

7. Макаров В.А. Вступительное слово. Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. 2009. № 1. С. 3.
8. Vojta Václav. Das Vojta-Prinzip, Václav Vojta, Annegret Peters. Auflage, Springer Heidelberg, 2007. 240 p.
9. Дубровский В.И. Детские церебральные параличи. Спортивная медицина : учеб. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. С. 425–426.
10. Мартинюк В.Ю., Зінченко С.М. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи [Текст] : навчально-методичний посібник. Інтермед, 2005. 416 с.
11. Киселев Д.А., Тучков В.Е., Губанов В.В. Реабилитация детей с ДЦП с использованием метода кинезиотейпирования. *Международный медицинский научный журнал*. 2015; 5(5): 65–70.
12. Кущенко О. Методологічні основи та складові програми відновлення активності та участі дітей з геміплегічною та диплегічною формами церебрального паралічу засобами ерготерапії та фізичної терапії. *Спортивна медицина і фізична реабілітація*. 2017; (2): 95–102.
13. Ильницкий А.Н. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии. *Геронтология*. 2013; 1(1): 408–12.
14. Ильницкий А.Н., Прошаев К.И. *Геронтологический журнал им. В.Ф. Кузнецова*. 2012; 4–5: 66–84.
15. Novak I. Occupational Therapy Home Programs for Cerebral Palsy: Double-Blind, Randomized, Controlled Trial. 2009. doi:10.1542/peds.2009-0288
16. Кущенко О.О. Формування побутової активності дітей 4–6 років з церебральним паралічем засобами ерготерапії : автореф. дис. канд. наук : 24.00.03. Київ, 2018.

**Парфило Г.В.**

*студент,*

*Національний університет фізичного виховання і спорту України*

## **ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦІВНИКІВ НА РОБОЧИХ МІСЦЯХ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ**

**Постановка проблеми.** Повернення до роботи після ампутації фаланг пальців верхньої кінцівки є важливим кроком в реабілітації, проте це не означає закінчення процесу реабілітації. Після повернення на робоче місце працівники можуть зазнавати труднощів, які ставлять під загрозу процес їх реабілітації.

Незважаючи на те, що було проведено дослідження факторів, пов'язаних з поверненням на робоче місце, мало уваги було приділено розумінню того, що сприяє успіху у поверненні до роботи.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Для дослідження проблем повернення до роботи використовувалися дані опитування індивідуальних телефонних інтерв'ю з людьми, які отримали виробничу травму, в результаті якої не могли повернутись відразу після травми до роботи. Повернення до роботи відбулось після довгострокової відсутності та після отримання професійної реабілітації. Вони висловлювали проблему у відсутність або отриманні не професійних послуг фахівців із супроводу людей з інвалідністю на робочому місці [1].

Підтримка фахівця потерпілому на робочому місці включала: гнучкий графік роботи (кількість годин) і перегляд обов'язків, ставлення роботодавця і активне сприяння поновленню на робочому місці, зв'язок між працівником з інвалідністю та колегами, і підтримку з боку лінійних керівників при відновленні професійних функцій і обов'язків працівника [2].

Описано і інші дані, що отримані спостереженням у програмі підтримки і працевлаштуванні. Люди з інвалідністю, які брали участь в програмі, повідомили про сприяння в підтримці відновлення на робочому місці, в тому числі: можливості працювати за скороченим графіком, мати підтримку на робочому місці, мати когось хто допоможе на початковому етапі краще взаємодіяти з людьми на роботі, з ким поговорити про стреси на роботі, мати можливість пройти професійне навчання (підвищення кваліфікації) [3].

**Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми.** Вдосконалення процесу реабілітації працівників на робочих місцях шляхом надання ерготерапевтичних послуг, організації ергономічного робочого місця та супроводу людей з інвалідністю на робочому місці.

**Мета статті.** Огляд науково-доказової літератури на тему: відновлення працівників на робочих місцях після ампутації фаланг пальців верхньої кінцівки; етапи повернення на робоче місце та надання ерготерапевтичних послуг.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Після отримання від медичних фахівців рекомендацій для роботи, особи з інвалідністю проходять професійну реабілітацію в мультидисциплінарній команді, до якої можуть входити: фізіотерапевт, ерготерапевт, психолог, консультант з працевлаштування (агентство працевлаштування), менеджер по роботі з клієнтами, роботодавець, безпосередній керівник [4; 5].

Право на отримання послуг професійної реабілітації (vocational rehabilitation – VR) в Сполучених Штатах Америки (США) (на прикладі штату Массачусетс) можуть мати особи з фізичним або розумовим порушенням, яке є серйозною перешкодою для працевлаштування. Мета

послуг з професійної реабілітації – повернути працівникові його середню тижневу заробітну плату, що була до травми [6].

У професійну реабілітацію входить розробка плану для працевлаштування: складання цілей, враховуючи інтереси, історію роботи, освіти, досвід роботи людини з інвалідністю. Спеціалісту надається допомога у проведенні оцінки спроможності самостійного виконання ним посадових обов'язків, проводиться оцінка робочого місця з точки зору ергономіки та надається подальша допомога на робочому місці з адаптації середовища.

Процес повернення до роботи поділяється на етапи:

– повернення – хто працює короткий час і поки ще не підтвердив очікування;

– обслуговування – хто працює тривалий період і показали хорошу роботу;

– просування – хто шукають альтернативну роботу.

Центром дослідження проблем людей з інвалідністю в штаті Массачусетс (США), у 2006 році було проведено дослідження виявлення факторів, що впливають на процес повернення до роботи людей з інвалідністю [7].

Під час обговорення умов роботи для людей з інвалідністю факторами переваг для працевлаштування були гнучкі умови праці: час роботи, обов'язки, перерви, темп, фізичні умови праці, особливості умов праці на робочому місці.

На всіх етапах професійної реабілітації для осіб з інвалідністю була важлива безпека виконання функціональних обов'язків, уникнення подальших травм, а також занепокоєння загострення симптомів (наприклад: при перенесенні вантажів вручну тощо).

На етапі «повернення» – важливість на роботі викликала підтримка колег, безпосереднього керівника. Бар'єром до роботи були: особливості умов працевлаштування (в тому числі оплата праці), важко було звернутись за допомогою по роботі до колег.

На етапі «обслуговування» – важливими факторами були: збіг інтересів, навички і продуктивна робота, задоволення від роботи.

На етапі «просування» – важливим біло підстроювання під сімейний графік фахівця. Не викликало інтересу пропозиції про скорочення робочого часу, навпаки в пріоритеті було: надання необхідних своєчасних перерв, збереження активного способу життя (продовжувати працювати на рівні із співробітниками).

Під час проведення професійної реабілітації працівнику з інвалідністю було надано ерготерапевтичні послуги [8]:

1. На перших двох етапах професійної реабілітації розвиваючим фактором було виконання вправ на розтяг та зміцнення м'язів. Вправи були мотивацією для просування по роботі, бажання бути кращим працівником.

2. Для фахівців з інвалідністю було важливо надання самостійного регулювання виробничих завдань під час робочої зміни: розбити день на виконання завдань, при втомі чергувати завдання з більш простим завданням, яке не викликає напругу окремих групи м'язів, можливість займатися чимось іншим, змінювати положення тіла. Гнучкість в перервах, коли це важливо, дотримання режиму виконання регулярних вправ.

3. Визначення спільно із керівником робіт індивідуальних норм виробітку на зміну, використання обідньої перерви для прогулянок.

4. Консультація колег про поточні фізичних і психічних можливостях спеціаліста з інвалідністю в колективі приводить до відповідного розподілу навантажень в колективі і на окремому робочому місці.

5. Підтримуючий та стимулюючий вплив до роботи був важливим на всіх етапах професійної реабілітації від колег, безпосереднього керівника і роботодавця.

6. У більшості випадків обладнання не було призначене для працівників з ампутацією фаланг пальців верхньої кінцівки. Ерготерапевтом було запропоновано заходи щодо застосування захисних засобів на обладнання, нанесення попереджувальних знаків, належне освітлення робочої зони за допомогою місцевого освітлення.

7. Організацію ергономічного робочого місця: розташування інструменту з боку неураженої кінцівки, механічне закріплення деталей (заготовок) для подальшого оброблювання, регулювання висоти слюсарних верстатів, підбір крісел для сидіння і положень тіла, використання ергономічного інструменту та приладдя.

8. Розглянуто заходи доступності робочого місця до обладнання, складування сировини та готової продукції, дотримання ширини проходів та виключення нерівної (пошкодженої) підлоги.

9. Використання спецодягу на блискавках (виключення гудзиків), спецвзуття на липучках.

10. В якості профілактики проведено навчання щодо безпечного підняття та перенесення вантажів вручну.

Участь людей з інвалідністю в плануванні на різних етапах реабілітації, з огляду на безпеку виконання завдань, інтеграція у навколишнє середовище на робочому місці грає важливу роль в продуктивності праці, продуктивності виконання виробничих завдань [9].

**Висновки і перспективи.** Надання професійної реабілітації разом з послугами ерготерапевта забезпечує працівнику економічну самостійність та підвищує якість життя, зберігає та підвищує працездатності та зміцнює здоров'я працівників з інвалідністю.

### Список використаних джерел:

1. Amanda E Young. Return to work following disabling occupational injury-facilitators of employment continuation. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2010;36(6):473-83. URL: <https://www.jstor.org/stable/41151519?seq=1> (дата звернення: 04.03.2021).
2. Murphy G.C., Young A.E. Employer-based facilitators to work following disabling injury. *Int J Disabil Manage.* 2006; 1(4): 125–34.
3. Salyers M.P., Becker D.R., Drake R.E., Torrey W.C., Wyzik P.F. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv.* 2004; 55(3): 302–8.
4. Vercillo A. Job retention success for individuals receiving vocational services after a work-related injury. Boston (MA) : Boston University, 2008.
5. Gobelet C., F Luthi F., Al-Khodairy A., Chamberlain M. Vocational rehabilitation: a multidisciplinary intervention. *Disability and Rehabilitation*, 2007; 29(17): 1405–10. doi: 10.1080/09638280701315060 (дата звернення: 04.03.2021).
6. Am I eligible for Vocational Rehabilitation? Massachusetts Rehabilitation Commission. URL: <https://www.mass.gov/service-details/am-i-eligible-for-vocational-rehabilitation> (дата звернення: 04.03.2021).
7. Amanda E Young. Return to work following disabling occupational injury – facilitators of employment continuation. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36(6): 473–483. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20414630> (дата звернення: 04.03.2021).
8. Ergonomic checkpoints: Practical and easy-to-implement solutions for improving safety, health and working conditions. Second edition. International Labour Office, Geneva; 2010. 336 p.
9. Durand M.J., Vezina N., Baril R., Loisel P., Richard M.C., Ngomo S. Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: a qualitative analysis. *J Occup Rehabil.* 2009; 19(2): 194–202.

**Радченко М.В.**

*студент,*

*Харківський національний медичний університет*

## **СУЧАСНИЙ МЕТОД ЕНТЕРОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА**

За останні десятиліття в Україні, як і в усьому світі, відзначається тенденція до збільшення чисельності хворих з запальними захворюваннями кишківника. Своєчасна діагностика захворювань тонкої та товстої кишки є актуальним завданням, яка вимагає застосування різних методик, що дозволяють провести огляд внутрішньої поверхні органу і виявити захворювання на ранній стадії. Колоноскопія є «золотим