
Организация здравоохранения

УДК 614.2

DOI 10.52246/1606-8157_2024_29_3_9

ДОСТУПНОСТЬ ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПОМЕЩЕНИЙ

А. А. Курмангулов^{1*}, доктор медицинских наук, 79091810202@yandex.ru,
В. Л. Аджиенко², доктор медицинских наук, adzhienko@yandex.ru,
Ю. В. Евстафьева³, кандидат медицинских наук, yuliya_evstafeva@bk.ru,
В. В. Бобрович³, bobrovich_vv@mail.ru

¹ ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54

² ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, 400066, Россия, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1

³ ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, г. Чита, ул. Горького, д. 39а

РЕЗЮМЕ *Цель* – установить степень доступности санитарно-гигиенических помещений (СГП) государственных и муниципальных медицинских организаций (МО) для маломобильных групп населения.

Материал и методы. Объектами исследования стали здания 44 МО, расположенных на территории пяти субъектов Российской Федерации. При анализе использовалась авторская методика ALIDS и компьютерная программа моделирования архитектурно-планировочной схемы визуализации объектов здравоохранения.

Результаты и обсуждение. В 16 % МО используются специальные знаки для обозначения зон и помещений, доступных для маломобильных групп населения. Знак доступности для маломобильных групп населения имеется в 18 % МО. Среди тактильных элементов системы визуализации наиболее распространены изменяемые по фактуре покрытия пола перед препятствиями и в точках ветвления маршрутов.

Заключение. Основной проблемой организации СГП является не отсутствие необходимых для обеспечения доступной среды технических средств, устройств, оборудования и предметов, а их неправильная установка или размещение, не позволяющие использовать такие объекты инвалиду, передвигающемуся на кресле-коляске или имеющему патологию опорно-двигательного аппарата с необходимостью опоры.

Ключевые слова: визуализация, законодательство, инклюзивность, безбарьерная среда, бережливое производство.

HEALTHCARE FACILITIES AVAILABILITY FOR HANDICAPPED POPULATION GROUPS THROUGH THE EXAMPLE OF SANITARY AND HYGIENIC PREMISES

A. A. Kurmangulov, V. L. Adzhienko, Yu. V. Evstafyeva, V. V. Bobrovich

ABSTRACT The *objective* was to establish the degree of availability of state and municipal medical organizations sanitary and hygienic premises for people with disabilities.

Material and methods. The 44 buildings of medical organizations located in five constituent entities of the Russian Federation were under the research. The analysis used the author's ALIDS method and a computer program for modeling the architectural planning scheme of visualizing healthcare facilities.

Results and discussion. Special signs are used to designate areas and premises available to people with disabilities in 16 % of medical organizations. An accessibility sign for people with disabilities is observed in 18 % of medical organizations. The most common among the tactile elements of the visualization system are texture-changing floor coverings in front of obstacles and at route branching points.

Conclusion. The main problem in organizing sanitary and hygienic premises is their improper installation or placement rather than the lack of technical means, devices, equipment, and objects necessary to ensure an accessible environment. The former prevents a disabled person from using a wheelchair or a person with musculoskeletal pathology with the need for support from using such objects.

Keywords: visualization, legislation, inclusiveness, barrier-free environment, lean production.

В последние годы наблюдается серьезный прогресс в лечении и реабилитации пациентов с разными формами патологии, считавшимися ранее фатальными, что привело к уменьшению общей смертности населения Российской Федерации [4, 5, 10]. В то же время распространенность факторов риска развития социально значимых заболеваний по-прежнему остается высокой, а показатели первичной и общей инвалидности, особенно среди трудоспособного населения, продолжают сохраняться на значительном уровне [7, 8, 15].

Согласно Государственной программе «Доступная среда», в любой МО как объекте социальной инфраструктуры государства должно быть обустроено не менее одной специально оборудованной туалетной комнаты для маломобильных групп населения [1, 2, 14]. При этом с 2016 года в государственную и муниципальную системы здравоохранения Российской Федерации активно внедряются бережливые технологии [6, 17]. Ключевая проблема применения принципов эффективного использования ресурсов в процессе формирования инклюзивного пространства заключается в том, чтобы управленческие решения, принимаемые в сфере здравоохранения, с одной стороны, отвечали последним достижениям в области инклюзивных технологий, а с другой – обладали функциональной логикой и экономической эффективностью [12]. Поэтому при реализации различных проектов и программ по совершенствованию внутренних пространств МО, в том числе СГП, необходимо учитывать организационные, институциональные, конструктивные, архитектурно-планиро-

вочные и финансовые возможности конкретных объектов [1, 3]. Проводимые локальные экспертные исследования показывают неполное соответствие зданий медицинского профиля современным требованиям по доступности внешней и внутренней среды для инвалидов и других маломобильных групп населения, что и определяет актуальность дальнейшего научно-практического поиска в данном направлении [9, 16].

Цель исследования – установить степень доступности СГП государственных и муниципальных МО для маломобильных групп населения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объектами исследования стали здания 44 МО государственной и муниципальной форм собственности, расположенных на территории Тюменской, Челябинской, Вологодской областей, Ямало-Ненецкого автономного округа и Красноярского края. С целью соблюдения этических норм и протокола исследования наименования отдельных МО в тексте публикации не приводятся. Первичные данные собраны в ходе очных аудитов зданий МО в период 2021–2024 гг. При анализе использовалась авторская методика ALIDS (Свидетельство о государственной регистрации № 2021660423 от 25.06.21) и компьютерная программа моделирования архитектурно-планировочной схемы визуализации объектов здравоохранения (Свидетельство о государственной регистрации № 2022612641 от 28.02.22). Для статистической обработки результатов применялась программа SPSS 20.0 для Windows. Данные представлены в виде экстенсивных показателей (%). Для установления раз-

личий между категориальными переменными использовался критерий χ^2 . Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Аудит зданий МО показал наибольшее соответствие (87 %) в отношении объектов внутреннего пространства. Абсолютно во всех принявших участие в исследовании МО имелись СГП для посетителей. В то же время только в 16 % применялись знаки для обозначения доступных для маломобильных групп населения зон и помещений.

Наиболее распространенными средствами обеспечения доступности среды стали изменяемые по текстуре покрытия пола перед препятствиями (11 %) и в точках ветвления маршрутов: перед входами (10 %), лестницами (6 %) и лифтами

(5 %) (рис. 1). Статистически значимых различий в представлении средств визуализации помещений среди МО различной проектной и фактической мощности не установлено ($p > 0,05$).

В 14 % МО у входа в здание имелась схема с указанием расположения СГП, а в 9 % – на основных маршрутах движения были установлены тактильные указатели для облегчения ориентации посетителей (рис. 2).

В ходе оценки доступности МО для маломобильных групп населения основной выявленной проблемой стала неправильная организация СГП. Так, наличие необходимых объектов (устройств, механизмов, оборудования) не гарантировало правильности их установки и, соответственно, доступности для маломобильных групп населения. При этом количество санитарно-быто-



Рис. 1. Тактильные указатели направления перед подъемом по лестнице в медицинском консультативном центре (Вологодская область)



Рис. 2. Мнемосхема на входе в приемное отделение стационара (Красноярский край)

вых помещений и их размеры во всех МО соответствовали рекомендуемым нормативам, представленным в Своде правил 59.13330.2020 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения...» [14].

В визуализации СГП между стационарными и амбулаторно-поликлиническими организациями были установлены статистически значимые различия в критериях представления туалетных комнат для посетителей ($p = 0,021$) и различных сервисных помещений ($p = 0,006$) в случае их наличия в МО. Беспроводная кнопка, предназначенная для вызова персонала в случае, если человеку потребуется помощь в СГП, в соответствии с п. 7.2.3.2 ГОСТ Р 51671-2020 «Средства связи и информации технические общего пользования, доступные для инвалидов...», присутствовала в 68 % МО, но только в 43 % из них размещалась на необходимой высоте – от 0,6 до 0,8 м в зоне унитаза [2]. Кнопка вызова дополнялась шнуром на уровне от 0,2 до 0,4 м в 16 % МО. Законодательно допустимое [3] вместо шнура дублирование кнопки на высоте не более 0,4 м, а также тактильно-визуальный знак обозначения кнопки вызова персонала для оказания ситуационной помощи были представлены в 7 % МО.

Только в 18 % МО имелся знак доступности СГП для маломобильных групп населения (рис. 3). Ни в одной из включенных в исследование МО не было отмечено наличие у СГП запирающего устройства с открыванием снаружи в экстренных случаях для оказания помощи и знака индикации «занято/свободно».

Высота умывальника от пола в СГП всех МО составляла не более 0,8 м, однако в 27 % расстояние до боковой стены было менее 0,2 м. В 25 % МО в СГП ширина пространства сбоку от унитаза составляла менее 0,8 м, что затрудняло размещение рядом кресла-коляски. Только в 46 % МО в СГП имелись крючки для одежды, костылей и других принадлежностей, при этом только в 25 % из них данные предметы размещались не выше 1,3 м от пола.

Для обеспечения доступности СГП важна правильная установка соответствующих поручней [1, 14]. И если поручни, расположенные около унитаза с соблюдением норм и правил, имелись в 86 % МО, то поручни около раковины в 59 % МО были установлены с нарушениями (просвет между раковиной и поручнем менее 40 мм или более 50 мм, верхний край поручня ниже раковины и др.) (рис. 4). В СГП 27 % МО выступ поручня за пределы переднего края раковины превышал 100 мм, в 16 % – опоры поручней по переднему краю превышали более чем на половину длину всего поручня.

Полученные в ходе проведенного исследования данные позволяют говорить о частичной доступности СГП МО для маломобильных групп населения, в том числе инвалидов и других пациентов с ограниченными возможностями передвижения [14]. При анализе доступной литературы, посвященной данному вопросу, было установлено, что в публикациях большинства авторов при упоминании свода правил как вида документа акцентируется внимание на его рекоменда-

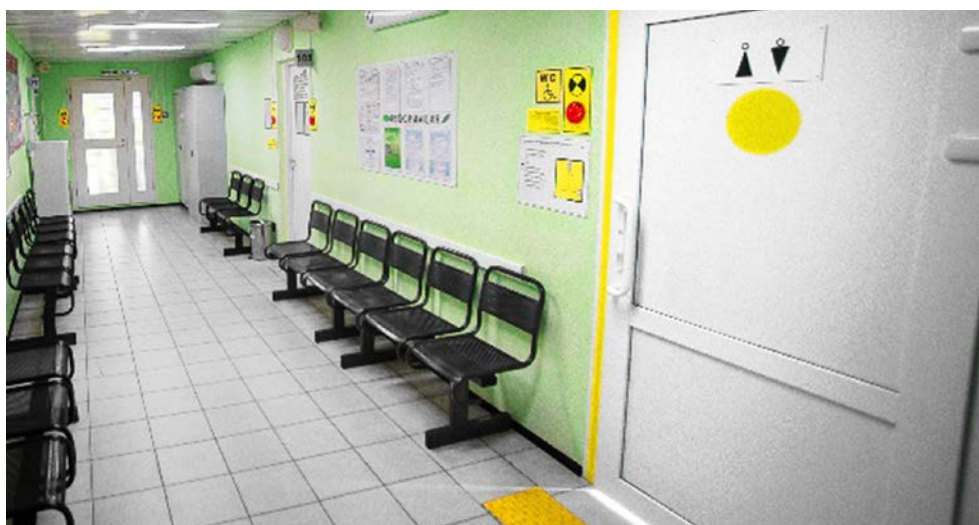


Рис. 3. Знаки доступности санитарно-гигиенических помещений для маломобильных групп населения в стоматологической поликлинике (Ямало-Ненецкий автономный округ)



Рис. 4. Система поручней для обеспечения доступа к раковине маломобильным группам населения в городской поликлинике (Тюменская область)

тельном («добровольный», «необязательный») характере с точки зрения законодательного регулирования [11, 18]. При этом организаторам здравоохранения важно знать, что согласно Постановлению Правительства РФ № 815 «Об утверждении перечня национальных стандартов и сводов правил...», пункты 6.3.1–6.3.9, 6.4.1–6.4.3 СП 59.13330.2020 «Доступность зданий и сооружений...» являются обязательными для исполнения. Более того, Приказ Минздрава России от 12.11.2015 № 802н «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов...» определяет обязательное дублирование необходимой для лиц с ограниченными возможностями здоровья звуковой и зрительной информации, а также надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля [13].

К ограничениям настоящего исследования относится использование выборочной совокупности, не являвшейся рандомизированной. Оценка проводилась в течение трех лет, и по дизайну исследование не относилось к одномоментным. Из-за малого количества объектов исследования не проводилось сравнение итоговых результатов между различными субъектами Российской Федерации. Перспективным направлением дальнейших исследований может стать формирование базы данных лучших практик организации доступной среды МО для маломобильных групп населения и создание для организаторов здраво-

охранения визуального справочника-навигатора по актуальному нормативно-правовому регулированию области создания безбарьерной среды. Возможно расширение экспериментальной части данной работы с привлечением основных стейкхолдеров, прежде всего маломобильных групп населения, для анализа доступности как отдельных помещений, так и в целом объектов здравоохранения.

ВЫВОДЫ

1. Специальные знаки для обозначения зон и помещений, доступных для маломобильных групп населения, используются только в 16 % МО, знак доступности СГП для маломобильных групп населения имеется только в 18 % МО.
2. Среди тактильных элементов системы визуализации СГП в МО наиболее распространены изменяемые по фактуре покрытия пола перед препятствиями и в точках ветвления маршрутов.
3. Основной проблемой организации СГП в МО является не отсутствие необходимых для обеспечения доступной среды технических средств, устройств, оборудования и предметов, а их неправильная установка или размещение, что не позволяет использовать такие объекты инвалиду, передвигающемуся на кресле-коляске или имеющему патологию опорно-двигательного аппарата с необходимостью опоры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Устройства опорные стационарные для маломобильных групп населения. Типы и общие технические требования. ГОСТ Р 51261-2022. М.: Стандартинформ; 2022:35.
2. Средства связи и информации технические общего пользования, доступные для инвалидов. Классификация. Требования доступности и безопасности. ГОСТ Р 51671-2020. М.: Стандартинформ; 2021:51.
3. Средства отображения информации знаковые для инвалидов. Технические требования. ГОСТ Р 52131-2019. М.: Стандартинформ; 2021:32.
4. Власова С.А., Азисова Э.М., Исакова Д.Н., Курмангулов А.А. Сложности диагностики нарушений углеводного обмена в условиях первичного звена здравоохранения. *Медицинская наука и образование Урала*. 2020;21(2):87-90. <https://doi.org/10.36361/1814-8999-2020-21-2-87-90>.
5. Исакова Д.Н., Дороднева Е.Ф., Белокрылова Л.В., Курмангулов А.А., Петров И.М. Роль факторов питания в формировании кардиоваскулярного риска у больных сахарным диабетом 2 типа. *Вопросы питания*. 2021;90(5):104-114. <https://doi.org/10.33029/0042-8833-2021-90-5-104-114>.
6. Куликова И.Б., Немков А.Г., Решетникова Ю.С., Шуплецова В.А., Курмангулов А.А., Брынза Н.С. Lean-кластер в здравоохранении Тюменской области. *Менеджмент качества в медицине*. 2018;2:98-101.
7. Курмангулов А.А., Дороднева Е.Ф., Исакова Д.Н. Особенности пищеварения в кишечнике у людей с метаболическим синдромом. *Медицинская наука и образование Урала*. 2015;16(1):119-122.
8. Лазарева И.А., Орлова С.Н., Дудник О.В. Влияние вакцинации против гриппа на заболеваемость, смертность и тяжесть течения новой коронавирусной инфекции. *Вестник Ивановской медицинской академии*. 2022;27(1):47-50. https://doi.org/10.52246/1606-8157_2022_27_1_47.
9. Маханькова Д.А. Реализация прав детей-инвалидов на медицинскую помощь в России. Гарантии прав ребенка – безопасность детства: Сборник материалов конференции, Москва, 28 января 2020 года / Ответственные редакторы А.В. Голышев, Н.М. Ладнушкина. Вып. 3. М.: Саратовский источник; 2020:165-169.
10. Михайловская Т.В., Мишина И.Е., Назарова О.А., Довгалюк Ю.В., Чистякова Ю.В. Способы оценки толерантности к физической нагрузке по результатам теста с шестиминутной ходьбой в ходе реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца. *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. 2021;3(1):4-10. <https://doi.org/10.36425/rehab64360>.
11. Панова А.С. О правовом обеспечении безопасности и качества товаров. *Коммерческое право. Научно-практический журнал*. 2010;1(6):44-53.
12. Панышина И.С., Егорова Ю.С., Соколова А.С., Евдокимова Т.Н., Зюзева Н.А., Кукаркина А.А., Александровичева Т.В., Полякова В.В. Новая модель организации первичной медицинской помощи на примере поликлиники № 5 МАУ дГКБ № 11. *Уральский медицинский журнал*. 2019;6(174):26-31. <https://doi.org/10.25694/URMJ.2019.06.21>.
13. Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов инфраструктуры государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и предоставляемых услуг в сфере охраны здоровья, а также оказания им при этом необходимой помощи. Приказ Минздрава России от 12.11.2015 № 802н. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71172330/> (дата обращения: 02.06.2024).
14. Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001. Свод правил 59.13330.2020 URL: <http://docs.cntd.ru/document/456033921> (дата обращения: 01.12.2023).
15. Ушакова С.Е., Александров М.В., Жабурин М.В., Варламов К.В. Значение комплексной гериатрической оценки в определении тактики ведения пожилого больного. *Вестник Ивановской медицинской академии*. 2023;28(4):59-61. https://doi.org/10.52246/1606-8157_2023_28_4_59.
16. Хусаинова Д.К., Штейн Е.В., Зигангареева Г.Г. Нормативно-правовая основа системы обеспечения доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения на примере медицинской организации офтальмологического профиля. *Менеджер здравоохранения*. 2021;9:74-80. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-9-74-80>.
17. Чернавский А.Ф., Болтасев И.Н., Гаркушева Л.А. Ресурсный подход к определению кадровой политики в медицинских организациях. *Уральский медицинский журнал*. 2021;20(3):78-84. <https://doi.org/10.52420/2071-5943-2021-20-3-78-84>.
18. Якупова Л.З., Астанков К.Ю., Овчинников И.Г. О возможности применения свода правил СП 266.1325800.2016 «Конструкции сталежелезобетонные. Правила проектирования» для проектирования трубобетонных конструкций в маломостостроении. *Транспорт. Транспортные сооружения. Экология*. 2023;2:112-121. <https://doi.org/10.15593/24111678/2023.02.11>.