, напрямок до санвузла або назву установи необхідно розміщувати на висоті **1,8-2,0 м**; текст має бути виконаний збільшеним шрифтом у контрастному співвідношенні до тла, не відблискувати.

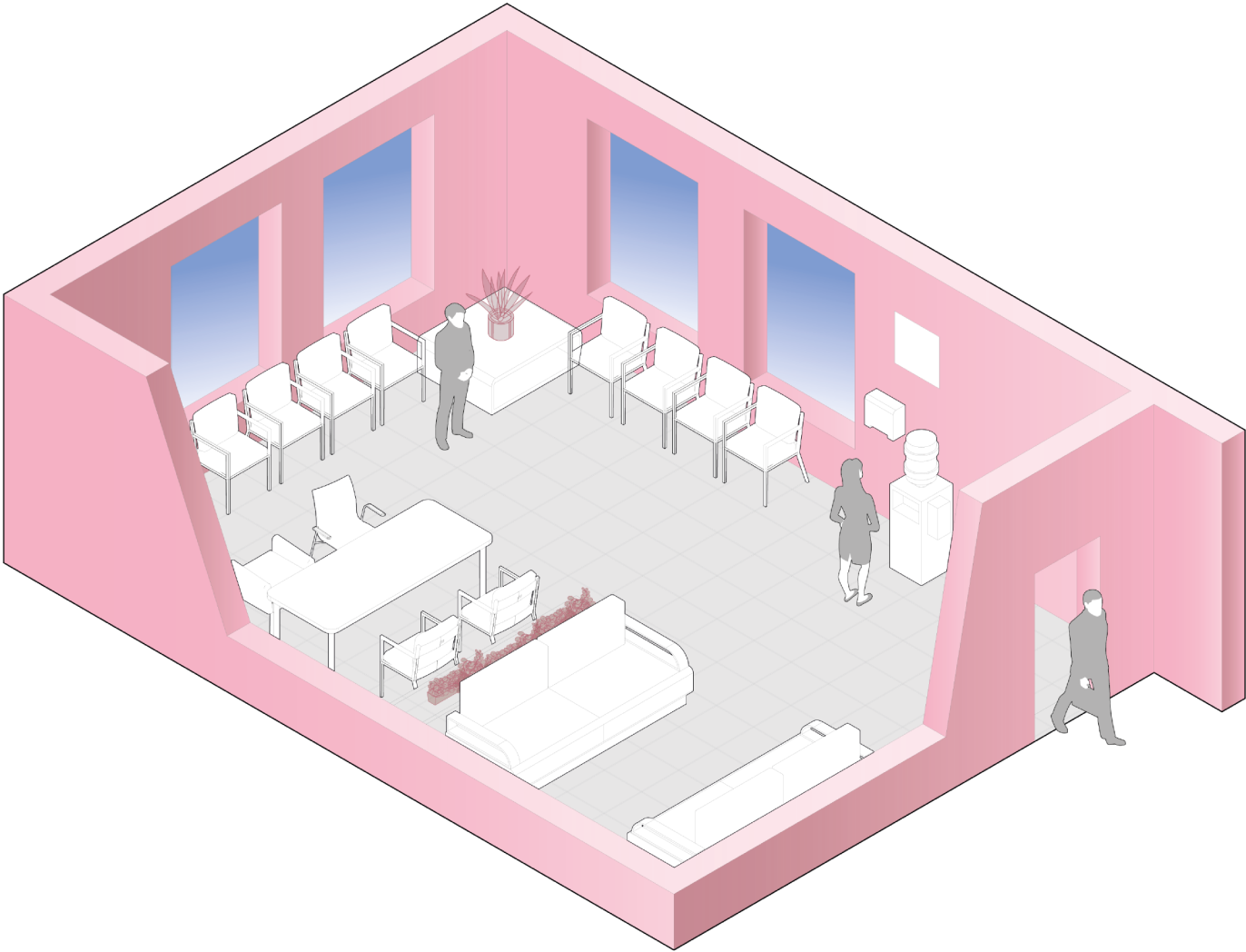
Будь-яка додаткова інформаційна довідка на окремих стійках має розміщуватися збоку від шляхів руху, не заважаючи людині отримувати послугу.

Зона очікування має бути рівномірно освітлена до рівня **200 люкс**.

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров'я. Основні
положення
п. 6.2.15, 8.3.1.7

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 7.2.6

ДСТУ Б ISO 21542:2013
Будинки і споруди. Доступність
і зручність використання побу-
дованого життєвого середовища
п. 37



ЗОНА ПРИЙМАННЯ ЇЖІ. ЇДАЛЬНЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ

Заклади, де пацієнти перебувають на стаціонарі, самостійно обирають формат годування — це може бути і роздавання їжі по палатах, і окремі їдальні, де або приносять їжу, або люди забирають її самостійно на роздачі. Тут важливо будувати шляхи пересування таким чином, щоб люди з їжею не перетиналися з іншими, а простір враховував доступність для різних пацієнтів.

Стандартні столи

Варто передбачити різноманітне, гнучке розташування столів і сидінь, щоб задовольнити людей із різними потребами та здібностями, зокрема людей на кріслах колісних та інших. Столи та сидіння повинні чітко ідентифікуватися на фоні приміщення. Матеріали, з яких виготовлено столи та сидіння, мають бути легко-мобільними, міцними, стійкими до корозії та простими в обслуговуванні.

Висота столів — **від 765 до 780 мм**, глибина — **480 мм**, мінімальний вільний простір для колін — **700 мм** у ширину.

Висота сидінь — **450 мм**, ширина та глибина — **500х500мм**, від підлоги до верхнього краю спинки — **800-840 мм**, два підлокітники висотою від сидіння до верхнього краю — **150-180 мм**.

Бажано використовувати столи та місця для сидіння, які регулюються за висотою та підлаштовуються під кожного користувача.

Транзитні шляхи

Мінімальна ширина транзитних шляхів — **0,9 м**. Рекомендовано **1,2 м** для комфортного одnobічного шляху та **1,8 м** — для двобічного.

Транзитні шляхи повинні бути виконанні з антиковзкого матеріалу та не відблискувати.

Зона миття рук

Принаймні один із рукомийників має бути доступним для людей на кріслі колісному (висота — **від 800 мм до 840 мм** від підлоги з вільним простором **700 мм** для колін).

Поруч має бути паперовий диспенсер на висоті **1 м**, відкритий кошик для сміття та кулер з водою.

Зона видачі їжі

Конструкція стійки для видачі їжі повинна мати такі параметри:

- висота поверхні видачі їжі— **890-915 мм**;
- полиці з їжею, яку людина бере самостійно — **від 0,6 м до 1,3 м**;
- висота поверхні для підносів — **0,9 м** та **0,4-0,6 м** від підлоги;
- транзитний простір для руху людей уздовж зони видачі їжі від краю стійки видачі — мінімум **0,9 м**.

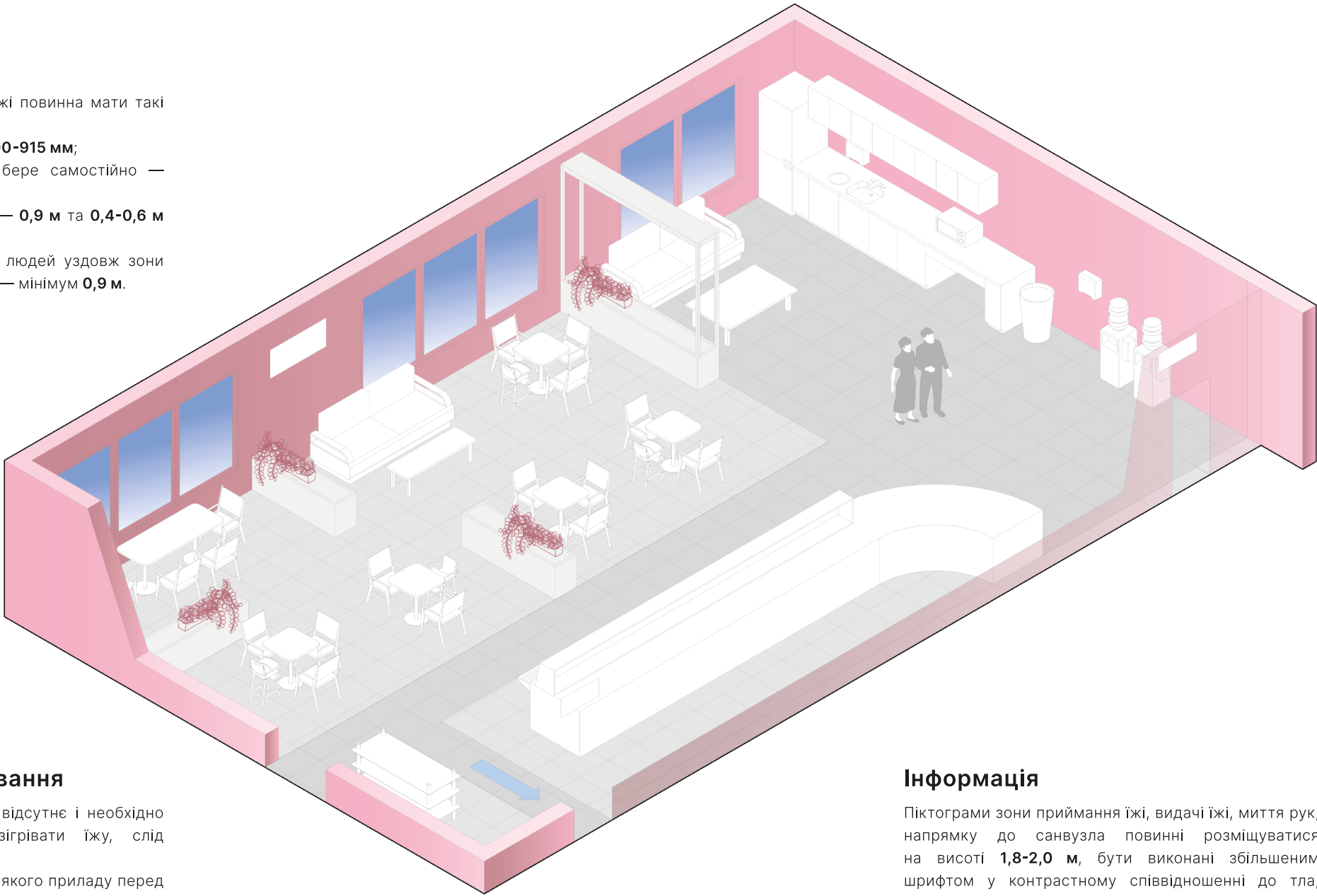
Зона самообслуговування

Якщо організоване харчування відсутнє і необхідно самостійно готувати чи розігрівати їжу, слід забезпечити такі умови:

- для зручного доступу до будь-якого приладу перед ним має бути вільний простір розміром **1,37 м** завдовжки та **0,8 м** завширшки.
- кухні з робочими поверхнями та приладами з трьох боків мають передбачати зону повороту діаметром **2,4 м**, вільну від усіх блоків.

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров`я. Основні
положення
п. 8.6.3

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 7.3.11



Інформація

Піктограми зони приймання їжі, видачі їжі, миття рук, напрямку до санвузла повинні розміщуватися на висоті **1,8-2,0 м**, бути виконані збільшеним шрифтом у контрастному співвідношенні до тла, не відблискувати.

Будь-яка додаткова інформаційна довідка на окремих стійках має розміщуватися збоку від шляхів руху, не заважаючи людині отримувати послугу.

Зона приймання їжі повинна бути рівномірно освітлена на рівні щонайменше **100 люкс**.

ЗОНА ПРИЙМАННЯ ЇЖІ. КАФЕ ДЛЯ ВІДВІДУВАЧІВ

Кафе для відвідувачів мають бути доступними для клієнтів із дітьми, людей похилого віку та інших маломобільних груп. Це більше зона для відпочинку та спілкування.

Стандартні столи

Варто передбачити різноманітне, гнучке розташування столів і сидінь, щоб задовольнити людей із різними потребами та здібностями, зокрема людей на кріслах колісних та інших. Столи та сидіння повинні чітко ідентифікуватися на фоні приміщення. Матеріали, з яких виготовлено столи та сидіння, мають бути легко-мобільними, міцними, стійкими до корозії та простими в обслуговуванні.

Висота столів — **від 765 до 780 мм**, глибина — **480 мм**, мінімальний вільний простір для колін — **700 мм** у ширину.

Висота сидінь — **450 мм**, ширина та глибина — **500х500мм**, від підлоги до верхнього краю спинки — **800-840 мм**, два підлокітники висотою від сидіння до верхнього краю — **150-180 мм**.

Бажано використовувати столи та місця для сидіння, які регулюються за висотою та підлаштовуються під кожного користувача.

Транзитні шляхи

Мінімальна ширина транзитних шляхів — **900 м**. Рекомендовано **1,2 м** для комфортного одnobічного шляху та **1,8 м** — для двобічного.

Транзитні шляхи повинні бути виконанні з антиковзкого матеріалу та не відблискувати.

Зона миття рук

Принаймні один із рукомийників має бути доступним для людей на кріслі колісному (висота — **від 800 мм до 840 мм** від підлоги з вільним простором **700 мм** завширшки для колін).

Поруч має бути паперовий диспенсер на висоті **1 м**, відкритий кошик для сміття та кулер з водою.

Зона видачі їжі

Конструкція стійки для видачі їжі повинна мати такі параметри:

- висота поверхні видачі їжі— **890-915 мм**;
- транзитний простір для руху людей уздовж зони видачі їжі від краю стійки видачі — мінімум **0,9 м**.

Зона самообслуговування

В зоні мають бути автомати з продажу їжі та напоїв. Панель керування та оплати слід розміщувати не вище за **1,5 м**, а зону отримання їжі та напоїв — не нижче за **30 см**.

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров'я. Основні
положення
п. 8.6.3

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 7.3.11

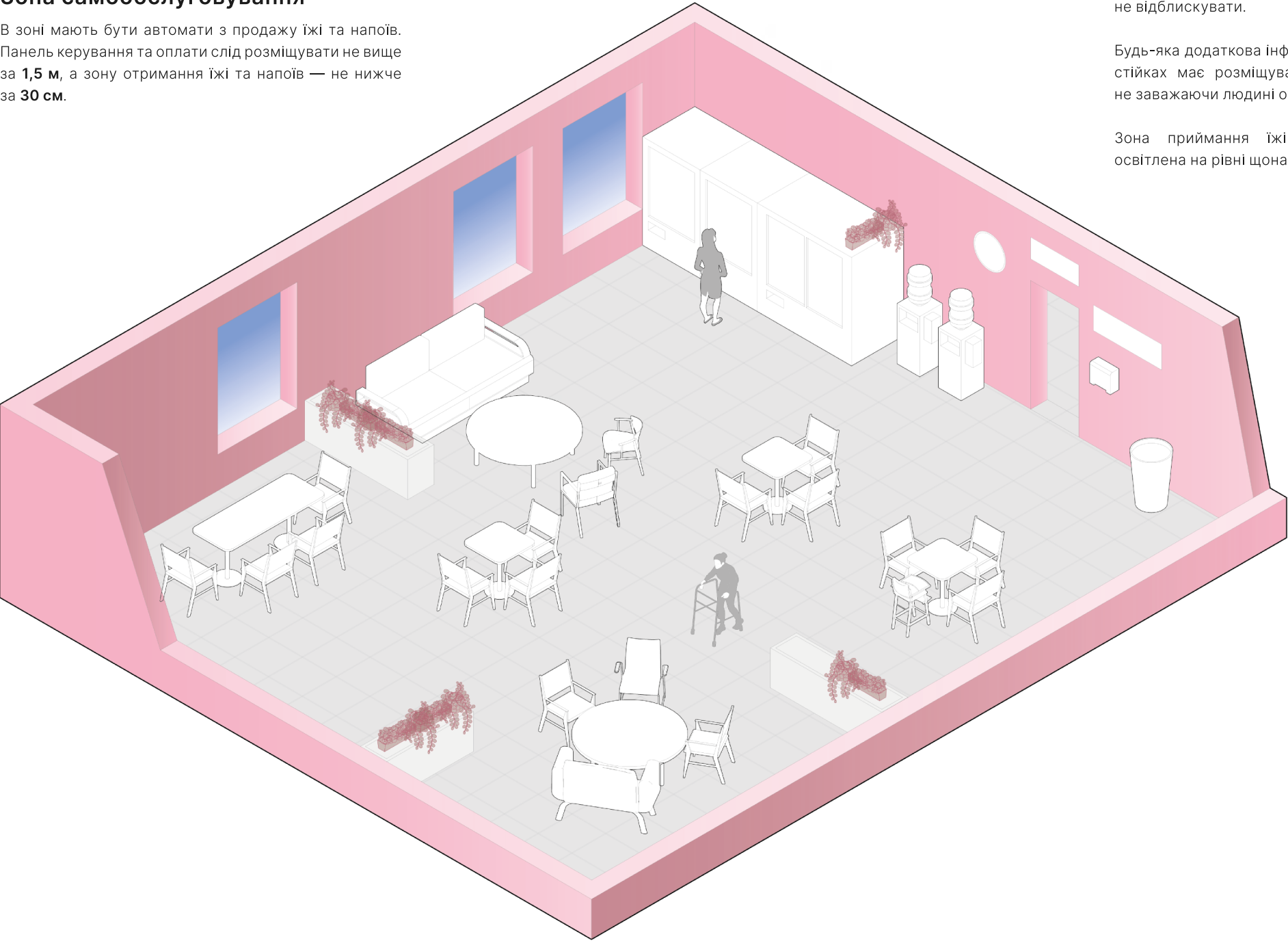
ДСТУ Б ISO 21542:2013
Будинки і споруди. Доступність
і зручність використання побу-
дованого життєвого середовища
п. 36.8

Інформація

Піктограми зони приймання їжі, видачі їжі, миття рук, напрямку до санвузла повинні розміщуватися на висоті **1,8-2,0 м**, бути виконані збільшеним шрифтом у контрастному співвідношенні до тла, не відблискувати.

Будь-яка додаткова інформаційна довідка на окремих стійках має розміщуватися збоку від шляхів руху, не заважаючи людині отримувати послугу.

Зона приймання їжі повинна бути рівномірно освітлена на рівні щонайменше **100 люкс**.



КІМНАТА СЕНСОРНОГО РОЗВАНТАЖЕННЯ
(РЕКОМЕНДАЦІЯ АВТОРІВ ПОСІБНИКА)

Кімната сенсорного розвантаження — це простір для заспокоєння, візуального та аудіального відпочинку. Її використовують різні сенсорно чутливі люди, зокрема з розладами аутистичного спектра, люди, що мають посттравматичний стресовий розлад, сильне сенсорне перевантаження та ті, хто чутливий до сенсорних подразників (яскраве світло, гучні звуки). Кімната повинна бути максимально адаптивною за кольором та яскравістю освітлення та мати опцію зміни температури повітря.

Простір

Для створення кімнати важлива відсутність гострих кутів та предметів, об які можна травмуватися. Для підлоги підійдуть такі матеріали, як мармолеум, мати, килими. Стіни можна оздобити м'якими матами чи звукоізоляційними матеріалами (рівень шуму у кімнаті не має перевищувати 60 дБ).

Серед меблів можуть бути м'які крісла, мішки, подушки різних розмірів. Не варто використовувати матеріали, які важко дезінфікувати. У кімнаті не повинно бути різких запахів, там необхідно передбачити вентиляцію та систему контролю температури.

Індивідуальний простір

У кімнаті має бути один або кілька індивідуальних просторів, де може перебувати одна доросла людина. Їх можна створити за допомогою крісел із високими боковими бильцями та задньою стінкою, ширми, мобільних перегородок для можливості усамітнення.

Кольорові рішення оздоблення

Кожна людина має свій колір, що здатен її заспокоїти. Тому за можливості необхідно робити адаптивні простори, які можуть змінювати колір – за допомогою освітлення, проєкції, штор тощо. Покриття не повинно створювати відблисків. Оздоблення має бути переважно однотонним, без візерунків. Найбільш заспокійливі кольори – зелений та синій.

На схемі наведено приклади природних кольорів, які найкраще згодяться для тихої кімнати.

Додаткові стимулятори

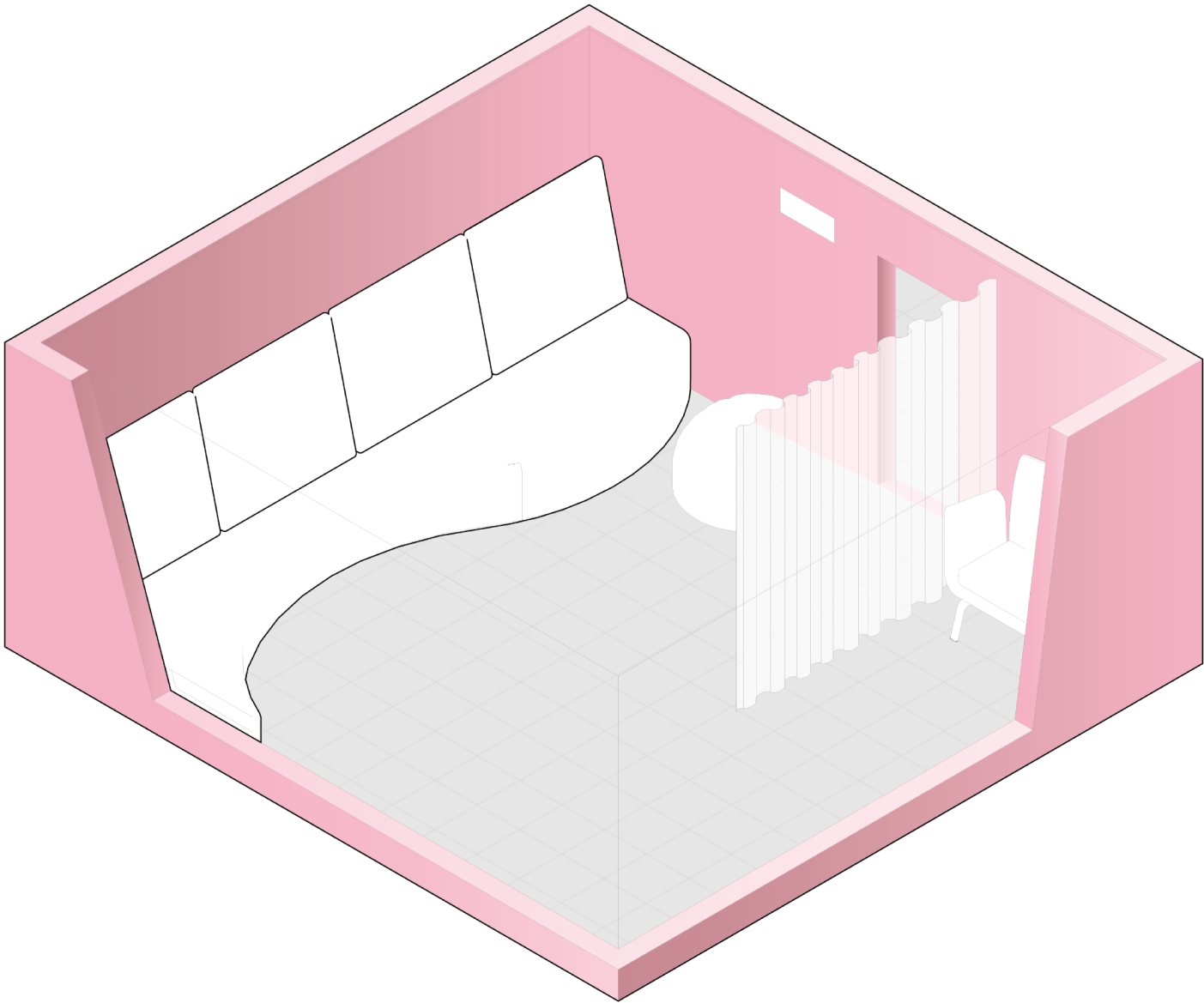
За потреби в кімнату можна додати різні слухові, тактильні та візуальні елементи: дощечки з візерунками, бізіборди, текстурні м'ячики чи аудіоплеєр із різними звуками, які можна прослухати в навушниках. Такі сенсорні стимули можуть мати заспокійливий ефект для окремих людей з аутизмом чи нейро-різноманітністю.

Освітлення

Природне освітлення з вікон слід регулювати засобами затінення (штори, ролети). Штучне освітлення можна регулювати димером (світлорегулятором) за кольором та яскравістю світла.

Рекомендовано використовувати лампи розжарювання та ті, що не мерехтять, з теплою колірною гамою.

Обирайте освітлення одного кольору. Необхідно уникати комбінування двох та більше кольорів, що може викликати сенсорне перевантаження в людини з підвищеною чутливістю до подразників.



УНІВЕРСАЛЬНА КАБІНА З ДУШОВОЮ

У палатах або на поверсі має бути мінімум одна гендерно нейтральна універсальна кабіна, доступна для людей на кріслі колісному.

Двері

Двері з шириною вільного прорізу щонайменше **90 см** повинні відчинятися на 180°, передбачати можливість фіксувати їх у відкритому стані та мати дверний довідник, що забезпечить плавне й тихе зачинення. Двері мають бути контрастними до стіни, а дверна ручка (натискного типу або у вигляді скоби) розміщуватися на висоті **0,85-1,1 м**. Додатково встановлюється горизонтальна скоба, щоб людині на кріслі колісному було комфортно користуватися. Засувний механізм має бути достатньо широким, щоб зачинити двері кулаком чи ліктем.

Інформація

Табличка з піктограмою приміщення має розташовуватися на висоті **1,2-1,5 м** і на відстані **0,3 м** від дверного отвору. Її необхідно встановлювати на стіні зі сторони відчинення дверей, але так, щоб двері у відкритому стані її не затуляли. Піктограму та / або табличку з назвою приміщення необхідно виконувати збільшеним шрифтом, що кольором та формою контрастуватиме з тлом.

Простір

У приміщенні має бути вільний простір діаметром щонайменше **1,5 м**, щоб людина на кріслі колісному могла маневрувати. Душовий піддон не повинен виступати над рівнем підлоги, а злив необхідно робити з ухилом всієї підлоги до дренажних чарунок.

Відкидне місце для сидіння

Сидіння з мінімальними розмірами **500 мм** у ширину та **400 мм** у глибину має розміщуватися на висоті **450-480 мм** від підлоги. З одного боку слід передбачити вільний простір розміром **0,9-1 м** для можливості пересісти з крісла колісного на сидіння. Сидіння повинно мати отвори для води та витримувати вагу щонайменше **150 кг**.

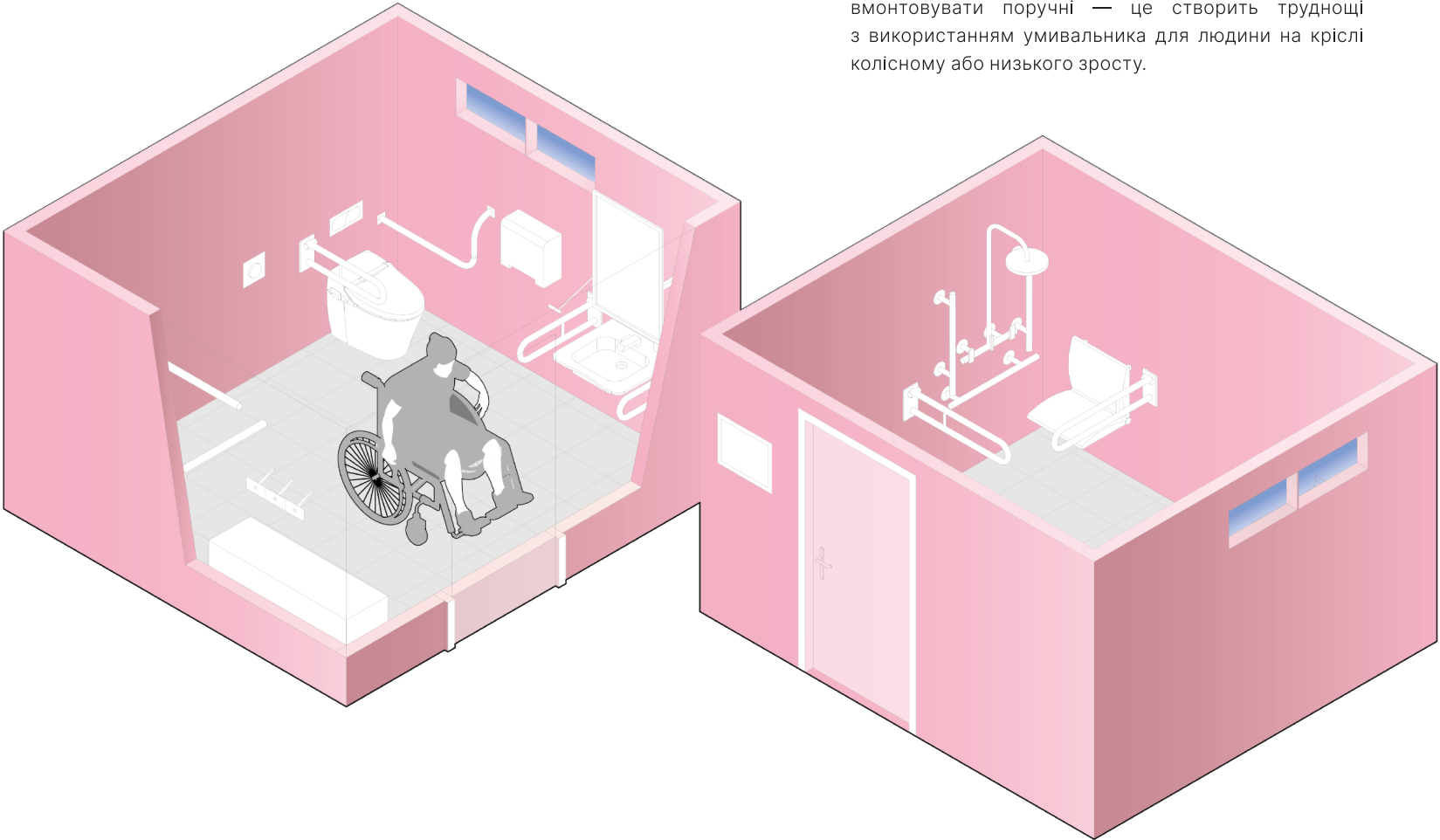
Поручні для сидіння

З боків, де можна пересісти з крісла колісного на сидіння, мають бути відкидні поручні на висоті **800 мм** від рівня підлоги. Поручні — заокругленої форми, діаметром **30-45 мм** у розрізі. Поручень слід розташовувати на відстані **300-350 мм** від центру сидіння. Відстань від нижнього рівня поручнів до поверхні сидіння — **120-150 мм**.

Пристрої

Усі пристрої мають бути розташовані на висоті **0,9-1,1 м**. Крани змішувачів, санітаizersи варто обирати з важільним типом керування. Про сенсорні пристрої необхідно попереджати шрифтом Брайля.

Дзеркало слід встановлювати під нахилом чи з можливістю повороту. Тоді люди низького зросту або люди на кріслі колісному зможуть ним скористатися. **Гачки для речей** мають розміщуватися на полотні дверей зсередини, а **гачки для милиць** — біля унітаза на висоті **1,05 м, 1,4 м**. **Диспенсер для паперових рушників** має бути механічним. **Кнопка змиву** має розташовуватися над унітазом. **Кнопку виклику допомоги** розміщують біля унітаза на висоті **40-90 см**. **Автономне водопостачання** (ручний душ) необхідно встановити поруч із туалетом. Альтернативою може бути комбінація біде.



ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров'я. Основні
положення
п. 6.3.3

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 8.4.2.4, 8.4.3.1, 8.3.5,
11.10, 11.11

ДСТУ Б ISO 21542:2013
Будинки і споруди. Доступність
і зручність використання побу-
дованого життєвого середовища
п. 26

Умивальник

Під умивальником має бути вільний простір висотою **720 мм**, щоб було зручно під'їхати людині на кріслі колісному. Верхній рівень умивальника слід розташовувати на рівні **800-830 мм**. Рекомендовано використовувати моделі, які мають функцію нахилу і можуть регулюватися за потребою користувача.

Збоку від умивальника варто передбачити вільний простір розмірами **300x400 мм**, щоб туди можна було поставити особисті речі.

Поручні для умивальника

Відкидні поручні в зоні умивальника рекомендується розміщувати з боків від умивальника, щоб людина мала можливість спертися на один із них. Не варто вмонтовувати поручні — це створить труднощі з використанням умивальника для людини на кріслі колісному або низького зросту.

Унітаз

Сидіння унітаза має стояти на висоті **400-480 мм** від підлоги. З одного боку від унітаза слід передбачити вільний простір розміром **0,9-1 м** для можливості пересісти з крісла колісного на унітаз. Найкраще, якщо унітаз оснащений автоматичною зміною плівки на сидінні.

Поручні для унітаза

Зі сторони, де можна пересісти з крісла колісного на унітаз, має бути відкидний поручень на висоті **800 мм** від рівня підлоги. Поручні — заокруглені, діаметром **30-45 мм** у розрізі.

Поручень слід розташовувати на відстані **300-350 мм** від центру унітаза. Відстань від нижнього рівня поручнів до поверхні сидіння — **120-150 мм**. Зі сторони, прилеглої до стіни, має бути настінний Г-подібний поручень завдовжки **1000 мм**.

Душова лійка

Рекомендовано використовувати душ, який можна регулювати за висотою. Довжина шланга має бути не меншою за **1,5 м**. Якщо душова лійка встановлена на вертикальній штанзі, мінімальна довжина штанги становить **500 мм**, а її нижній кінець розташований на висоті **від 900 до 1100 мм** над рівнем підлоги.

Поручні для душу

Горизонтальний поручень завдовжки **80 см** на висоті **70-75 см** від підлоги встановлюється посередині душу. Два вертикальних поручні завдовжки **80 см** встановлюються так, щоб їхній нижній край починався з висоти **80 см** над підлогою. Відстань між двома поручнями — **67-70 см**.

ДВОМІСНА ПАЛАТА З ОКРЕМИМ САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНИМ ПРИМІЩЕННЯМ

Палати мають бути доступними для проведення маніпуляцій та створення зони усамітнення.

Двері

Двері з шириною вільного прорізу щонайменше **90 см** повинні відчинятися на 180°, передбачати можливість фіксувати їх у відкритому стані та мати дверний довідник, що забезпечить плавне й тихе зачинення. Двері мають бути контрастними до стіни, а дверна ручка (натискного типу або у вигляді скоби) розміщуватися на висоті **0,85-1,1 м**. Додатково встановлюється горизонтальна скоба, щоб людині на кріслі колісному було комфортно користуватися. Засувний механізм має бути достатньо широким, щоб зачинити двері кулаком чи ліктем.

Інформація

Табличка з піктограмою приміщення має розташовуватися на висоті **1,2-1,5 м** і на відстані **0,3 м** від дверного отвору. Її необхідно встановлювати на стіні зі сторони відчинення дверей, але так, щоб двері у відкритому стані її не затуляли. Піктограму та / або табличку з назвою приміщення необхідно виконувати збільшеним шрифтом, що кольором та формою контрастуватиме з тлом.

Простір

У приміщенні має бути вільний простір діаметром щонайменше **1,5 м**, щоб людина на кріслі колісному могла маневрувати.

Ліжко

Ліжко розмірами **1х2 м** та можливістю регулювання нахилу, опускання чи підйому частин має передбачати з боків відкидні поручні. Мінімальна висота — **45-50 см**. Хоча б з одного боку ліжка слід залишити вільний простір діаметром **1,5 м**. Однак для можливості маневрування навколо ліжка, переміщення пацієнта на кушетку або підйомник рекомендовано мати вільний простір з одного боку ліжка **3,6х3,7 м**. Важливо, щоб розміщення ліжка давало змогу проводити пацієнту процедури та необхідні медичні маніпуляції з обох боків ліжка.

Гардероб

Частина полиць має розташовуватися на висоті **0,5-1,1 м**.

Розетки та вимикачі

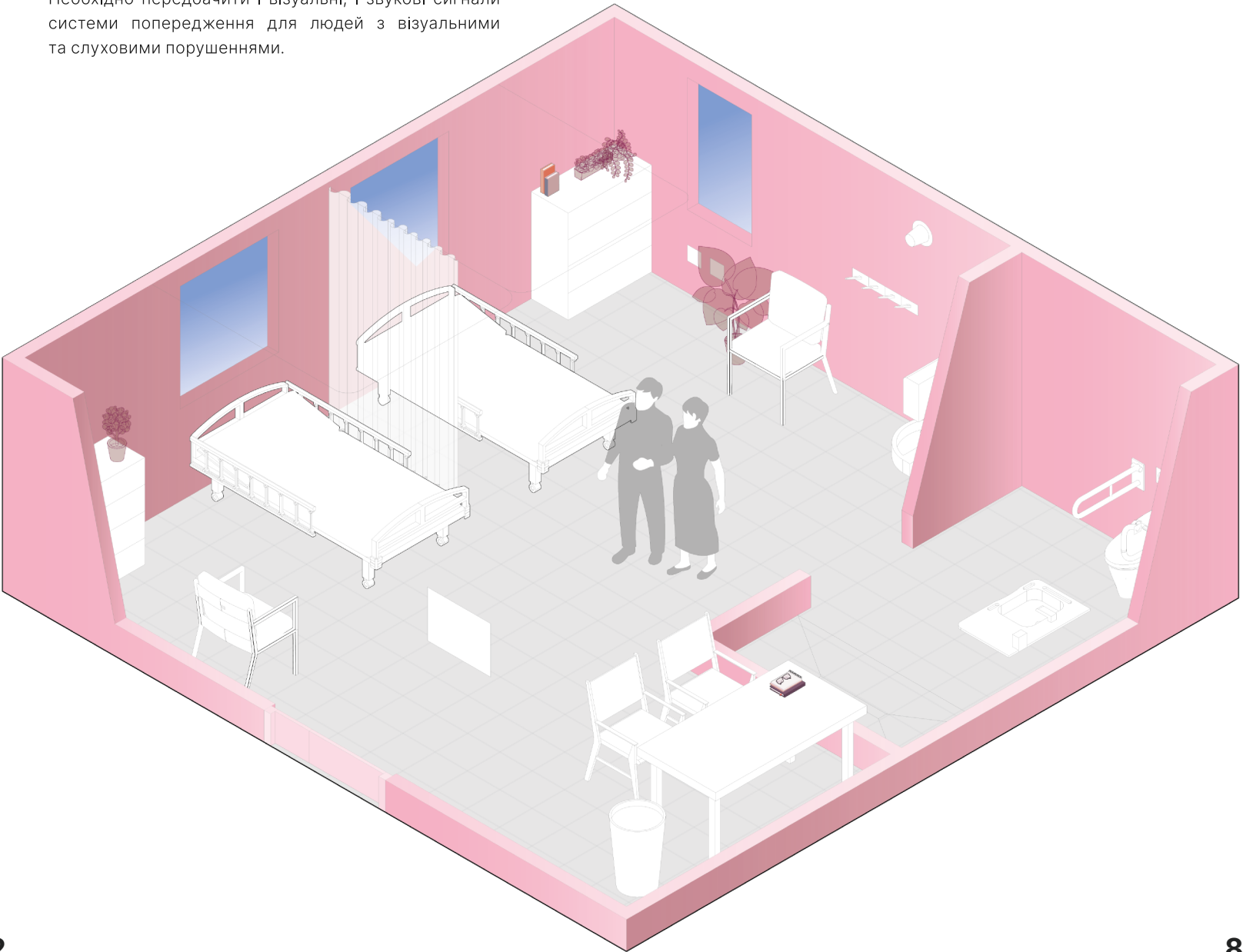
Розетки залежно від функціональних потреб слід розміщувати в зоні **0,4-1 м**, а вимикачі — на висоті **0,8 м**. Вони мають бути контрастними до стіни на **30 LVR**.

Освітлення

Необхідно передбачити можливість затінення від природного освітлення, а штучне освітлення слід регулювати за яскравістю димером.

Пожежна сигналізація

Необхідно передбачити і візуальні, і звукові сигнали системи попередження для людей з візуальними та слуховими порушеннями.



ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров'я. Основні
положення
п. 6.2.9, 8.3.2.4-
8.3.2.13

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 6.4.6, 7.2.7

ДСТУ Б ISO 21542:2013
Будинки і споруди. Доступність
і зручність використання побу-
дованого життєвого середовища
п. 26

Кнопка виклику допомоги

Для людей із порушеннями мови та мовлення або, наприклад, для тих, хто не чує, важливо мати можливість покликати на допомогу в разі непередбачених ситуацій. Має бути біля ліжка.
Конструкція: контрастна до середовища кнопка розміщується на висоті щонайбільше **0,8-1,1 м**. Бажано мати функцію зворотного відеозв'язку.

Умивальник

Під умивальником має бути вільний простір висотою **720 мм**, щоб було зручно під'їхати людині на кріслі колісному. Верхній рівень умивальника слід розташовувати на рівні **800-830 мм**. Рекомендовано використовувати моделі, які мають функцію нахилу і можуть регулюватися за потребою користувача. Збоку від умивальника варто передбачити вільний простір розмірами **300х400 мм**, щоб туди можна було поставити особисті речі.

Поручні для умивальника

Відкидні поручні в зоні умивальника рекомендується розміщувати з боків від умивальника, щоб людина мала можливість спертися на один із них. Не варто вмонтовувати поручні — це створить труднощі з використанням умивальника для людини на кріслі колісному або низького зросту.

Пристрої

Усі пристрої мають бути розташовані на висоті **0,9-1,1 м**. Крани змішувачів, санітайзери варто обирати з важільним типом керування. Про сенсорні пристрої необхідно попереджати шрифтом Брайля.

Дзеркало слід встановлювати під нахилом чи з можливістю повороту. Тоді люди низького зросту або люди на кріслі колісному зможуть ним скористатися. **Гачки для речей** мають розміщуватися на полотні дверей зсередини, а **гачки для миль** — біля унітаза на висоті **1,05 м, 1,4 м**. **Диспенсер для паперових рушників** має бути механічним.

Штора для усамітнення

Штори на карнизах або пересувні мобільні перегородки необхідні для створення усамітнення навколо пацієнтів, коли потрібна конфіденційність.

ЗАЛ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ (Ч. 1)

Двері

Двері з шириною вільного прорізу щонайменше **90 см** повинні відчинятися на 180°, передбачати можливість фіксувати їх у відкритому стані та мати дверний довідник, що забезпечить плавне й тихе зачинення. Двері мають бути контрастними до стіни, а дверна ручка (натискного типу або у вигляді скоби) розміщуватися на висоті **0,85-1,1 м**. Додатково встановлюється горизонтальна скоба, щоб людині на кріслі колісному було комфортно користуватися. Засувний механізм має бути достатньо широким, щоб зачинити двері кулаком чи ліктем.

Інформація

Табличка з піктограмою приміщення має розташовуватися на висоті **1,2-1,5 м** і на відстані **0,3 м** від дверного отвору. Її необхідно встановлювати на стіні зі сторони відчинення дверей, але так, щоб двері у відкритому стані її не затуляли. Піктограму та / або табличку з назвою приміщення необхідно виконувати збільшеним шрифтом, що кольором та формою контрастуватиме з тлом.

Простір

У приміщенні має бути вільний простір діаметром щонайменше **1,5 м** для можливості маневрувати людині на кріслі колісному.

Розетки та вимикачі

Розетки залежно від функціональних потреб слід розміщувати в зоні **0,4-1 м**, а вимикачі — на висоті **0,8 м**. Вони мають бути контрастними до стіни на **30 LVR**.

Освітлення

Необхідно передбачити можливість затінення від природного освітлення, а штучне освітлення слід регулювати за яскравістю димером.

Пожежна сигналізація

Необхідно передбачити і візуальні, і звукові сигнали системи попередження для людей з візуальними та слуховими порушеннями.

Умивальник

Під умивальником має бути вільний простір висотою **720 мм**, щоб було зручно під'їхати людині на кріслі колісному. Верхній рівень умивальника слід розташовувати на рівні **800-830 мм**. Рекомендовано використовувати моделі, які мають функцію нахилу і можуть регулюватися за потребою користувача. Збоку від умивальника варто передбачити вільний простір розмірами **300x400 мм**, щоб туди можна було поставити особисті речі.

Поручні для умивальника

Відкидні поручні в зоні умивальника рекомендується розміщувати з боків від умивальника, щоб людина мала можливість спертися на один із них. Не варто вмонтовувати поручні — це створить труднощі з використанням умивальника для людини на кріслі колісному або низького зросту.

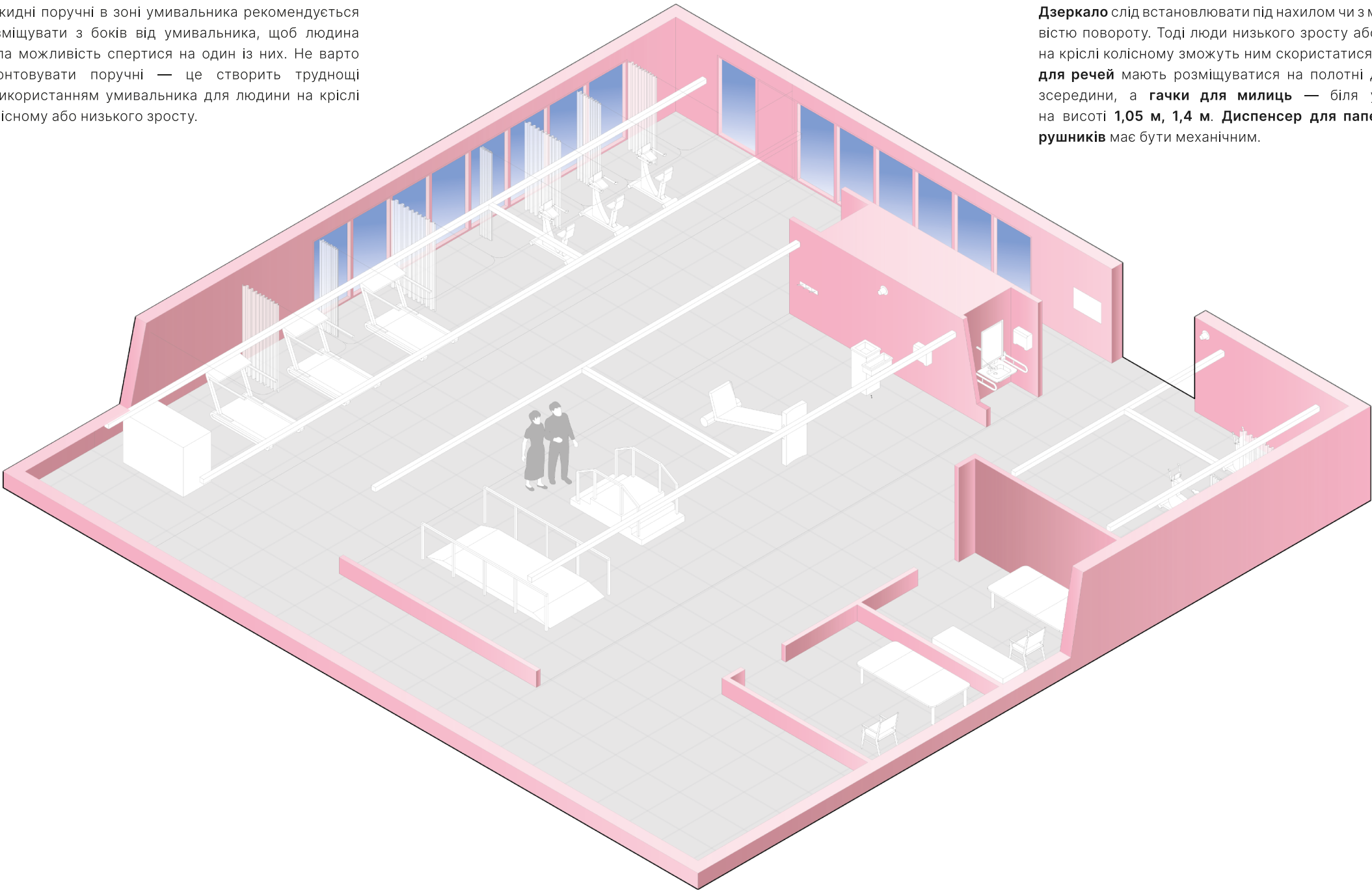
ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров'я. Основні
положення
п. 6.2.9, 8.2.10

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 8.4.2.4, 8.3.5

Пристрої

Усі пристрої мають бути розташовані на висоті **0,9-1,1 м**. Крани змішувачів, санітайзери варто обирати з важільним типом керування. Про сенсорні пристрої необхідно попереджати шрифтом Брайля.

Дзеркало слід встановлювати під нахилом чи з можливістю повороту. Тоді люди низького зросту або люди на кріслі колісному зможуть ним скористатися. **Гачки для речей** мають розміщуватися на полотні дверей зсередини, а **гачки для милиць** — біля унітаза на висоті **1,05 м, 1,4 м**. **Диспенсер для паперових рушників** має бути механічним.



ЗАЛ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ (Ч. 2)

ОБЛАДНАННЯ

Гантелі та гири: Різні спортивні снаряди, які застосовуються для вправ на зміцнення м'язів і покращення фізичної форми.

Тренажери для рухової активності: Допомагають відновити рухи та координацію. Це можуть бути велотренажери, бігові доріжки тощо.

Бігова доріжка електрична *

Апарат має керований пацієнтом перемикач запуску / зупинення та лічильник відстані, який можна скинути. Двигун контролює швидкість стрічки та змінює висоту одного кінця бігової доріжки до 20 градусів нахилу. Апарат може використовуватися як тренажер для фізкультури або в профілактичній практиці.

Тренажер жим ногами / присідання

Для використання в тренажерному залі або в зоні фізичної терапії. Поступове збільшення ваги опору сприяє зміцненню великого сідничного м'яза, чотириголового м'яза та підколінного сухожилля. Це може бути як тренажер для жиму ногами, так і станція для присідань із завантаженням пластин.

Велоергометр

Велоергометр має кілька тренувальних програм різної інтенсивності, які може обирати спортсмен або терапевт. Чимало моделей пропонують додатковий моніторинг пульсу, а також колеса для зручності пересування. Тренажер використовується для кардіореспіраторного розвитку в тренажерному залі або в зоні лікувальної фізкультури.

Столи реабілітаційні *

Для проведення різних процедур та масажу.

Дзеркала

Використовуються для контролю за правильним виконанням вправ і позицій тіла.

Стелажі для зберігання обладнання *

Частина полиць має розташовуватися на висоті **0,5-1,1 м**.

* Обов'язкове обладнання згідно Примірного табелю матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді

ДОДАТКОВЕ ОБЛАДНАННЯ

Вертикалізатор – опора для стояння

Модуль за потреби в адаптації дає пацієнтам змогу зупинитися в будь-якій з понад 60 різних точок у положеннях між "стоячи" та "сидячи". Базовий блок охоплює такі складові: сидіння, наколінники, піддон, нагрудну підкладку, фіксувальне колесо та підніжки.

Ергометр

Для вимірювання роботи м'язів під час виконання фізичних вправ. Пристрій кількісно вимірює зусилля, докладені пацієнтом.

Тренажер жим ногами / присідання

Для використання в тренажерному залі або в зоні фізичної терапії. Поступове збільшення ваги опору сприяє зміцненню великого сідничного м'яза, чотириголового м'яза та підколінного сухожилля. Це може бути як тренажер для жиму ногами, так і станція для присідань із завантаженням пластин.

Тренажерні сходи *

Сходи складаються з двох секцій — сходинок і майданчика. Обов'язковою є наявність поручнів та неслизького покриття

Підйомна система *

Рейка, що монтується на стелі, спеціально розроблена для підйому та переміщення пацієнта в кімнаті. Система складається з основної та вторинної рейок, встановлених на стелі, ременів безпеки чи сидіння для пацієнта, а також ручного контролера або блоку керування із зарядним пристроєм. Система полегшить підйом і переміщення пацієнта до ліжка та з ліжка, до нош, крісла, ванної кімнати тощо.

Штора для усамітнення

Штори на карнизах або пересувні мобільні перегородки необхідні для створення усамітнення навколо пацієнтів, коли потрібна конфіденційність.

ДБН В.2.2-10:2022

Заклади охорони здоров'я. Основні положення п. 6.2.9, 8.2.10

ДБН В.2.2-40:2018

Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення п. 8.4.2.4, 8.3.5

Бруси лікувальної фізичної культури *

Висота поручнів регулюється **від 0,7 до 1 м**. Поручні — це хромовані сталеві труби діаметром **35-40 см**. Мінімальний прохід має ширину **0,9 м** та оздоблений натуральним деревом або вініловим покриттям.

Доступ до питної води

Фонтанчики з питною водою мають бути доступними для людей на милицях та в кріслі колісному.

Щоби людина, яка пересувається кріслом колісним, комфортно користувалася фонтанчиком, слід передбачити під чашею вільний простір у **700 мм**. Тоді люди зможуть під'їхати одразу під питний фонтанчик.

Усі пристрої для користування фонтанчиком мають бути натискного типу і такими, щоб сила натиску становила щонайбільше **19,5 Н**. Крім цього, носик фонтанчика має бути вищим за чашу хоча б на **100 мм**, щоби була можливість набрати воду в пляшку.

Навколо фонтанчика має вільно пересуватися людина в кріслі колісному — це забезпечить простір завширшки від **1,2 м**. Якщо встановлено водозбірні решітки, їхні отвори мають бути перпендикулярними шляху до фонтанчика і не більшими за **15 мм**.

Додаткове реабілітаційне обладнання *

- Кушетка реабілітаційна для терапії;
- Балансульовані подушки різних типів та розмірів;
- Гімнастичний інвентар (шведська стінка);
- Килимки для вправ на підлозі (килимки для йоги);
- Степ-платформа.

КАБІНЕТ ЕРГОТЕРАПІЇ

Двері

Двері з шириною вільного прорізу щонайменше **90 см** повинні відчинятися на 180°, передбачати можливість фіксувати їх у відкритому стані та мати дверний довідник, що забезпечить плавне й тихе зачинення. Двері мають бути контрастними до стіни, а дверна ручка (натискного типу або у вигляді скоби) розміщуватися на висоті **0,85-1,1 м**. Додатково встановлюється горизонтальна скоба, щоб людині на кріслі колісному було комфортно користуватися. Засувний механізм має бути достатньо широким, щоб зачинити двері кулаком чи ліктем.

Інформація

Табличка з піктограмою приміщення має розташовуватися на висоті **1,2-1,5 м** і на відстані **0,3 м** від дверного отвору. Її необхідно встановлювати на стіні зі сторони відчинення дверей, але так, щоб двері у відкритому стані її не затуляли. Піктограму та / або табличку з назвою приміщення необхідно виконувати збільшеним шрифтом, що кольором та формою контрастуватиме з тлом.

Простір

У приміщенні має бути вільний простір діаметром щонайменше **1,5 м** для можливості маневрувати людині на кріслі колісному.

Розетки та вимикачі

Розетки залежно від функціональних потреб слід розміщувати в зоні **0,4-1 м**, а вимикачі — на висоті **0,8 м**. Вони мають бути контрастними до стіни на **30 LVR**.

Освітлення

Необхідно передбачити можливість затінення від природного освітлення, а штучне освітлення слід регулювати за яскравістю димером.

Пожежна сигналізація

Необхідно передбачити і візуальні, і звукові сигнали системи попередження для людей з візуальними та слуховими порушеннями.

Умивальник

Під умивальником має бути вільний простір висотою **720 мм**, щоби було зручно під'їхати людині на кріслі колісному. Верхній рівень умивальника слід розташовувати на рівні **800-830 мм**. Рекомендовано використовувати моделі, які мають функцію нахилу і можуть регулюватися за потребою користувача. Збоку від умивальника варто передбачити вільний простір розмірами **300x400 мм**, щоби туди можна було поставити особисті речі.

Поручні для умивальника

Відкидні поручні в зоні умивальника рекомендується розміщувати з боків від умивальника, щоб людина мала можливість спертися на один із них. Не варто вмонтовувати поручні — це створить труднощі з використанням умивальника для людини на кріслі колісному або низького зросту.



ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров'я. Основні
положення
п. 6.2.9, 8.2.10

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 8.4.2.4, 8.3.5

Пристрої

Усі пристрої мають бути розташовані на висоті **0,9-1,1 м**. Крани змішувачів, санітаїзери варто обирати з важільним типом керування. Про сенсорні пристрої необхідно попереджати шрифтом Брайля.

Дзеркало слід встановлювати під нахилом чи з можливістю повороту. Тоді люди низького зросту або люди на кріслі колісному зможуть ним скористатися. **Гачки для речей** мають розміщуватися на полотні дверей зсередини, а **гачки для милиць** — біля унітаза на висоті **1,05 м, 1,4 м**. **Диспенсер для паперових рушників** має бути механічним.

ОБЛАДНАННЯ

Кухня

Стільниця має розміщуватися на висоті **0,8 м** та передбачати під собою вільний простір висотою **0,7 м** для безперешкодного доступу людині на кріслі колісному. Верхні шафи слід встановлювати в доступі до **1,5 м**. Навколо простору кухні слід передбачити вільну зону завширшки **1,5 м** для маневрування на кріслі колісному. Дверні ручки повинні мати широкий зачеп та бути у формі скоби для легкого захвату. Плиту краще обирати електричну з системою автоматичного вимкнення, а мікрохвильову піч ставити на стільницю для зручного завантаження їжі однією рукою. Освітлення робочої поверхні має бути направленим униз та не створювати відблисків.

Стіл для занять

Стільниця має бути на висоті **0,8 м** та передбачати під собою вільний простір висотою **0,7 м** для безперешкодного доступу людині на кріслі колісному. Також бажано, щоби стіл та крісло регулювалися за висотою для різних людей.

Кушетка двосекційна

Для масажу, вправ, діагностики.

Підйомна система

Рейка, що монтується на стелі, спеціально розроблена для підйому та переміщення пацієнта в кімнаті. Система складається з основної та вторинної рейок, встановлених на стелі, ременів безпеки чи сидіння для пацієнта, а також ручного контролера або блоку керування із зарядним пристроєм. Система полегшить підйом і переміщення пацієнта до ліжка та з ліжка, до нош, крісла, ванної кімнати тощо.

КАБІНЕТ ДЛЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Двері

Двері з шириною вільного прорізу щонайменше **90 см** повинні відчинятися на 180°, передбачати можливість фіксувати їх у відкритому стані та мати дверний довідник, що забезпечить плавне й тихе зачинення. Двері мають бути контрастними до стіни, а дверна ручка (натискного типу або у вигляді скоби) розміщуватися на висоті **0,85-1,1 м**. Додатково встановлюється горизонтальна скоба, щоб людині на кріслі колісному було комфортно користуватися.

Інформація

Табличка з піктограмою приміщення має розташовуватися на висоті **1,2-1,5 м** і на відстані **0,3 м** від дверного отвору. Її необхідно встановлювати на стіні зі сторони відчинення дверей, але так, щоб двері у відкритому стані її не затуляли. Піктограму та / або табличку з назвою приміщення необхідно виконувати збільшеним шрифтом, що кольором та формою контрастуватиме з тлом.

Простір

У приміщенні має бути вільний простір діаметром щонайменше **1,5 м** для можливості маневрувати людині на кріслі колісному.

Розетки та вимикачі

Розетки залежно від функціональних потреб слід розміщувати в зоні **0,4-1 м**, а вимикачі — на висоті **0,8 м**. Вони мають бути контрастними до стіни на **30 LVR**.

Освітлення

Необхідно передбачити можливість затінення від природного освітлення, а штучне освітлення слід регулювати за яскравістю димером.

Пожежна сигналізація

Необхідно передбачити і візуальні, і звукові сигнали системи попередження для людей з візуальними та слуховими порушеннями.

Вішак настінний

Щонайменше **2 гачки**. Мінімальна відстань між гачками в горизонтальній лінії — **0,15 м**. Вони мають контрастувати з поверхнею, на яку монтуються.

Гачки для милиць на висоті **1,05 м** та **1,4 м**.

Місця для сидіння

Розташування меблів залежить від розміру та конфігурації приміщення — стільці з бильцями та без, крісла, дивани. **Вільний простір** радіусом **1,5 м** для людини на кріслі колісному.

Стілець / крісло з підлокітниками

Мінімальна **глибина** сидіння — **0,9 м**, **висота** сидіння — **0,45 м**. Сидіння має бути середньої жорсткості, з підлокітниками з обох боків.

Подвійне сидіння: висота сидіння — **45 см**, ширина та глибина — **100х50 см**, два підлокітники, є спинка.

Місця для заряджання гаджетів

Розетки та полицки у вільному доступі на рівні **0,9-1,2 м**.

Кулер

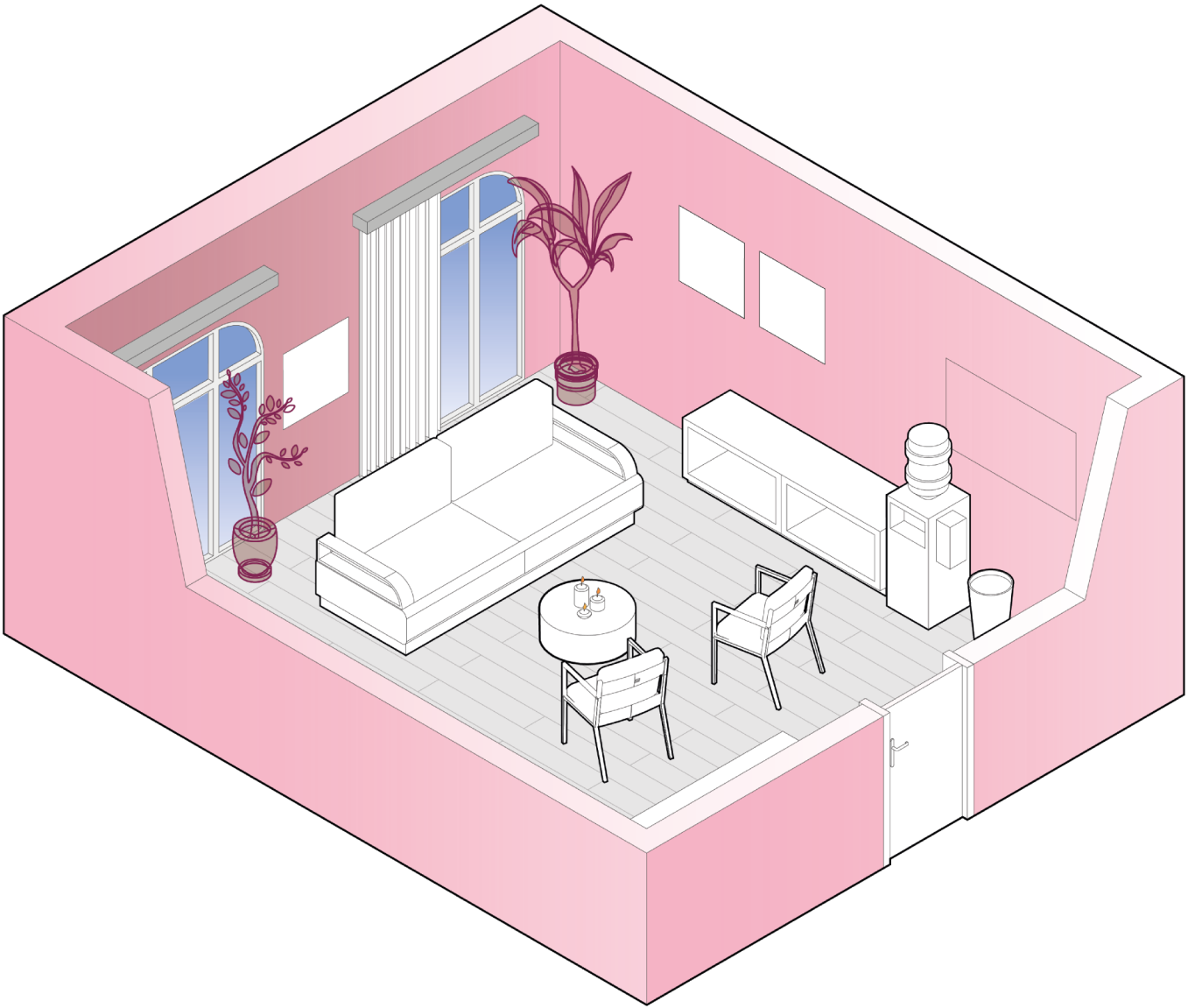
Кулер з питною водою має бути натискного чи сенсорного типу.

Розташування на висоті до **1,2 м** та простір навколо для вільного підходу радіусом **1,5 м**. Слід позначити крани з теплою та холодною водою за допомогою кольорів або піктограм.

Диспенсер для паперових рушників має бути механічним.

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров'я. Основні
положення
п. 6.2.9, 8.2.10

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 7.3.12, 8.4.2.4, 8.3.5



Робоча зона лікаря

Висота **столу** — від **765 до 780 мм**, глибина — **480 мм**, мінімальний вільний простір для колін — **700 мм** у ширину.

Стілець з мінімальною глибиною сидіння — **0,9 м**, та висотою сидіння — **0,45 м**. Сидіння має бути середньої жорсткості.

КАБІНЕТ З ТЕРАПІЇ МОВИ ТА МОВЛЕННЯ

Двері

Двері з шириною вільного прорізу щонайменше **90 см** повинні відчинятися на 180°, передбачати можливість фіксувати їх у відкритому стані та мати дверний довідник, що забезпечить плавне й тихе зачинення. Двері мають бути контрастними до стіни, а дверна ручка (натискного типу або у вигляді скоби) розміщуватися на висоті **0,85-1,1 м**. Додатково встановлюється горизонтальна скоба, щоб людині на кріслі колісному було комфортно користуватися.

Інформація

Табличка з піктограмою приміщення має розташовуватися на висоті **1,2-1,5 м** і на відстані **0,3 м** від дверного отвору. Її необхідно встановлювати на стіні зі сторони відчинення дверей, але так, щоб двері у відкритому стані її не затуляли. Піктограму та / або табличку з назвою приміщення необхідно виконувати збільшеним шрифтом, що кольором та формою контрастуватиме з тлом.

Простір

У приміщенні має бути вільний простір діаметром щонайменше **1,5 м** для можливості маневрувати людині на кріслі колісному.

Розетки та вимикачі

Розетки залежно від функціональних потреб слід розміщувати в зоні **0,4-1 м**, а вимикачі — на висоті **0,8 м**. Вони мають бути контрастними до стіни на **30 LVR**.

Освітлення

Необхідно передбачити можливість затінення від природного освітлення, а штучне освітлення слід регулювати за яскравістю димером.

Пожежна сигналізація

Необхідно передбачити і візуальні, і звукові сигнали системи попередження для людей з візуальними та слуховими порушеннями.

Умивальник

Під умивальником має бути вільний простір висотою **720 мм**, щоб людині на кріслі колісному було зручно під'їхати.

Диспенсер для рідкого мила сенсорний

Кріплення на висоті **0,9–1,2 м** від рівня підлоги. Має бути сенсорного типу управління з піктограмою та звуковим сповіщенням.

Диспенсер для дезінфекційного засобу сенсорний

Кріплення на висоті **0,9–1,2 м** від рівня підлоги. Має бути сенсорного типу управління з піктограмою та звуковим сповіщенням.

Диспенсер для паперових серветок/рушників

Кріплення на висоті **0,9–1,2 м** від рівня підлоги. Має бути механічного типу управління з прозорою поверхнею для контролю заповнення диспенсеру.

Вішак настінний

Щонайменше **2 гачки**. Мінімальна відстань між гачками в горизонтальній лінії — **0,15 м**. Вони мають контрастувати з поверхнею, на яку монтуються.

Гачки для милиць на висоті **1,05 м** та **1,4 м**.

Стіл

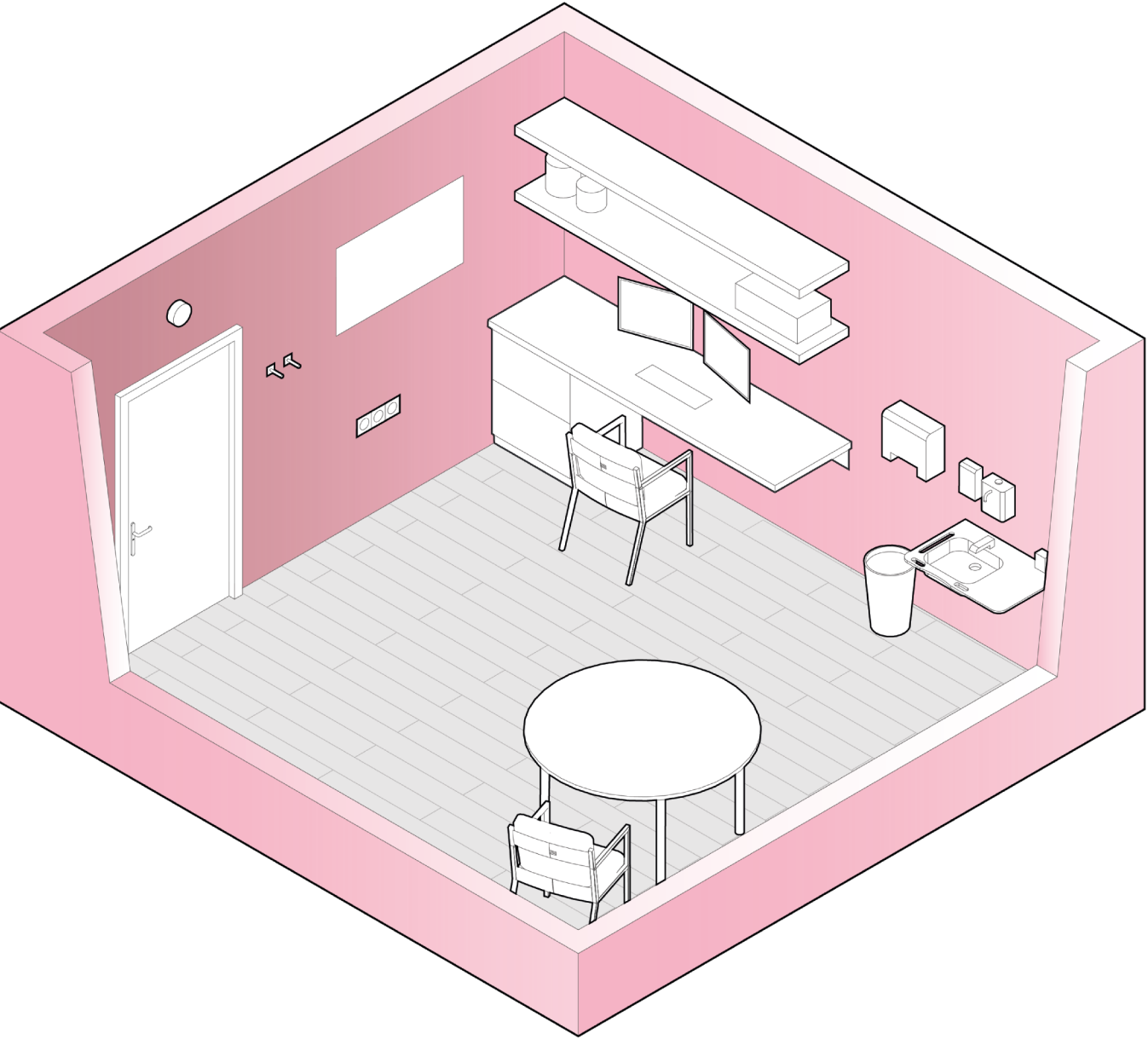
Стільниця має бути на висоті **0,8 м** та передбачати під собою вільний простір висотою **0,7 м** для безперешкодного доступу людині на кріслі колісному. Також бажано, щоби стіл та крісло регулювалися за висотою для різних людей.

Стілець / крісло з підлокітниками

Мінімальна глибина сидіння — **0,9 м**, висота сидіння — **0,45 м**. Сидіння має бути середньої жорсткості, з підлокітниками з обох боків.

ДБН В.2.2-10:2022
Заклади охорони
здоров'я. Основні
положення
п. 6.2.9, 8.2.10

ДБН В.2.2-40:2018
Інклюзивність
будівель і споруд.
Основні положення
п. 7.3.12, 8.4.2.4, 8.3.5,
11.6



Додаток

Примірний табель матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді.



zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0995282-23



Примірний табель матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді.

Наказ; МОЗ України від 31.05.2023 №995



Анкета аудиту доступності

1. Прилегла територія	96
2. Вхід до корпусу	98
3. Коридори на поверсі	100
4. Сходи	101
5. Ліфт	102
6. Палата типова	103
7. Санвузли в палаті	104
8. Душова в палаті	106
9. Кабінет для реабілітації	108
10. Загальні санвузли на поверсі	109
11. Зона отримання інформації / рецепція	115
12. Зона приймання їжі / їдальня	116
13. Висновки, коментарі	118

1. Прилегла територія

МІСЦЕ	СТАН
Вхід на територію	
Наявність мапи території	
Стан тротуару	
Ширина тротуару	
Наявність понижень на тротуарах (тактильного попередження де це необхідно)	
Наявність поріжків на шляхах руху	
Дощоприймачі на шляхах руху, ширина отворів	
Наявність конструкцій на шляхах руху	

МІСЦЕ	СТАН
Делініатори на шляхах руху	
Наявність парковки	
Наявність парковки для людей з інвалідністю	
Наявність знаку парковки	
Наявність доступних місць для відпочинку	
Наявність смітників	
Наявність затінку на території	
Додатково	

2. Вхід до корпусу _____

МІСЦЕ	СТАН
Сходи (ширина маршу, висота та глибина сходинок, маркування, тактильне попередження)	
Поручні на сходах (висота, стан, заокруглення і т.д.)	
Пандус (нахил, ширина, майданчики)	
Поручні на пандусі (висота, стан, заокруглення і т.д.)	
Навіс	
Місця для очікування	
Смітник	
Табличка про саму будівлю	

МІСЦЕ	СТАН
Покриття	
Зона перед входом (чи є достатній розмір для людини на кріслі колісному)	
Дощоприймачі	
Двері (ширина, поріг, маркування, дверна ручка)	
Глибина тамбуру	
Килимки, інше	
Додатково	

3. Коридори на поверсі _____

МІСЦЕ	СТАН
Ширина транзитних шляхів	
Наявність конструкцій на шляхах руху	
Наявність поріжків та змін висоти	
Наявність місць для сидіння	
Наявність поручнів у коридорах (висота, стан)	
Покриття	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація)	

4. Сходи

МІСЦЕ	СТАН
Висота та глибина сходинок	
Контрастне маркування	
Тактильне попередження	
Поручні на сходах (висота, округлість, стан)	
Майданчики	
Ширина маршу	
Додатково	

5. Ліфт

МІСЦЕ	СТАН
Висота кнопки виклику	
Наявність екрану, який показує на якому поверсі ліфт	
Простір навколо ліфту	
Розмір кабіни ліфту	
Ширина входу у ліфтову кабіну	
Висота панелі управління	
Наявність дублюванню номерів поверху на кнопках шрифтом Брайля	
Наявність озвучки поверху	
Додатково	

6. Палата типова № _____ на _____ людей

МІСЦЕ	СТАН
Двері (ширина, поріжки, дверні ручки)	
Наявність вільного простору	
Висота вимикачів	
Висота розеток	
Доступ до всіх предметів у кімнаті	
Висота гачків для одягу	
Кількість кушетокна палату	
Кушетка (висота, наявність поручнів, можливість регулювати за нахилом, висотою)	
Зрозуміле маркування кімнати (номер, назва)	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація, покриття)	

7. Санвузли в палаті _____

МІСЦЕ	СТАН
Двері (ширина, поріжки, дверні ручки, замок)	
Вимикач	
Наявність вільного простору	
Унітаз (висота сидіння, кнопка зливу)	
Поручні до унітазу (висота, тип поручня, стан)	
Тримач туалетного паперу	
Смітник	
Умивальник (висота, вільний простір під умивальником)	
Поручні до умивальника (висота, тип поручня, стан)	

МІСЦЕ	СТАН
Дзеркало (висота, можливість змінити кут нахилу)	
Диспенсер для мила (висота, тип користування)	
Диспенсер для паперових рушників	
Гачки для одягу	
Гачки для милиць	
Полочка для речей	
Кнопка виклику допомоги	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація, покриття)	

8. Душові в палаті _____

МІСЦЕ	СТАН
Двері (ширина, поріжки, дверні ручки, замок)	
Вимикач	
Наявність вільного простору	
Піддон	
Сидіння для душу	
Поручні для сидіння для душу (тип, висота, стан)	
Змішувач душу (висота лійки, крану)	

МІСЦЕ	СТАН
Поручні для змішувача (тип, висота, стан)	
Покриття	
Гачки для одягу	
Гачки для милиць	
Поличка для речей	
Кнопка виклику допомоги	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація, покриття)	

9. Кабінет для реабілітації _____

МІСЦЕ	СТАН
Двері (ширина, поріжки, дверні ручки)	
Вимикач	
Наявність вільного простору	
Доступ до обладнання	
Доступ до умивальника	
Назва приміщення	
Доступ до поличок (висота)	
Доступ до столів (вільний простір під столешнею)	
Гачки для речей	
Гачки для милиць	
Розетки	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація, покриття)	

10. Загальні санвузли на поверсі _____ . Універсальна кабіна

МІСЦЕ	СТАН
Двері (ширина, поріжки, дверні ручки, замок)	
Вимикач	
Наявність вільного простору	
Унітаз (висота сидіння, кнопка зливу)	
Поручні до унітазу (висота, тип поручня, стан)	
Тримач туалетного паперу	
Смітник	
Умивальник (висота, вільний простір під умивальником)	
Поручні до умивальника (висота, тип поручня, стан)	

МІСЦЕ	СТАН
Дзеркало (висота, можливість змінити кут нахилу)	
Диспенсер для мила (висота, тип користування)	
Диспенсер для паперових рушників	
Гачки для одягу	
Гачки для милиць	
Поличка для речей	
Кнопка виклику допомоги	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація, покриття)	

10. Загальні санвузли на поверсі _____ . Душова доступна загальна

МІСЦЕ	СТАН
Двері (ширина, поріжки, дверні ручки, замок)	
Вимикач	
Наявність вільного простору	
Піддон	
Сидіння для душу	
Поручні для сидіння для душу (тип, висота, стан)	
Змішувач душу (висота лійки, крану)	

МІСЦЕ	СТАН
Поручні для змішувача (тип, висота, стан)	
Покриття	
Гачки для одягу	
Гачки для милиць	
Поличка для речей	
Кнопка виклику допомоги	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація)	

10. Загальні санвузли на поверсі _____ . Загальні зони
(загальний санвузол чи гендерно роздільний)

МІСЦЕ	СТАН
Двері (ширина, поріжки, дверні ручки, замок)	
Вимикач	
Наявність вільного простору	
Умивальник (висота, вільний простір під умивальником)	
Поручні до умивальника (висота, тип поручня, стан)	
Дзеркало (висота, можливість змінити кут нахилу)	
Диспенсер для мила (висота, тип користування)	
Диспенсер для паперових рушників	
Поличка для речей	
Смітник	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація)	

10. Загальні санвузли на поверсі _____. Кабіна туалету

МІСЦЕ	СТАН
Двері (ширина, поріжки, дверні ручки, замок)	
Вимикач	
Унітаз (висота сидіння, кнопка зливу)	
Смітник	
Гачки для одягу	
Гачки для милиць	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація)	

11. Зона отримання інформації / рецепція

МІСЦЕ	СТАН
Наявність вільного простору	
Висота стійки реєстрації	
Наявність місць для відпочинку (висота сидіння, тип місць для сидінь)	
Наявність інформаційних стійок	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація, покриття)	

12. Зона приймання їжі / їдальня

МІСЦЕ	СТАН
Двері (ширина, поріжки, дверні ручки, замок)	
Вимикач	
Наявність вільного простору	
Доступ до обладнання (холодильник і т.т.)	
Доступ до умивальника	
Назва приміщення	
Доступ до поличок (висота)	

МІСЦЕ	СТАН
Доступ до столів (вільний простір під столешнею)	
Гачки для речей	
Гачки для милиць	
Розетки	
Наявність кулера з можливістю підігріти воду	
Додатково (освітлення, звукоізоляція, пожежна сигналізація, покриття)	

Закони:

- Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
- Положення про первинне та складне протезування та ортезування осіб з вадами опорно-рухового апарату.
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0995282-23#n10>
- Примірний табель матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді.
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0995282-23#n10>

Документи ВООЗ:

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

Державні будівельні норми:

- ДБН В.2.2-10:2022 Заклади охорони здоров'я. Основні положення
- ДБН В.2.2-40:2018 Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення
- ДСТУ Б ISO 21542:2013 Будинки і споруди. Доступність і зручність використання побудованого життєвого середовища (ISO 21542:2011, IDT).

Посібники:

- Альбом безбар'єрних рішень
<https://bcl.com.ua/albomrozdil1/>
- Альбом типових схем організації велосипедної інфраструктури міста Києва
https://drive.google.com/file/d/1681brSDzJ_SiyGJLUVJZc4F8r8iO0Byi/view
- Polytrauma Rehabilitation Center Design Guide (2014). U.S. Department of Veterans Affairs
- Core elements. Health Building Note 00-02: Sanitary spaces (2016). London
- Core elements. Health Building Note 00-03: Clinical and clinical support spaces (2013). London
- Health Building Note 11-01: Facilities for primary and community care services (2013). London
- Core elements. Health Building Note 00-04: Circulation and communication spaces (2013). London.

НАД ПОСІБНИКОМ ПРАЦЮВАЛИ:

Керівниця проєкту:

Вікторія Тітова

Головна архітекторка:

Софія Брем

Архітектори:

Єлизавета Герцман, Роман Гнидін

Колажі:

Євгенія Безпалько, Анастасія Заяц, Олександра Шелемех

Команда Світового банку:

Олена Дорошенко, Ольга Фокаф, Христина Пак, Мар'яна Гладкевич

Професійну консультацію надавали:

Вікторія Прокопенко, Ганна Афузова, Валентина Кротенко, Дмитро Скопенков,
Володимир Висоцький, Віталій Пчолкін, Олександр Бойко

До розробки посібника долучились:

Тетяна Ломакіна, Тетяна Баришок, Анастасія Бойчук, Ксенія Возніцина,
Володимир Голик, Олена Кульчицька, Оксана Лялька, Ольга Мангушева

Участь у фокус-групі брали:

Юрій Васильченко, Ніна Мацюк, Юлія Джулай, Володимир Олійник;
Представниця Українського товариства терапії мови і мовлення Анна Томчук;
Представники Українського товариства ерготерапевтів: Тетяна Кузьо,
Олександра Калінкіна, Аліна Терещенко

Консультацію та напрацювання у Матриці порушень давали:

Олена Іванова, Катерина Кардель

Редакторка:

Вікторія Корнієнко

Дизайн та верстка:

Оксана Учителева

