

УДК 616-036.86:614.253.2-055:378.147

Науменко Л.Ю., Борисова І.С., Березовський В.М.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ЗНАТЬ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ З ПИТАНЬ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Станом на початок 2016 року кількість осіб з інвалідністю в Україні становить 5,8% від населення країни. Основна задача держави по відношенню до людини з обмеженими можливостями – надати можливість повного або часткового відновлення здібностей до побутової, суспільної та професійної діяльності. Відповідно сучасним вимогам медико-санітарної допомоги населенню серед першочергових завдань і обов'язків лікаря загальної практики-сімейного лікаря щодо надання кваліфікованої медичної допомоги хворим, містяться завдання: проводити експертизу тимчасової непрацездатності хворих, за наявності показань направляти їх на лікарську консультативну комісію (ЛКК); брати участь у роботі ЛКК та медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) під час розглядання питань, що стосуються хворих, яких він обслуговує; оформлення документів для представлення на розгляд МСЕК та проводити роботу з питань медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів, в тому числі питань професійної реабілітації. Лікар сімейної медицини приймає безпосередню участь і у вирішенні питань реабілітації інвалідів. Професійна реабілітація при цьому стає найважливішою умовою для створення соціальної адаптації інвалідів, досягнення їми матеріальної незалежності та інтеграції у суспільство. В статті на основі аналізу власних даних щодо потреби інвалідів в професійній реабілітації та на основі детального аналізу ряду нових державних нормативних документів для лікарів загальної практики-сімейних лікарів викладені відомості щодо проблем професійної реабілітації людей з обмеженими можливостями. Викладені в статті відомості сприятимуть вдосконаленню знань лікарів в рамках звітності та моніторингу виконання ІПР інваліда та їх інтеграції в суспільство.

Ключові слова: сімейний лікар, інвалідність, реабілітація.

Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи «Розробка клініко-експертних підходів до оцінки обмеження життєдіяльності хворих та інвалідів з ревматичними ураженнями суглобів, внутрішніх органів та визначення реабілітаційного потенціалу на різних стадіях захворювань». № державної реєстрації 0105U007832, шифр ІН.05.06.

Вступ

Україна в 2009 році ратифікувала Конвенцію ООН по правам інвалідів, а Факультативний протокол вступив в силу в 2010 році [5]. Станом на початок 2016 року кількість осіб з інвалідністю в Україні становить 5,8% від населення країни [4].

Основна задача держави по відношенню до людини з обмеженими можливостями – надати можливість повного або часткового відновлення здібностей до побутової, суспільної та професійної діяльності. Відповідно сучасним вимогам медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної практики-сімейної медицини, сімейний лікар – це лікар широкого профілю, «лікар-універсал», що вирішує цілий комплекс проблем, пов'язаних із здоров'ям пацієнтів [5, 9]. Серед першочергових завдань і обов'язків лікаря загальної практики-сімейного лікаря щодо надання кваліфікованої медичної допомоги хворим, містяться завдання: проводити експертизу тимчасової непрацездатності хворих, за наявності показань направляти їх на лікарську консультативну комісію (ЛКК); брати участь у роботі ЛКК та медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) під час розглядання питань, що стосуються хворих, яких він обслуговує; проводити роботу по профілактиці захворювань та настанню інвалідності; проводити відбір хворих та на санаторно-курортне лікування; оформлення документів для представлення на розгляд МСЕК та проводити роботу з питань медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів, в тому числі питань профе-

сійної реабілітації [2,9]. Лікар сімейної медицини, акумулюючи практично всі види медичної допомоги: діагностичну, лікувальну, реабілітаційну, санітарно-просвітницьку, консультативну та організаційну [3,9], приймає безпосередню участь і у вирішенні питань реабілітації інвалідів. Професійна реабілітація при цьому стає найважливішою умовою для створення соціальної адаптації інвалідів, досягнення їми матеріальної незалежності та інтеграції у суспільство неможливо. Законом України "Про реабілітацію інвалідів в Україні" визначено, що професійна реабілітація - це система заходів, спрямованих на підготовку людини до професійної діяльності, відновлення або отримання професійної працездатності шляхом адаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням [12,13]. В комплексній системі реабілітації інвалідів «професійна реабілітація» - один з найважливіших засобів інтеграції в суспільство людей з обмеженими фізичними можливостями. Державна система заходів професійної реабілітації включає: оцінку виду та ступеню обмеження життєдіяльності; професійну орієнтацію (оцінку здібності до навчання); професійну освіту та працевлаштування [12,13]. При цьому, в реалізації практично всіх компонентів програми професійної реабілітації (ІПР) приймають участь лікарі сімейної медицини.

Мета роботи

На прикладі аналізу потреб інвалідів в професійній реабілітації ознайомити лікарів загаль-

ної практики-сімейної медицини з особливостями складання трудових рекомендацій хворим та інвалідам при складанні індивідуальної програми реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Проведено анкетування 869 осіб, що були оглянуті в 2015 році комісіями МСЕ Дніпропетровської області та аналіз наданих сімейними лікарями трудових рекомендацій для ІПР інваліда.

Результати досліджень та їх обговорення

Основним інструментом реалізації реабілітаційних заходів є індивідуальна програма реабілітації інваліда (ІПР) [6,7,11]. Нажаль, не завжди лікарями сімейної медицини рекомендації щодо реабілітації хворих та інвалідів надаються в повному обсязі, особливо з питань професійної реабілітації. За даними державної статистики, в 2012 році ІПР були складені для 173931 осіб, яких вперше визнано інвалідами, з них 19795 – для осіб I групи, 66092 – для осіб II групи, 88144 – для осіб III групи; для повторно визнаних інвалідами ІПР були складені для 411441 інвалідів [2,5]. При цьому, рекомендації з медичної реабілітації надані 90% інвалідам (480 тисяч), а з питань працевлаштування лише 46,9% інвалідам, з питань професійної освіти – 4,7% інвалідам відповідно [1].

Дослідження потреб інвалідів у різних видах реабілітації на пострадянському просторі засвідчує, що 62,6 % осіб з інвалідністю потребують тих чи інших заходів з професійної реабілітації. Ця потреба є особливо високою у інвалідів молодого та середнього віку - 82,8% и 78,7% відповідно [14].

Власні дослідження виявили високу потребу в професійній реабілітації осіб з інвалідністю. В групі оглянутих в 2015 році лікарями МСЕ Дніпропетровської області інвалідів з причиною «загальне захворювання» така частка склала 46,7%. При цьому, раціональне працевлаштування для інвалідів цієї групи вважали найважливішим питанням для своєї соціалізації. Особи з причиною інвалідності «з дитинства» найбільш потребували реалізації свого права на отримання професійної освіти, що становило 88,1%. Нагальним для них було і питання працевлаштування в спеціально створених умовах. Частка таких обстежених становила 90,2%.

Нажаль, недосконалість складання ІПР, недостатні рекомендації щодо медичної та/або професійної реабілітації призводять до неповноцінної адаптації інвалідів, що обумовлює негативні соціально-економічні наслідки для суспільства.

При формуванні професійної частини ІПР сімейні лікарі повинні взаємодіяти з центрами зайнятості населення, центрами профорієнтації молоді, центрами професійної реабілітації інвалідів, відділами освіти, управліннями соціально-

го захисту населення, лікувально-профілактичними закладами. Це необхідно для: розробки при необхідності програм додаткового обстеження; використання інформації про поточний стан ринку праці; отримання і використання інформації про вакантні робочі місця; отримання і використання інформації про можливості навчання і перенавчання інвалідів.

Трудова рекомендація, що повинна бути надана сімейним лікарем інваліду, повинна відповідати наступним вимогам. Зміст рекомендації повинний відповідати стану працездатності інваліда у зв'язку із ступенем обмежень у трудовій діяльності [8, 13]. Трудова рекомендація повинна включати докладний опис всіх чинників та елементів майбутньої трудової діяльності інваліда. А саме, враховувати протипоказані за станом здоров'я інваліда чинники професійної діяльності або протипоказання до виконання роботи з колишньої професії загалом; показані інваліду умови праці (важкість і напруженість, режим праці та відпочинку, форму організації праці, санітарно-гігієнічні чинники); в разі можливого продовження інвалідом роботи за своєю професією із зменшенням обсягу роботи — необхідні обмеження щодо виконання окремих посадових і функціональних обов'язків, планових завдань, норм вироблення. В окремих випадках необхідно враховувати особливі вимоги до охорони праці і техніки безпеки (до роботи на висоті, біля механізмів, що рухаються, з енергоустановками та ін.). Сімейний лікар при формуванні трудової рекомендації повинен знати перелік рекомендованих професій і видів праці для інвалідів відповідно його стану здоров'я. При цьому, конкретність трудової рекомендації передбачає чітку кількісну і якісну регламентацію протипоказаних та показаних чинників професійної діяльності, відповідно до тарифно-кваліфікаційних вимог щодо професій і спеціальностей, класифікації важкості, напруженості, шкідливості та небезпечності праці, санітарними нормами і правилами та ін. Зазначені у трудовій рекомендації протипоказання та обмеження в роботі повинні відповідати характеру і тяжкості патологічного процесу, ступеню порушення функцій, а також санітарно-гігієнічній характеристиці професії інваліда або інших прикладів професій, що йому рекомендують.

При підборі можливих професій для людини з інвалідністю, сімейний лікар слід повинен дотримуватися таких вимог: професії повинні бути нешкідливими і безпечними для інваліда, за можливістю сприяти відновленню або компенсації порушених функцій; інвалід має бути придатний до роботи у професіях, що рекомендуються йому, якісно, ефективно та у повному обсязі виконувати посадові та функціональні обов'язки, бути конкурентоздатним у даних професіях на ринку праці; професії повинні відповідати схильностям і бажанням інваліда навчатися і в них працювати; професії, що рекомендуються, повинні

як найбільш повно відповідати рівню загальноосвітньої та професійної підготовки інваліда, його професійному досвіду і знанням, робочому стереотипу, що сформувався, бути перспективними для кваліфікаційного зростання; у професіях, що рекомендуються, мають бути реальні можливості для працевлаштування інваліда. Потім, за результатами професійного підбору інваліду потрібно визначати показані та протипоказані умови праці у відповідності до "Гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу" [10]. Для працевлаштування інвалідів показані наступні умови виробничого процесу:

1. Оптимальні і допустимі санітарно-гігієнічні умови виробничого середовища (1-й і 2-й класи) за фізичними (шум, вібрація, інфразвук, ультразвук, електромагнітні випромінювання, мікроклімат), хімічними (шкідливі речовини, аерозолі переважно фіброгенної дії) та біологічними (мікроорганізми, включаючи патогенні, білкові препарати) чинниками.

2. Робота з незначним (1-й клас) чи помірним (2-й клас) фізичним динамічним і статичним навантаженням; в окремих випадках - з вираженим фізичним навантаженням (3.1. клас).

3. Робота переважно у вільній позі, сидячи, з можливістю зміни положення тіла; в окремих випадках стоячи або з можливістю ходьби;

4. Робоче місце, що відповідає ергономічним вимогам.

5. Робота переважно не пов'язана зі значними переміщеннями (переходами).

6. Робота переважно в одну (денну) зміну.

7. Робота, що характеризується незначним (1-й клас), помірним (2-й клас), в окремих випадках - вираженим (3.1 клас) інтелектуальним, сенсорно-емоційним навантаженням, без ризику для життя та відповідальності за безпеку інших людей.

8. Робота без вираженої монотонності праці [10].

Загальними умовами праці, які протипоказані для працевлаштування інвалідів, є: шкідливі і небезпечні умови праці; умови і характер праці, при яких внаслідок порушення санітарних норм і правил можливий вплив небезпечних і шкідливих факторів виробничого середовища в значеннях, що перевищують гігієнічні нормативи, а також такі психофізіологічні фактори трудової діяльності, що викликають функціональні зміни в організмі, які можуть призвести до стійкого зниження працездатності або порушення здоров'я працюючих [13]. Таким чином, для працевлаштування інвалідів протипоказані:

1. Шкідливі і небезпечні умови праці - 3-й клас (див.). У окремих випадках допускається використання праці інвалідів в умовах, що відносяться до 3.1 класу умов праці.

2. Вплив підвищених рівнів шуму, вібрації, електромагнітних полів, несприятливого мікро-

лімату та інших шкідливих і небезпечних фізичних чинників, токсичних речовин.

3. Значні постійні фізичні динамічні і статичні навантаження з підіймання, переміщення і утримання вантажів. У окремих випадках допускається значне фізичне динамічне і статичне навантаження (3.1 клас умов праці).

4. Робота переважно у вимушених позах, переважно стоячи, без зміни робочого положення тіла; тривала ходьба.

5. Регламентований (заданий) темп і ритм роботи.

6. Виражена монотонність праці.

7. Значно виражені інтелектуальні та емоційні навантаження, в окремих випадках допускається значно виражене нервово-психічне навантаження (3.1 клас умов праці).

2. Робота в екстремальних умовах, на висоті, з підвищеним ризиком для життя.

Важливим аспектом визначення можливості надання правильних трудових рекомендацій інвалідам є розуміння терміну «робоче місце інваліда» та вимог до його облаштування. Робоче місце інваліда - це окреме робоче місце або ділянка виробничої площі на підприємстві (об'єднанні), в установі та організації (підприємстві) незалежно від форм власності та господарювання, де створено необхідні умови для праці інваліда. Робочим місцем інваліда може бути:

- звичайне робоче місце, якщо за умовами праці та з урахуванням фізичних можливостей інваліда воно може бути використано для його працевлаштування;

- спеціалізоване робоче місце інваліда - робоче місце, обладнане спеціальним технічним оснащенням, пристосуваннями і пристроями для праці інваліда залежно від анатомічних дефектів чи нозологічних форм захворювання та з урахуванням рекомендації медико-соціальної експертної комісії (МСЕК), професійних навичок і знань інваліда [13]. Це робоче місце може бути створено як на виробництві, так і вдома.

Робоче місце інваліда вважається створеним, якщо воно відповідає встановленим вимогам робочого місця для інвалідів відповідної нозології, атестоване спеціальною комісією підприємства за участю представників МСЕК, органів Держнаглядохоронпраці, громадських організацій інвалідів, і введено в дію шляхом працевлаштування на ньому інваліда. Ергономічне проектування індивідуальних робочих місць інвалідів включає розробку прийомів праці з урахуванням особливостей інвалідизуючої патології, визначення положення інваліда в робочій зоні і розрахунок її параметрів з урахуванням біомеханічних можливостей інваліда і використання ним спеціалізованого і пристосувань, а також випробування і освоєння прийомів праці безпосередньо на робочому місці. Залежно від виконуваної операції, ваги оброблюваного предмета і класу необхідних рухів, можливі такі основні положення інваліда у процесі роботи: сидячи, стоячи і

змінно (сидячи-стоячи), а також виконання низки операцій під час руху, на ходу.

Вибір пози, як правило, визначається характером технологічного процесу, обсягом і важкістю робочого навантаження. Вісь тіла працюючого повинна з максимальною вірогідністю співпадати з віссю робочої зони, а деталі, робочі вузли механізмів, інструменти та відвальні обсяги мають знаходитися в зоні оптимальної або легкої досяжності. Пози "сидячи" застосовується на роботах, що вимагають великої точності, підвищеної уваги, роботі двома руками в невисокому темпі при невеликому розмаху рухів і робочому зусиллі до 5 кг. При великих зусиллях необхідно застосовувати упори для спини при рухах "від себе" і упори для ніг при рухах "на себе", поворотних і обертальних в обох площинах з чергуванням навантаження на різні групи м'язів. Особливу увагу слід звернути на конструкцію робочого сидіння, що забезпечує правильне регулювання опор для спини, рук, ніг щодо зросту інваліда і особливостей патології опорно-рухового апарату. Нижні кінцівки в цій позі повинні розташовуватися у вільному просторі з обсягом не менше 680x530x450 мм.

В позі "стоячи" можлива більша кількість рухів із зусиллями, що перевищують 10 кг. Звичайно, що у такій позі робота здійснюється з нахилом тулуба до 10-15 град., що для більшості інвалідів, як правило, неприйнятно. Крім того, ця поза є утомливою, оскільки при ній прикладаються додаткові зусилля на підтримку вертикального положення, тому необхідне оснащення такого робочого місця сидінням із спинкою для періодичного відпочинку.

Організація і вимоги до робочого місця інваліда визначаються також і специфікою професії. Професії робітників і службовців, оволодіння якими дає інвалідам найбільшу можливість бути конкурентоздатними на регіональних ринках праці, можуть бути розділені на ряд категорій: кваліфіковані для фахівців з вищою освітою; операторські і виконавські для персоналу з середньою професійною освітою; кваліфіковані робочі професії, що припускають початкову професійну освіту; малокваліфіковані робочі професії, що припускають навчання на робочих місцях; професії молодшого обслуговуючого персоналу в промисловості і комунально-побутовій сфері.

Вимоги до обсягу та планування робочого місця інваліда такі: кубатура виробничих приміщень на одного працюючого інваліда повинна становити не менше 15 м³, площа приміщення - не менше 4,5 м², висота - не менше 3,2 м. Вільна площа кожного постійного і непостійного робочого місця повинна бути не менше, ніж 1,0x1,6 м без урахування площі проходів, проїздів та проміжних місць складування матеріалів. Архітектурно-планувальні рішення приміщень повинні включати можливість накопичення пилу, що осів.

Висновки

Сьогодні, в умовах всесвітньої економічної кризи, гостро стоїть питання отримання професійної реабілітації осіб з інвалідністю з метою найбільш повної компенсації обмежень життєдіяльності для інтеграції у суспільство. Недосконалість рекомендацій щодо професійної реабілітації людей з інвалідністю може призводити до неповноцінної адаптації інвалідів і ставати підґрунтям негативних соціально-економічних наслідків для суспільства. Аналіз планів реабілітаційних заходів, наданих сімейними лікарями трудових рекомендацій 869 осіб, що були оглянуті в 2015 році комісіями МСЕ Дніпропетровської області, виявив високу потребу в професійній реабілітації. Викладені в статті відомості сприятимуть вдосконаленню знань сімейних лікарів з питань професійної реабілітації людей з обмеженими можливостями та якісно розв'язувати проблеми реабілітації та інтеграції в суспільство інвалідів.

Перспективність подальших досліджень обумовлює актуальність вивчення проблеми професійної реабілітації людей з інвалідністю для забезпечення конкурентоспроможності інвалідів на ринку праці.

Література

1. Национальный доклад о принятых мерах, направленных на осуществление Украиной обязательств в рамках Конвенции о правах инвалидов. – К., 2014. – 15с.
2. Основи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів. Ч. I / [Л.Ю. Науменко, В.В. Чемирисов та ін.]. – Дніпропетровськ, 2013. – 327 с.
3. Основи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів. Ч. II / [Л.Ю. Науменко, В.В. Чемирисов та ін.]. – Дніпропетровськ, 2013. – 318 с.
4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних комісій України за 2015 рік : аналітико-інформаційний довідник / [А.В. Іпатов, В.А. Голік та ін.]. / За ред. С.І. Черняка. – Дніпропетровськ : Роял-Принт, 2016. – 162 с.
5. Поживілова О.В. Запроваджено нову спеціальність 14.01.38 - загальна практика-сімейна медицина. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.confcontact.com/20101224/5_pozhivila.php.
6. Постанова Кабінету Міністрів України № 757 від 23.05.2007р. Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда.
7. Постанова Кабінету Міністрів України №1686 від 08.12.2006р. Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів.
8. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.05.07 № 716 Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року.
9. Постановление Кабинета Министров Украины от 20.06.2000 г. № 989 "О комплексных мероприятиях по внедрению семейной медицины в систему здравоохранения".
10. Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу»: наказ МОЗ України № 248 від 08.04.2014, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 6 травня 2014 р. за № 472/25249.
11. Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання : наказ МОЗ України № 623 від 08.10.2007 р.
12. Про реабілітацію інвалідів в Україні : закон України № 2961 від 06.10.2005 // Урядовий кур'єр («Орієнтир»). – 2005, 02.11. - № 213.
13. Професійна реабілітація інвалідів / [А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчек, В.В. Коваленко та ін.]; за ред. В.В. Маруніча. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. - 227 с.
14. Реабілітація та зайнятість інвалідів (аналітичні матеріали) / Міністерство соціальної політики України. – Режим доступу www.mlsp.gov.ua.

Реферат

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ - СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ ПО ВОПРОСАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Науменко Л.Ю., Борисова И.С., Березовский В. М.

Ключевые слова: семейный врач, инвалидность, реабилитация.

По состоянию на начало 2016г. количество лиц с инвалидностью в Украине составляет 5,8% от населения страны. Основная задача государства по отношению к человеку с ограниченными возможностями – предоставить возможность полного или частичного восстановления способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Согласно современным требованиям медико-санитарной помощи населению, среди первоочередных задач и обязанностей врача общей практики - семейного врача - по оказанию квалифицированной медицинской помощи больным содержатся задачи: проводить экспертизу временной нетрудоспособности больных, при наличии показаний направлять их на врачебную консультативную комиссию (ВКК); участвовать в работе ВКК и медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК) при рассмотрении вопросов, касающихся больных, которых он обслуживает; оформление документов для представления на рассмотрение МСЭК и проводить работу по вопросам медико-социальной реабилитации больных и инвалидов, в том числе по профессиональной реабилитации. Врач семейной медицины принимает непосредственное участие и в решении вопросов реабилитации инвалидов. Профессиональная реабилитация при этом становится важнейшим условием для создания социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и интеграции в общество. В статье на основе анализа собственных данных, о необходимости инвалидов в профессиональной реабилитации, и на основе детального анализа ряда новых государственных нормативных документов, для врачей общей практики семейных врачей изложены сведения по проблемам профессиональной реабилитации людей с ограниченными возможностями. Изложенные в статье сведения будут способствовать совершенствованию знаний врачей в рамках отчетности и мониторинга выполнения ИПР инвалида и их интеграции в общество.

Summary

IMPROVING KNOWLEDGE OF GENERAL PRACTITIONER ON VOCATIONAL REHABILITATION OF DISABLED PERSONS

Naumenko L., Borisova I., Berezovskiy V.

Key words: family doctor, invalidity, rehabilitation.

At the beginning of 2016 the number of persons with disabilities in Ukraine makes up 5.8% of the population. The main task of the Ukrainian state in relation to disabled persons is to restore full or partial capabilities to domestic, social and professional activities. According to the current requirements of health care, the priorities and responsibilities of general practitioners include the following: to examine and to consult temporary disable patients, and in cases of evidence to send them to a medical advisory committee; to draw up documents for presentation to the medical-social expert commissions and to work on medical and social rehabilitation of disabled persons including the professional rehabilitation. Family physicians are directly involved in matters of medical and social rehabilitation of the disabled persons. Vocational rehabilitation, thus, is essential for their social adaptation and contributes considerably to their reaching financial independence and integration into social life. The article is based on an analysis of our own data analysing the needs of disabled persons in vocational rehabilitation, and also based on a detailed analysis of a number of new state regulations for general practitioners and family physicians on issues of vocational rehabilitation. The findings and conclusions presented in the article may be useful in extending GP knowledge on reporting documentation and monitoring the implementation of individual rehabilitation programs for disabled individuals and their integration into society.

УДК 378.147+371.315+616.314

Петруніє В.Б.

ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИКИ НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Івано-Франківський національний медичний університет

У статті представлена суть впровадження "case-study" методу як сучасної інтерактивної методики навчання для викладання розділу дитячої терапевтичної стоматології «Захворювання твердих тканин зуба у дітей та підлітків». Дана методика дозволяє покращити рівень підготовки студентів до практичних та семінарських занять, підвищує мотивацію до самостійної роботи у позаурочний час, розвиває комунікативні навички студентів.

Ключові слова: вища освіта, педагогіка, інтерактивні методики, case-study метод, дитяча стоматологія.