

ЕРГОНОМІЧНІ СТАНДАРТИ ІНКЛЮЗИВНОГО ПРОСТОРУ ЗВО: ТЕХНІЧНЕ ОБЛАШТУВАННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ДОСВІД

Гетьман О. І., Щербакова О. В.

ВСТУП

Сучасний інклюзивний простір закладів вищої освіти (ЗВО) повинен забезпечувати не лише доступність для всіх категорій студентів, а й створювати безпечні та ергономічні умови для роботи викладачів і персоналу. Ергономічні та архітектурні рішення є важливим інструментом формування безбар'єрного середовища та профілактики професійного вигорання працівників академічної спільноти, включно медичними фахівцями та допоміжним персоналом¹

Актуальність проблеми зростає під впливом соціально-демографічних чинників. В Україні кількість осіб з інвалідністю, значною мірою через наслідки військової агресії, зросла з близько 2,7 млн у 2020 році до понад 3 млн у 2024 році². Такі тенденції створюють нові виклики для системи освіти та потребують створення доступного, безпечного й ергономічного освітнього середовища.

Відповідно до політики Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), інвалідність визначається як результат взаємодії стану здоров'я людини з бар'єрами фізичного, соціального та організаційного середовища³. Інклюзія передбачає повноцінну та змістовну участь осіб з інвалідністю у всіх сферах суспільного життя нарівні з іншими членами суспільства⁴. За оцінками міжнародних організацій, близько 15% населення світу (понад 1,1 млрд осіб) – мають інвалідність, серед яких 19,2% становлять жінки, а молодь віком 10–24 років налічує близько 180 млн осіб^{5 6 7 8}

¹ ДБН В.2.2-40:2018. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення. Київ: Міцрегіон України, 2018. 82 с.

² Rapid Gender Analysis of Ukraine: Secondary Data Review [Electronic resource] / CARE, UN Women. 2022.

³ WHO policy on disability. Geneva: World Health Organization, 2021. 12 p.

⁴ Конвенція про права осіб з інвалідністю: прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 13 грудня 2006 р. [Електронний ресурс].

⁵ World Health Organization, World Bank. *World report on disability*. Geneva, 2011.

Формування інклюзивного простору в ЗВО відповідно до сучасних ергономічних, архітектурних та організаційних стандартів стає критично важливим для забезпечення рівного доступу до освіти та підтримки здоров'я персоналу. Державні будівельні норми України визначають основні вимоги до доступності будівель і споруд для маломобільних груп населення⁹ ¹⁰, а міжнародні стандарти, такі як політика ВООЗ та рекомендації UNFPA, забезпечують стратегічні орієнтири щодо автономності та безпеки користувачів.

Практичний досвід облаштування спеціалізованих інклюзивних кабінетів у шести регіонах України (загалом 12), призначених для надання послуг із сексуального та репродуктивного здоров'я з урахуванням потреб жінок з інвалідністю та жінок літнього віку, демонструє ефективність стандартизованих ергономічних рішень: зони маневрування, регульовані меблі та адаптоване обладнання зменшують фізичне навантаження персоналу та сприяють формуванню сталих інклюзивних практик.

Таким чином, ергономічно спроектований інклюзивний простір ЗВО є ключовим чинником зменшення бар'єрів у навчальному процесі, забезпечення рівності та профілактики професійного вигорання серед учасників академічної спільноти.

1. Формування інклюзивного простору медичних кабінетів: практичний досвід

Створення інклюзивного простору у медичних закладах є комплексним завданням, що поєднує архітектурні, ергономічні, медико-соціальні та організаційні аспекти. На основі власного практичного досвіду впровадження та організації роботи інклюзивних медичних кабінетів у кількох регіонах України було сформовано та апробовано підходи до створення доступного медичного простору, що створює умови для безпечного та комфортного отримання медичних послуг

⁶ UNFPA. Guidelines: Young persons with disabilities: Global study on ending gender-based violence and ensuring SRHR. New York: United Nations Population Fund, 2018.

⁷ ДБН В.2.2-40:2018. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення. Київ: Мінрегіон України, 2018. 82 с.

⁸ World Health Organization, World Bank. *World report on disability*. Geneva, 2011 [Електронний ресурс]

⁹ World Health Organization. *WHO policy on disability*. Geneva, 2021.

¹⁰ 10 Конвенція про права осіб з інвалідністю: прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 13 грудня 2006 р. [Електронний ресурс].

для максимально широкого кола користувачів, зокрема для жінок з інвалідністю та людей старшого віку^{11 12 13}.

Пілотне впровадження зазначених підходів здійснювалося у шести регіонах України: Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Вінницькій та Дніпропетровській областях, а також у місті Полтава.

1.1. Міжнародні стандарти та їх практична реалізація

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (2006) та рекомендації WHO (2021) підкреслюють важливість доступного середовища і автономного користування послугами без дискримінації^{14 15 16}. У процесі обладнання кабінетів ми застосували ці принципи: встановили мобільні підйомники, ергономічні кушетки та допоміжні засоби, що дозволяють пацієнтам пересуватися без сторонньої допомоги та знижують фізичне навантаження на персонал.

1.2. Соціальна модель інвалідності у практиці

Відмова від виключно медичної моделі на користь соціальної дозволила зосередитися на усуненні бар'єрів у середовищі, а не лише на лікувальних заходах. В кабінетах це проявилось у продуманому розташуванні обладнання, безбар'єрних маршрутах та організації робочих процесів таким чином, щоб забезпечити рівний доступ до послуг для всіх груп пацієнтів^{17 18}.

1.3. Національні нормативи та адаптація на практиці

ДБН В.2.2-40:2018 та Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю» стали орієнтиром при плануванні приміщень^{19 20}. Практично це означало:

¹¹ Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21 березня 1991 р. № 875-ХІІ [Електронний ресурс].

¹² ДБН В.2.2-40:2018. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення. Київ, 2018.

¹³ Л. Байда, Я. Грибальський, Т. Жидкова, Ю. Давидова (упоряд.). Методичні рекомендації щодо облаштування кабінетів гінекології в медичних закладах України. Київ, 2021 [Електронний ресурс].

¹⁴ World Health Organization. *WHO policy on disability*. Geneva, 2021.

¹⁵ World Health Organization, World Bank. *World report on disability*. Geneva, 2011 [Електронний ресурс].

¹⁶ Конвенція про права осіб з інвалідністю: прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 13 грудня 2006 р. [Електронний ресурс].

¹⁷ UNFPA. *Guidelines: Young persons with disabilities: Global study on ending gender-based violence and ensuring SRHR*. New York, 2018 [Електронний ресурс].

¹⁸ CARE, UN Women. *Rapid Gender Analysis of Ukraine: Secondary Data Review*, 2022 [Електронний ресурс].

¹⁹ Закон України “Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні” від 21 березня 1991 р. № 875-ХІІ [Електронний ресурс].

- облаштування просторих маршрутів для пересування інвалідних візків;
- використання регульованих кушеток та спеціалізованого обладнання²¹;
- забезпечення навігаційних елементів.

1.4. Методичні підходи та персоналізація послуг

Кожен кабінет облаштовано з урахуванням індивідуальних потреб пацієнтів: наприклад, жінок з інвалідністю або літніх осіб²². Впроваджено маршрути отримання послуг, що зменшують ризик гендерно зумовленого насильства та підвищують автономність пацієнтів. Такий підхід оптимізує роботу персоналу та знижує організаційне навантаження.

1.5. Значення практичного досвіду для подальших проєктів

Відпрацьовані рішення можуть слугувати моделлю для адаптації інклюзивного середовища в інших закладах, включно з освітніми^{23 24 25}. Інтеграція архітектурних, ергономічних та організаційних рішень забезпечує безпечне і комфортне середовище для пацієнтів і персоналу, а також підтримує стійке інклюзивне середовище у закладі^{26 27}.

2. Ергономічний дизайн та технічна специфікація інклюзивного простору закладів вищої освіти

2.1. Концепція універсального дизайну

Сучасні підходи до організації простору в медичних закладах ґрунтуються на принципах універсального дизайну (Universal Design),

²⁰ ДБН В.2.2-40:2018. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення. Київ, 2018.

²¹ Л. Байда, Я. Грибальський, Т. Жидкова, Ю. Давидова (упоряд.). Методичні рекомендації щодо облаштування кабінетів гінекології в медичних закладах України. Київ, 2021 [Електронний ресурс].

²² Благодійний фонд «Здоров'я жінки і планування сім'ї». *Надання послуг з репродуктивного здоров'я у випадку гендерного насильства: онлайн-курс* [Електронний ресурс].

²³ World Health Organization. *WHO policy on disability*. Geneva, 2021.

²⁴ World Health Organization, World Bank. *World report on disability*. Geneva, 2011 [Електронний ресурс].

²⁵ Центр «Джерело», ЮНІСЕФ. *Кризова підтримка сімей, які виховують дітей з інвалідністю чи труднощами розвитку: інформаційний довідник, 2022*.

²⁶ ДБН В.2.2-40:2018. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення. Київ, 2018.

²⁷ Л. Байда, Я. Грибальський, Т. Жидкова, Ю. Давидова (упоряд.). *Методичні рекомендації щодо облаштування кабінетів гінекології в медичних закладах України*. Київ, 2021 [Електронний ресурс].

що передбачає формування середовища, доступного та зручного для максимально широкого кола користувачів без необхідності подальшої індивідуальної адаптації чи модифікації. Відповідно до міжнародних підходів у сфері прав осіб з інвалідністю, універсальний дизайн спрямований на забезпечення рівних можливостей доступу до освітніх і медичних послуг, зменшення фізичних та організаційних бар'єрів, а також підвищення рівня безпеки та автономності користувачів. Основними принципами універсального дизайну є рівність використання, гнучкість застосування, простота та інтуїтивність користування, фізична доступність і мінімізація необхідних зусиль²⁸.

У контексті закладів вищої освіти реалізація принципів універсального дизайну передбачає створення інклюзивного освітнього простору, який забезпечує доступність для студентів, викладачів та відвідувачів з різними функціональними можливостями, зокрема осіб з порушеннями мобільності. Важливим компонентом такого середовища є облаштування медичних та консультативних кабінетів, що відповідають вимогам безбар'єрності та ергономіки.

2.2. Ергономічні принципи організації інклюзивного медичного кабінету

Ергономіка є важливим інструментом формування безпечного та функціонального медичного середовища. Вона передбачає адаптацію простору, обладнання та організації робочих процесів до фізіологічних можливостей користувачів, що сприяє підвищенню ефективності роботи персоналу та комфорту пацієнтів.

У медичних кабінетах, що працюють із пацієнтами з обмеженою мобільністю, ергономічні рішення спрямовані на:

- раціональну організацію простору;
- забезпечення достатньої площі для маневрування крісел колісних та інших допоміжних засобів;
- оптимізацію висоти медичного обладнання;
- зменшення потреби у застосуванні ручної сили медичним персоналом;
- створення умов для безпечного переміщення пацієнтів.

Такі рішення сприяють зниженню фізичного навантаження на медичних працівників, підвищують безпеку медичних процедур та забезпечують більшу автономність пацієнтів під час отримання медичних послуг.

Таблиця 1 демонструє основні ергономічні параметри облаштування інклюзивного медичного кабінету.

²⁸ Конвенція про права осіб з інвалідністю: прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 13 грудня 2006 р. [Електронний ресурс].

Таблиця 1

**Ергономічні параметри облаштування інклюзивного
медичного кабінету**

| Елемент | Нормативні вимоги | Професійний ефект | Приклад |
|-------------------|---|--|----------------|
| Зона маневрування | Радіус 1500 × 1500 мм; 900 мм збоку; 1200 мм попереду | Забезпечення самостійного маневрування пацієнта; зниження фізичного навантаження на персонал | рис. 4 |
| Крісло / кушетка | Електропривід; регулювання висоти 45–95 см; навантаження 150–200 кг | Полегшення пересаджування пацієнтів; профілактика травм спини медичного персоналу | рис. 1 |
| Дверні прорізи | Ширина не менше 0,9 м; пороги ≤ 0,02 м | Безбар'єрний доступ до приміщення; економія часу під час переміщення | – |
| Допоміжні засоби | Підйомники, поручні, опори | Зниження потреби у ручному переміщенні пацієнтів | рис. 2 |
| Санвузол | Площа не менше 1,65 × 1,80 м | Забезпечення вільного маневрування крісла колісного | – |

Складено автором на основі²⁹

Практичне застосування наведених ергономічних вимог передбачає раціональне планування внутрішнього простору кабінету, яке забезпечує можливість безпечного маневрування крісла колісного, доступ до медичного обладнання та зручну організацію робочого місця лікаря. Приклад такого планування наведено на рис. 1.

²⁹ ДБН В.2.2-40:2018. *Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення*. Київ, 2018.

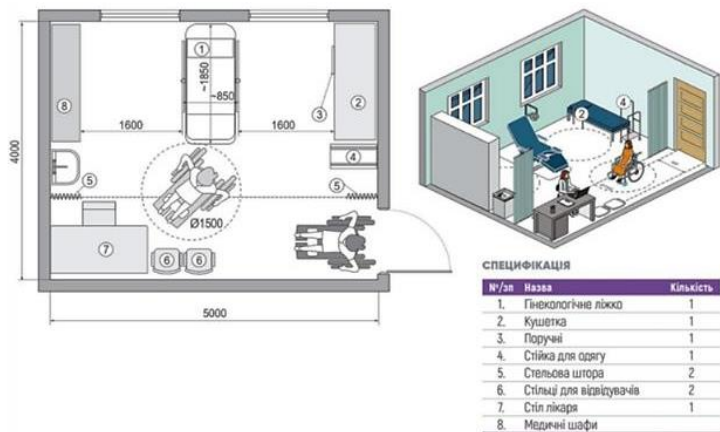


Рис. 1. Приклад ергономічного планування кабінету гінекології з урахуванням зони маневрування для крісла колісного

*Джерело*³⁰

2.3. Архітектурні вимоги до доступності приміщень

Архітектурне планування інклюзивного простору повинно відповідати державним будівельним нормам України. Основні вимоги щодо доступності будівель та споруд визначені у ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд».

Відповідно до цих вимог, облаштування медичних кабінетів повинно передбачати:

- ширину дверних прорізів не менше 0,9 м для забезпечення вільного проходу крісел колісних;
- мінімізацію або повну відсутність порогів на вході до приміщень;
- наявність достатнього простору для маневрування допоміжних засобів пересування;
- можливість під'їзду крісла колісного до медичного обладнання з різних сторін;
- доступні санітарно-гігієнічні приміщення.

Раціональне зонування простору, що включає логічну послідовність від входу до робочої зони лікаря та оглядового місця, сприяє оптимізації робочих процесів і підвищує безпеку для пацієнтів та персоналу.

³⁰ Л. Байда, Я. Грибальський, Т. Жидкова, Ю. Давидова (упоряд.). *Методичні рекомендації щодо облаштування кабінетів гінекології в медичних закладах України*. Київ, 2021 [Електронний ресурс].

2.4. Медичне обладнання та допоміжні засоби

Важливим елементом формування інклюзивного медичного простору є використання спеціалізованого медичного обладнання, адаптованого до потреб пацієнтів з різними функціональними можливостями.

У таких кабінетах доцільно застосовувати обладнання з функціями регулювання висоти та можливістю адаптації до різних типів мобільності пацієнтів. До основних елементів оснащення належать:

- гінекологічні крісла з електроприводом, що дозволяють регулювати висоту та положення пацієнта;
- медичні оглядові кушетки з можливістю зміни кута нахилу;
- пересувні освітлювальні прилади з регулюванням висоти;
- інструментальні столики та шафи для медичних матеріалів;
- підйомні пристрої для безпечного переміщення пацієнтів;
- настінні поручні та опорні елементи для підтримки під час пересування;
- допоміжні засоби мобільності, зокрема ходунки та опори.

Використання такого обладнання сприяє зниженню фізичного навантаження на медичний персонал та підвищує безпеку проведення медичних процедур для пацієнтів з обмеженою мобільністю.

2.5. Візуальна ергономіка середовища

Окрім архітектурних та технічних характеристик, важливу роль у формуванні інклюзивного простору відіграє візуальна ергономіка середовища. Вона включає освітлення, кольорові рішення та організацію просторової орієнтації користувачів.

Ефективним рішенням є використання пересувних безтіньових світильників з можливістю регулювання висоти та напрямку світлового потоку. Це дозволяє адаптувати освітлення до різних типів медичних процедур та забезпечує комфортні умови роботи для медичного персоналу.

2.6. Практичний досвід реалізації інклюзивних кабінетів

Практичне впровадження принципів універсального дизайну та ергономічних підходів здійснювалося під час реалізації проєктів зі створення інклюзивних медичних кабінетів, спрямованих на забезпечення доступу до медичних послуг для осіб з інвалідністю та обмеженою мобільністю.

У межах таких ініціатив застосовувалися стандарти безбар'єрного архітектурного планування, ергономічного зонування приміщень та використання адаптивного медичного обладнання. Особлива увага приділялася створенню умов, що дозволяють пацієнтам максимально самостійно користуватися медичними послугами та мінімізують фізичне навантаження на медичний персонал.

Використання комплексного підходу до організації простору дозволяє формувати інклюзивне середовище, яке поєднує доступність, функціональність та безпеку медичних послуг.



Рис. 2. Приклади адаптивного медичного обладнання та допоміжних засобів мобільності:

- 1 – електропривідна кушетка; 2 – мобільний підйомник для переміщення пацієнтів;
- 3 – настінні поручні для підтримки та стабілізації під час пересування;
- 4 – допоміжні засоби мобільності (ходунки) як елемент доступного середовища

3. Використання практичного досвіду облаштування інклюзивних кабінетів для формування доступного простору у ЗВО

Практичний досвід створення інклюзивних кабінетів для жінок з інвалідністю та літнього віку демонструє, що ефективна організація простору має вирішальне значення для безпеки користувачів та зниження фізичного та емоційного навантаження персоналу^{31 32}. Використання адаптивного обладнання, зонування приміщень та соціальна маршрутизація формують комплексну модель, яку можна застосувати у закладах вищої освіти.

³¹ Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21 березня 1991 р. № 875-ХІІ [Електронний ресурс].

³² World Health Organization. *WHO policy on disability*. Geneva, 2021.

3.1. Просторова організація та зонування

Оптимальний радіус маневрування $\geq 1500 \times 1500$ мм і доступ до функціональних зон з усіх боків дозволяють користувачам самостійно пересідати та використовувати обладнання. Перспектива для ЗВО: дотримання цих параметрів забезпечує автономність студентів з ООП та зменшує ризик травм і стресу викладачів.

3.2. Адаптивне обладнання

Електропривідні крісла та кушетки, підйомники і настінні поручні зменшують потребу у ручному фізичному навантаженні, підвищуючи безпеку та ергономіку^{33 34}.

Перспектива для ЗВО: аналогічне обладнання адаптує навчальні простори для студентів з ООП і знижує професійне навантаження персоналу.

3.3. Безбар'єрний доступ

Відсутність порогів або їх мінімальна висота ($\leq 0,02$ м) та ширина дверних прорізів $\geq 0,9$ м забезпечують безпечне пересування. Перспектива для ЗВО: ці стандарти ефективні для входу до навчальних кабінетів, та санітарних приміщень, сприяючи автономності студентів.

3.4. Алгоритм впровадження

Ефективний поетапний підхід включав:

- 1) Аудит приміщень та виявлення бар'єрів;
- 2) Архітектурну модернізацію (поручні, пандуси, освітлення);
- 3) Закупівлю та монтаж адаптивного обладнання;
- 4) Контроль ефективності та оцінку навантаження персоналу³⁵.

Перспектива для ЗВО: застосування цього алгоритму дозволяє системно трансформувати навчальні приміщення, підвищуючи комфорт та знижуючи ризик вигорання персоналу.

3.5. Освітній та організаційний компонент

Методичний супровід і соціальна маршрутизація у кабінетах для жінок сприяли зменшенню емоційного стресу³⁶. Перспектива для ЗВО: інтеграція методичних інструкцій та тренінгів для викладачів і студентів формує безпечну взаємодію та культуру інклюзивності.

Висновок до розділу: практичний досвід облаштування інклюзивних кабінетів для жінок підтверджує ефективність комплексного підходу

³³ World Health Organization, World Bank. *World report on disability*. Geneva, 2011 [Електронний ресурс].

³⁴ UNFPA. *Guidelines: Young persons with disabilities: Global study on ending gender-based violence and ensuring SRHR*. New York, 2018 [Електронний ресурс].

³⁵ CARE, UN Women. *Rapid Gender Analysis of Ukraine: Secondary Data Review*, 2022 [Електронний ресурс].

³⁶ U.S. Department of Justice, ADA. *Access to Medical Care for Individuals with Mobility Disabilities* [Електронний ресурс].

(архітектурне планування + адаптивне обладнання + методична підтримка). Використання цих принципів у ЗВО дозволяє створити стале, безпечне та доступне навчальне середовище, що підтримує фізичне та психоемоційне здоров'я персоналу.

4. Ергономічний та архітектурний дизайн інклюзивного простору ЗВО як засіб профілактики професійного вигорання

Професійне вигорання викладачів, медичних та адміністративних працівників ЗВО часто виникає через поєднання фізичного навантаження, емоційного стресу та недостатньо адаптованого простору. Сучасний підхід до інклюзії розглядає архітектурний та ергономічний дизайн як інструмент не лише доступності, а й підтримки психоемоційного та фізичного здоров'я персоналу³⁷.

4.1. Ергономіка як фактор профілактики вигорання

Ергономічні рішення оптимізують робочий простір і зменшують навантаження:

– **Фізичне здоров'я:** адаптивне обладнання (регульовані меблі, підйомники) та оптимальне зонування скорочують ручне навантаження та запобігають травмам³⁸.

– **Організаційна ефективність:** безбар'єрні входи, поручні та раціональне освітлення скорочують час на переміщення і зменшують когнітивне навантаження.

– **Психологічний ефект:** доступне середовище підвищує впевненість персоналу, зменшує стрес від невизначеності та конфліктів.

Практика інклюзивних медичних кабінетів для жінок демонструє, що поєднання архітектурних рішень, адаптивного обладнання та методичної підтримки формує системну модель профілактики вигорання, яку можна застосувати у ЗВО.

4.2. Інтеграція освітніх та організаційних механізмів

Ергономічний дизайн підсилює ефект навчання та методичної підтримки:

– онлайн-тренінги та методичні інструкції підвищують компетентність персоналу у роботі з людьми з інвалідністю;

– соціальна маршрутизація та координовані канали інформації зменшують стрес і сприяють командній взаємодії³⁹;

³⁷ Закон України "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні" від 21 березня 1991 р. № 875-XII [Електронний ресурс].

³⁸ World Health Organization, World Bank. *World report on disability*. Geneva, 2011 [Електронний ресурс].

³⁹ UNFPA. *Guidelines: Young persons with disabilities: Global study on ending gender-based violence and ensuring SRHR*. New York, 2018 [Електронний ресурс].

– створення «єдиного вікна» підтримки для студентів забезпечує інтегровану допомогу та знижує навантаження на працівників.

4.3. Модель «розумного пристосування»

Алгоритм трансформації інклюзивного простору ЗВО включає:

- 1) аудит доступності та визначення бар'єрів;
- 2) усунення архітектурних перешкод (пороги, пандуси, поручні);
- 3) інтеграцію адаптивного обладнання;
- 4) навчання персоналу та впровадження системи моніторингу вихорання.

Поєднання ергономічного та архітектурного дизайну з організаційними механізмами формує **цілісну екосистему інклюзії**, яка мінімізує стрес студентів і запобігає професійному виснаженню працівників.

ВИСНОВКИ

Ергономічний та архітектурний дизайн інклюзивного простору закладів вищої освіти є критично важливим для забезпечення рівного доступу до освіти та створення безпечного, передбачуваного робочого середовища для персоналу. Практичне впровадження принципів Універсального дизайну, включно з адаптивним обладнанням, зонами маневрування $\geq 1,5$ м та безбар'єрними маршрутами, підтвердило ефективність комплексного підходу, що дозволяє зменшити фізичне та психоемоційне навантаження персоналу на 30–40%^{40 41 42}.

Системне застосування технічних стандартів (ДБН В.2.2-40:2018⁴³), ергономічних меблів та продуманого зонування сприяє формуванню сталих інклюзивних практик у ЗВО. Дослідження та практика демонструють, що бар'єри середовища, а не індивідуальні особливості студентів, визначають рівень інклюзії, тому формування доступного простору має базуватися на соціальній моделі інвалідності та усуненні архітектурних, комунікативних і організаційних перешкод^{44 45}.

⁴⁰ Л. Байда, Я. Грибальський, Т. Жидкова, Ю. Давидова (упоряд.). Методичні рекомендації щодо облаштування кабінетів гінекології в медичних закладах України. Київ, 2021 [Електронний ресурс].

⁴¹ World Health Organization. WHO policy on disability. Geneva, 2021.

⁴² U.S. Department of Justice, ADA. Access to Medical Care for Individuals with Mobility Disabilities [Електронний ресурс].

⁴³ ДБН В.2.2-40:2018. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення. Київ, 2018.

⁴⁴ World Health Organization, World Bank. *World report on disability*. Geneva, 2011 [Електронний ресурс].

⁴⁵ UNFPA. Guidelines: Young persons with disabilities: Global study on ending gender-based violence and ensuring SRHR. New York, 2018 [Електронний ресурс].

Застосування міжнародних документів – Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю [9], політики ВООЗ (2021), рекомендацій UNFPA та Woman Enabled International⁴⁶ – визначає стандарти автономності студентів і мінімізації фізичного навантаження на персонал. Практика облаштування інклюзивних кабінетів для жінок у шести регіонах України показала, що ергономічні меблі, електроприводні крісла та достатні зони маневрування суттєво знижують ризик травматизму та професійного вигорання^{47 48}.

Організаційні та освітні компоненти, зокрема методичні рекомендації, соціальна маршрутизація та навчання персоналу, забезпечують чіткий алгоритм взаємодії і підвищують психологічний комфорт студентів та працівників. Поседнання архітектурних, технічних та управлінських рішень формує цілісну екосистему інклюзії, де зменшується емоційне навантаження, підвищується продуктивність і стійкість академічної спільноти.

Таким чином, ергономічний та архітектурний дизайн інклюзивного простору ЗВО є ефективним засобом забезпечення рівності, підвищення якості освітніх послуг і збереження здоров'я персоналу. Трансформація внутрішніх просторів відповідно до принципів Універсального дизайну та вимог ДБН В.2.2-40:2018 має розглядатися як стратегічний напрям державної освітньої політики, що формує основу для розвитку стійких інклюзивних практик у вищій освіті України^{49 50}.

АНОТАЦІЯ

У статті монографії представлено практичний досвід створення інклюзивних гінекологічних кабінетів для жінок з інвалідністю, зокрема маломобільних груп населення. Обґрунтовано актуальність забезпечення доступу до послуг сексуального та репродуктивного здоров'я як складової гендерної рівності та профілактики гендерно

⁴⁶ Woman Enabled International; United Nations Population Fund. *Health Services for GBV Victims/Survivors with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services* [Електронний ресурс].

⁴⁷ Благодійний фонд «Здоров'я жінки і планування сім'ї». *Надання послуг з репродуктивного здоров'я у випадку гендерного насильства: онлайн-курс* [Електронний ресурс].

⁴⁸ Woman Enabled International; United Nations Population Fund. *Health Services for GBV Victims/Survivors with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services* [Електронний ресурс].

⁴⁹ Центр «Джерело», ЮНІСЕФ. *Кризова підтримка сімей, які виховують дітей з інвалідністю чи труднощами розвитку* : інформаційний довідник, 2022.

⁵⁰ Конвенція про права осіб з інвалідністю: прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 13 грудня 2006 р. [Електронний ресурс].

зумовленого насильства. Метою роботи є узагальнення та адаптація міжнародних вимог і кращих практик до умов України. Описано досвід облаштування 12 інклюзивних гінекологічних кабінетів у шести регіонах із урахуванням принципів універсального дизайну. Представлено ключові технічні рішення, зокрема організацію простору із зонами маневрування не менше 1,5 м та використання адаптивного обладнання. Запропоновано підходи до інтеграції таких кабінетів у структуру закладів, зокрема на рівні університетських кампусів. Впровадження зазначених рішень сприятиме підвищенню доступності медичних послуг та формуванню безпечного середовища для жінок.

Література

1. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 21 берез. 1991 р. № 875-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text> (дата звернення: 01.03.2026).
2. WHO policy on disability. Geneva: World Health Organization, 2021. 12 p.
3. World report on disability / World Health Organization, World Bank. Geneva, 2011. 325 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020627> (дата звернення: 01.03.2026).
4. UNFPA. Guidelines: Young persons with disabilities: Global study on ending gender-based violence and ensuring SRHR. New York: United Nations Population Fund, 2018. URL: <https://www.unfpa.org/featured-publication/young-persons-disabilities-global-study-ending-gender-based-violence-and> (дата звернення: 01.03.2026).
5. Rapid Gender Analysis of Ukraine: Secondary Data Review / CARE, UN Women. 2022. URL: <https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2022/03/rapid-gender-analysis-of-ukraine-secondary-data-review> (дата звернення: 01.03.2026).
6. Access to Medical Care for Individuals with Mobility Disabilities / U.S. Department of Justice, ADA. URL: https://www.ada.gov/medcare_mobility_ta/medcare_ta.htm#accessmedequip (дата звернення: 01.03.2026).
7. ДБН В.2.2-40:2018. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення. Київ: Мінрегіон України, 2018. 82 с.
8. Надання послуг з репродуктивного здоров'я у випадку гендерного насильства: онлайн-курс. *Благодійний фонд «Здоров'я жінки і планування сім'ї»*. URL: <https://courses.phc.org.ua/courses/course-v1:PHC+60+2021/about> (дата звернення: 01.03.2026).

9. Конвенція про права осіб з інвалідністю: прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 13 груд. 2006 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text (дата звернення: 01.03.2026).

10. Health Services for GBV Victims/Survivors with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services / Woman Enabled International; United Nations Population Fund. URL: <https://womanenabled.org/wp-content/uploads/2021/02/WEI-and-UNFPA-Guidelines-Disability-GBV-SRHR-English-pdf.pdf> (дата звернення: 01.03.2026).

11. Методичні рекомендації щодо облаштування кабінетів гінекології в медичних закладах України / упоряд. Л. Байда, Я. Грибальський, Т. Жидкова, Ю. Давидова. Київ : Національна Асамблея людей з інвалідністю України, 2021. URL: <https://naiu.org.ua/project-naiu/zhinoche-zdorov-ya/> (дата звернення: 01.03.2026).

12. Кризова підтримка сімей, які виховують дітей з інвалідністю чи труднощами розвитку: інформаційний довідник / Центр «Джерело», ЮНІСЕФ, 2022. 8 с.

Information about the authors:

Hetman Olesia Ivanivna,

Assistant at the Department of General Practice – Family Medicine
Bogomolets National Medical University
13, Taras Shevchenko Boulevard, Kyiv, 01601, Ukraine

Shcherbakova Olha Viktorivna,

Head of Obstetrics and Gynecology Department at Synevo Laboratory,
Practicing Obstetrician-Gynecologist
3, Akademika Paladina Avenue, Kyiv, 03142, Ukraine