

# Конспект лекцій з дисципліни «Охорона праці в галузі»

доцента Шмирко В.І.

для спеціальності:

016 – «Спеціальна освіта», 227 «Фізична терапія, ерготерапія»,  
освітня програма (спеціалізація): «Фізична реабілітація», «Корекційна освіта»

## Лекція 1 (2 години) - Основні законодавчі та нормативно-правові акти з охорони праці в галузі. Система управління охороною праці (СУОП).

*Одним із міжнародних прав людини є право на працю і не просто на працю, а на безпечну працю. На перше місце завжди ставиться право на життя як найважливіше право, без забезпечення якого стає безглуздою постановка питання про дотримання решти прав і свобод. Проте дотримання лише одного права на життя є недостатнім для повноцінного існування та розвитку особистості в суспільстві. Для цього потрібні повага та забезпечення інших прав і свобод.*

Головною організацією, яка опікується захистом працюючих є міжнародна організація праці МОП, створена у 1946 році. МОП розробляє міжнародні трудові норми у формі конвенцій і рекомендацій, що встановлюють мінімальні стандарти основних трудових прав: свободу асоціацій, право на організацію, ведення колективних переговорів, заборону примусової праці, гендерну рівність. Сьогодні членами МОП є 183 країни. Організація має чотири стратегічні задачі:

- просування і здійснення основних принципів і прав у сфері праці;
- збільшення можливостей для жінок і чоловіків в одержанні якісної зайнятості і прибутку;
- підвищення ефективності соціального захисту працюючих;
- зміцнення трипартизму і соціального діалогу. Трипартизм - це трьохстороннє представництво (**Держава, роботодавець, робітник**) в процесі регулювання соціально-трудоких відносин.

Впродовж діяльності МОП ухвалила 189 конвенцій і 202 рекомендацій. Щорічно МОП витрачає близько **130 млн. дол.** для запровадження в країнах-членах МОП окремих проектів технічної допомоги.

*Основними формами діяльності МОП є розробка стандартів, дослідження, збір та розповсюдження інформації, технічне сприяння. При активному співробітництві з країнами-членами ці заходи роблять більш успішною боротьбу за досягнення соціальної справедливості та миру у всьому світі.*

*За свою діяльність МОП отримала у 1969 р. Нобелівську Премію Миру.*

*Особливе місце серед Конвенцій МОП займає Конвенція N155 "Про безпеку і гігієну праці та виробничу санітарію. У документі закладено міжнародно-правову основу національної політики щодо створення всебічної та послідовної системи профілактики нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань. Конвенція передбачає розробку кожною державою національної політики в галузі техніки безпеки та гігієни праці із зазначенням відповідних функцій та відповідальності державних органів, роботодавців і працівників. Рекомендація охоплює технічні аспекти такої політики.*

*У МОП діє система **контролю** за застосуванням конвенцій і рекомендацій, тому кожна держава зобов'язана подавати доповіді про застосування на своїй території **ратифікованих** нею конвенцій.*

*Україна активно використовує експертизу МОП у галузі вдосконалення трудового законодавства та опрацювання нових законодавчих актів.*

Згідно діючих **конвенцій МОП**, при регулюванні трудових відносин **соціальне страхування** повинно стати обов'язковим і являти собою **систему прав і гарантій**, що спрямовані на матеріальну підтримку громадян, насамперед працюючих, і членів їх сімей у разі втрати ними з незалежних від них обставин (захворювання, нещасний випадок, безробіття, досягнення пенсійного віку тощо) заробітку, а також здійснення заходів, пов'язаних з охороною здоров'я застрахованих осіб. Соціальне страхування є важливим фактором соціального захисту населення.

*У 1946 році на Міжнародній конференції з охорони здоров'я в Нью-Йорку була створена **Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)**. Її статут набув чинності 7 квітня 1948 року (цей день відзначають як Всесвітній день здоров'я). У ВООЗ входять 190*

держав-членів. Метою ВООЗ є “досягнення всіма народами вищого рівня здоров'я”. Основні напрямки її діяльності: боротьба з інфекційними хворобами; розробка карантинних і санітарних правил; вирішення проблем соціального характеру. ВООЗ надає допомогу в налагоджуванні системи охорони здоров'я та підготовки кадрів, у боротьбі з хворобами.

## **МІЖНАРОДНІ ПРАВОВІ ДОКУМЕНТИ В ГАЛУЗІ ОП**

Важливе місце у нормативно-правовому полі з охорони праці займають міжнародні договори та угоди, до яких приєдналася і Україна ЇХ переважну більшість можна поділити на чотири групи:

1. Конвенції та Рекомендації Міжнародної організації праці.
2. Директиви Європейського Союзу.
3. Договори та угоди, підписані в рамках Співдружності Незалежних Держав.
4. Двосторонні договори та угоди.

Рекомендації та Директиви, що приймаються в рамках Європейського Союзу і є законом для всіх його країн, завжди відповідають конвенціям МОП.

**Стандарт OHSAS 18001:2007.** Це міжнародний стандарт системи менеджменту професійної безпеки і здоров'я. Засновано на принципах: **планування, виконання, перевірки і прийняття необхідних заходів.** Стандарт застосовується при організації будь якого підприємства чи організації. Керівництво несе відповідальність за ОП і повинно забезпечити функціонування СУОП. При створенні СУОП необхідно:

1. визначити **перелік нормативно-правових актів**, що поширюються на організацію.
2. **проаналізувати ризики**, що впливають на безпеку працюючих.
3. визначити **пріоритети** при організації безпеки та розробити програму запобігання травматизму.
4. передбачити **контроль** або внутрішній аудит з ОП.

**Стандарт SA 8000**, в якому визначені вимоги до **роботодавців** у сфері соціальної відповідальності. Мета стандарту – сприяти постійному поліпшенню умов наймання і здійснення трудової діяльності, виконання етичних норм цивілізованого суспільства. ( У світі, вже давно прийнято, що

підприємства, на яких приділяється значна увага персоналу, створенню необхідних і комфортних умов для роботи, є надійними партнерами у взаємовідносинах. Використання етичних підходів до своїх співробітників, зокрема створення сприятливої атмосфери в колективі, є критерієм високого рівня менеджменту. Даний стандарт спрямований на забезпечення привабливості умов наймання для співробітників, поліпшення умов їхньої праці і життєвого рівня. Компанії, у яких менеджмент здійснюється відповідно зазначеного стандарту, мають конкурентні переваги, які полягають у високій мотивації персоналу, що у свою чергу, дозволяє ефективно застосовувати сучасні системи менеджменту для досягнення намічених цілей, забезпечуючи, при цьому постійну рентабельність. Крім того, стандарт містить вимоги до використання дитячої праці, тривалості робочого часу (загальна **тривалість** робочого **тижня** не повинна перевищувати **48 годин** на регулярній основі, персонал повинен мати як **мінімум один вихідний день на кожні сім днів**, **понаднормовані роботи не повинні перевищувати 12 годин на тиждень** і застосовувати тільки у виключних випадках), питань оплати праці, компенсацій, застосування дисциплінарних заходів, а також неприйняття будь-якого виду дискримінації.

**Стандарт ISO 26000 «НАСТАНОВА ПО СОЦІАЛЬНІЙ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ»** – це добровільна настанова з соціальної відповідальності і не є документом, що передбачає сертифікацію. Згідно ISO 26000 компанія повинна включати такі компоненти, як захист прав людини, навколишнього природного середовища, безпеку праці, права споживачів, та розвиток місцевих общин, а також організаційне управління та **етику бізнесу**. Тобто у керівництві враховані усі принципи, які зазначені у Глобальній ініціативі ООН (документі, до якого приєдналося 6 тисяч компаній та організацій, серед яких 130 українських).

Використання цього міжнародного стандарту підтримує кожен організацію у прагненні стати більш соціально відповідальною, брати до уваги інтереси її членів, відповідати чинному законодавству та поважати міжнародні норми поведінки.

*Законодавство Євросоюзу* про охорону праці можна систематизувати наступним чином:

- загальні принципи профілактики та основи охорони праці (Директива Ради 89/391/ЄЕС «Про заходи щодо поліпшення безпеки і здоров'я працюючих»);

- вимоги охорони праці до робочого місця (Директива Ради 89/654/ЄЕС щодо робочого місця; Директива Ради 92/57/ЄЕС щодо тимчасових або пересувних будівельних майданчиків);

- вимоги охорони праці при використанні обладнання (Директива Ради 89/655/ЄЕС щодо використання працівниками засобів праці; Директива Ради 89/656/ЄЕС щодо використання засобів індивідуального захисту на робочому місці);

- вимоги охорони праці при роботі з хімічними, фізичними та біологічними речовинами (Директива Ради 90/394/ЄЕС щодо захисту працівників від ризиків, пов'язаних з впливом канцерогенних речовин на роботі);

- захист на робочому місці певних груп працівників (Директива Ради 92/85/ЄЕС щодо захисту на робочому місці вагітних працівниць, породіль і матерів-годувальниць; Директива Ради 94/33/ЄЕС щодо захисту молоді на роботі);

- положення про робочий час (Директива Ради 93/104/ЄЕС щодо певних аспектів організації робочого часу);

- вимоги до обладнання, машин, посудин під високим тиском і т.п. (Директива 98/37/ЄЕС «Про зближені законодавчих актів Держав – Членів ЄЕС по машинному обладнанню»);

- вимоги до ергономіки в країнах ЄС (Директива Ради 89/391/ЄЕС «Про заходи щодо поліпшення безпеки і здоров'я працюючих»).

## **ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ПРАЦІ ТА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ.**

Розглянемо стан травматизму за даними Державної служби України з питань охорони праці.

На підприємствах України в останні роки офіційно зареєстровано приблизно 11 млн. працюючих. На виробництві у 2014р постраждало 6318 осіб, 2015-4260, що менше на 33%. Із смертельним наслідком в 2014р - 548 випадків, в 2015 - 375 осіб, у **2017 році було 366 смертельних випадків, у 2018 на виробництві загинуло 409 осіб.**

По галузям:

вугільна промисловість: в 2014- всього-**2034**, (в т.ч.зі смерт. наслідком) - 99, в 2015-всього**752** в т.ч. зі смерт.19; (зменшення шахт на345 одиниць).

соц.-культ. сф.: в 14р. всього -**1137**, (т.ч.зі см) 92, в 2015- **898** т.ч.зі см.64;

транспорт: в 2014- всього **423**, (т.ч.зі см.) - 71, в 2015-**396** т.ч.зі см.54;

будівництво: в 2014-всього **263** (т.ч.зі см.) - 48, в 2015- **206** т.ч.зі см.35;

машинобудування: в 14р.- всього**507** (т.ч.зі см.) - 23, в 15р.-**311** т.ч.зі см.-21.

(в машинобудуванні офіційно працює приблизно 6 млн.).

**В 2016 році проведено 1530 спец. розслідувань, в яких потерпіло 1779 осіб, у тому числі 1171 зі смертельним наслідком (приблизно в три рази більше ніж в 15р.).**

Причини: високий ступінь зносу обладнання; високий рівень смертності під час виконання виробничих обов'язків, зниження якості професійної підготовки, скорочення чисельності кваліфікованих фахівців. **У 2018 р. першість по нещасним випадкам займають дорожньо-транспортні пригоди, далі — падіння, обрушування предметів, дія деталей, що рухаються, ураження електричним струмом, умисне вбивство та дія шкідливих речовин.**

*У 2018 році виявлено 25 тис. 179 працівників, допущених до роботи без належного оформлення трудових відносин, на роботодавців накладені штрафи на суму близько 1 млрд 700 грн.*

*Однак, найголовнішою проблемою в Україні є високий рівень смертності та низький приріст населення. За даними ЦРУ Україна займає друге місце в світі по рівню смертності. Перше-ЮАР-17,36 на 1000 осіб., Укр.-15,75 на 1000, третє-Лосото-15, 02на*

1000, Росія-десяте місце-13,97, максимальна тривалість життя у жителів Катару (1,54).

В зв'язку з цим питання соціального захисту населення є найбільш актуальним. **Правову основу, економічний механізм та організаційну структуру** загальнообов'язкового державного соціального страхування громадян від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які призвели до втрати працездатності або загибелі на виробництві (далі - страхування від нещасного випадку) визначає Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне Соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» від 14.01.1998 № 16/98-Вр, в який було внесено зміни в 2015р. та надано назву **«Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»**.

*Ряд законодавчих актів забезпечує в достатній мірі здоров'я та збереження життя працівника, накладає зобов'язання на роботодавців підтримувати належний рівень соціальної захищеності працівників.*

Передбачено обов'язкове державне страхування учнів, студентів, працюючих. Здійснюється чотири види страхування, а саме:

- на випадок безробіття (матеріальна допомога, створення нових робочих місць, облік усіх безробітних, їх перекваліфікація);

- у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням (виплати по лікарняному залежать від заробітної плати за останні пів року та страхового сажу *понад 8 років-100%*). *Передбачені виплати на лікування в реабілітаційних центрах, але з 2015р. призупинено фінансування усіх видів оздоровлення.*

- від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності. (Фонд соціального страхування *100%* компенсує витрати по лікарняному, а також усі витрати на лікування та реабілітацію по чекам. При стійкій втраті працездатності визначається і виплачується *% втраченої працездатності, але не більше 17 прожиткових мін.+ щомісячна пенсія. У випадку смерті*

**постраждалого сім'я отримує 100 прожиткових мін.+ 20 прожиткових мін на кожного утриманця).**

- пенсійне страхування (за віком, інвалідністю, втратою годувальника). *Пенсія залежить від страхового стажу та заробітної плати за останні 3 роки, для нарахування пенсії необхідно мати 35 років страхового стажу. (В ССРСР первые пенсии по возрасту были введены только в 1928г. В текстильной промышленности, в 1929-в горной, металлургии, ЖД. и водный транспорт. В 1956г. был принят закон об обязательной выплате пенсий.)*

- медичне - забезпечено тільки для робітників, що працюють в небезпечних та шкідливих умовах праці.

Система соціального страхування базується на принципах:

- солідарності (переросподіл коштів між працездатними, непрацюючими, здоровими і хворими, працюючими і безробітними).
- обов'язковість; рівноправність усіх застрахованих осіб;
- державні гарантії виплат із Фонду;
- економічної заінтересованості суб'єктів страхування в поліпшенні умов і безпеки праці;
- цільового використання коштів соціального страхування;
- контролю за формуванням і використанням коштів;
- диференціації **розміру виплати** допомоги залежно **від страхового стажу** (страховий стаж - період, протягом якого особа підлягала страхуванню у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та за який щомісяця **сплачено нею та роботодавцем** або нею страхові внески в сумі не меншій, ніж **мінімальний страховий внесок**).

Завданнями страхування від нещасного випадку є:

проведення профілактичних заходів, спрямованих на усунення шкідливих і небезпечних виробничих факторів, запобігання нещасним випадкам на виробництві, професійним захворюванням та іншим випадкам загрози здоров'ю застрахованих, викликаним умовами праці;

відновлення здоров'я та працездатності потерпілих на виробництві



від нещасних випадків або професійних захворювань;

відшкодування матеріальної та моральної шкоди.

Згідно закону про « Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» для суб'єктів страхування від нещасних випадків передбачені ряд обов'язків та зазначені права. *Застрахований зобов'язаний:*

- 1) знати та виконувати вимоги законодавчих та інших нормативно правових актів про охорону праці, що стосуються застрахованого, а також додержуватися зобов'язань щодо охорони праці, передбачених колективним та трудовим договором, правилами внутрішнього трудового розпорядку підприємства;
- 2) у разі настання нещасного випадку або професійного захворювання:
  - а) лікуватися в лікувально-профілактичних закладах або у медичних працівників, з якими Фонд соціального страхування від нещасних випадків уклав угоди на медичне обслуговування;
  - б) додержувати правил поведінки та режиму лікування, визначених лікарями, які його лікують;
  - в) не ухилятися від професійної реабілітації та виконання вказівок, спрямованих на якнайшвидше повернення його до трудової діяльності;
  - г) своєчасно повідомляти робочий орган Фонду про обставини, що призводять до зміни розміру матеріального забезпечення, складу соціальних послуг та порядку їх надання (зміни стану непрацездатності, складу сім'ї, звільнення з роботи, працевлаштування, виїзд за межі держави).

*Застрахований має право:*

- 1) брати участь на виборній основі в управлінні страхуванням від нещасних випадків;
- 2) бути повноважним представником застрахованих працівників і вимагати від Фонду виконання своїх обов'язків щодо соціального захисту потерпілих;
- 3) брати участь у розслідуванні страхового випадку, у тому числі з

участю представника профспілкового органу або своєї довіреної особи;

4) у разі настання страхового випадку одержувати від Фонду **виплати та соціальні послуги**; на послуги **медичної** реабілітації; на послуги **професійної** реабілітації, включаючи **збереження робочого місця**, навчання або **перекваліфікацію**, якщо загальна тривалість професійної реабілітації не перевищує двох років;

5) на відшкодування витрат при медичній і професійній реабілітації на проїзд до місця лікування чи навчання і назад, витрати на житло та харчування, транспортування багажу, на проїзд особи, яка його супроводжує;

6) на послуги соціальної реабілітації, включаючи придбання автомобіля, протезів, допомогу у веденні домашнього господарства, що надаються відповідно до законодавства;

7) отримувати безоплатно роз'яснення з питань соціального страхування від нещасного випадку.

**Допомога по тимчасовій непрацездатності** виплачується застрахованим особам залежно від страхового стажу в таких розмірах: **50%** середньої заробітної плати (доходу) - застрахованим особам, які мають страховий стаж до **трьох років**; **60%** - застрахованим особам, які мають страховий стаж від **трьох до п'яти років**; **70%**- від **п'яти до восьми років**; **100%** с. заробітку - особам, які мають **страховий стаж** понад **вісім років**.

**Допомога по вагітності та пологах** застрахованій особі виплачується за весь період відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами, тривалість якої становить **70 календарних днів до пологів і 56** (у разі ускладнених пологів або народження двох чи більше дітей - **70**) календарних днів **після пологів** у розмірі **100 відсотків середньої заробітної плати**.

У разі **стійкої втрати професійної працездатності**, Фонд проводить **одноразову страхову виплату потерпілому**, розмір якої визначається відповідно до ступеня втрати професійної працездатності, виходячи з **17 розмірів прожиткового мінімуму для працездатних осіб**.

*Якщо ушкодження здоров'я настало не лише з вини роботодавця, а й внаслідок порушення потерпілим нормативних актів про охорону праці, розмір одноразової допомоги зменшується але не більш як на 50 відсотків.*

*У разі смерті потерпілого внаслідок нещасного випадку на виробництві виплачується одноразова допомога його сім'ї у сумі, що дорівнює 100 розмірам прожиткового мінімуму для працездатних осіб, та одноразова допомога кожній особі, яка перебувала на його утриманні, а також на його дитину, яка народилася протягом не більш як десятимісячного строку після смерті потерпілого, у сумі, що дорівнює 20 розмірам прожиткового мінімуму для працездатних осіб.*

З метою захисту працівника на виробництві в країні існує **Система управління охороною праці (СУОП).**

**Управління охороною праці** – це підготовка, прийняття та реалізація рішень щодо здійснення організаційних, технічних, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів, які спрямовані на збереження здоров'я та працездатності людини в процесі трудової діяльності.

**СУОП** - це сукупність органів управління виробництвом, які на основі нормативної документації проводять планомірну діяльність по забезпеченню здорових та високопродуктивних умов праці.

**Основні функції управління охороною праці:**

- організаційна (створення служби ОП, якісне проведення інструктажів; організація навчання, атестація роб. місць);
- контроль стану охорони праці (в основі контролю - об'єктивність, своєчасність, регулярність та ефективність. Контроль може бути технічним та соціальним, профспілковим та громадським.)
- облік, аналіз та оцінка показників стану умов і безпеки праці;
- планування і фінансування робіт з охорони праці;
- стимулювання (моральне та матеріальне, премія або штраф).

### ***Основні задачі управління охороною праці:***

- навчання робітників безпечним методам праці;
- забезпечення безпечності технічних процесів, виробничого обладнання, будівель, споруд;
- нормалізація санітарно-гігієнічних умов праці;
- забезпечення робітників засобами індивідуального захисту;
- забезпечення оптимальних режимів праці та відпочинку;
- організація лікувально-профілактичного обслуговування;
- профвідбір робітників окремої професії;
- удосконалення нормативної бази з питань охорони праці.

Існує **три центри** управління охороною праці: ***Державне управління, управління зі сторони власника або адміністрації підприємства та управління зі сторони робітників підприємства***

Держава створює:

- законодавчу базу з питань охорони праці;
- комплекс інспекцій, які створюють нагляд за виконанням нормативно-правових актів на виробництві;
- інфраструктуру технічного, інформаційного, наукового та фінансового забезпечення діяльності у сфері охорони праці

Державне управління здійснюють:

***Кабінет Міністрів України*** який забезпечує реалізацію державної політики в галузі охорони праці; координує діяльність міністерств в питаннях створення безпечних і здорових умов праці; встановлює єдину державну статистичну звітність з питань охорони праці;

***Державна служба України з питань праці (Держпраці)*** - спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з нагляду за охороною праці. Рішення, прийняті Державною службою праці є обов'язковими до виконання міністерствами, органами місцевих держадміністрацій, місцевого самоврядування, юридичними і фізичними

особами. Голова Держпраці за посадою є також Головним державним інспектором України з питань праці.

Основними завданнями Держпраці є:

1. Реалізація державної політики в сферах промислової безпеки, охорони праці, гігієни праці, поводження з вибуховими матеріалами, здійснення державного гірничого нагляду, а також нагляд і контроль за дотриманням законодавства про працю, зайнятість населення, загальнообов'язкового державного соціального страхування, нарахування і виплати допомог, компенсацій, надання соціальних послуг та інших видів матеріального забезпечення з метою дотримання прав і гарантій застрахованих осіб;

2. Здійснення комплексного управління охороною праці та промисловою безпекою на державному рівні;

3. Здійснення державного регулювання та контролю у сфері діяльності, яка пов'язана з об'єктами підвищеної небезпеки;

4. Організація і здійснення державного нагляду (контролю) у сфері функціонування ринку природного газу в частині підтримання належного технічного стану систем, вузлів і приладів обліку природного газу на об'єктах його видобутку і забезпечення безпечної та надійної експлуатації об'єктів Єдиної газотранспортної системи.

***Міністерств соц. політики та інші центральні органи виконавчої влади*** (розробляють за участю профспілок та реалізують галузеві програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища, організовують навчання і перевірку знань в галузі охорони праці, укладають з галузевими профспілками угоди з питань поліпшення умов і безпеки праці. Здійснюють відомчий контроль за станом охорони праці на підприємствах галузі).

***Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування*** Діють на регіональному рівні і затверджують цільові регіональні програми поліпшення стану безпеки, умов праці та виробничого середовища, а також заходи з охорони праці у складі програм соціально-економічного та

культурного розвитку регіонів; приймають рішення щодо створення комунальних аварійно-рятувальних служб для обслуговування відповідних територій та об'єктів комунальної власності. Виконавчі органи сільських, селищних, міських рад забезпечують належне утримання, ефективну і безпечну експлуатацію об'єктів житлово-комунального господарства, побутового, торговельного обслуговування, транспорту і зв'язку, що перебувають у комунальній власності відповідних територіальних об'єднань, дотримання вимог з охорони праці працівників, зайнятих на цих об'єктах).

Для координації діяльності органів державного управління охороною праці створена **Національна рада з питань безпечної життєдіяльності населення**, яку очолює прем'єр-міністр України.

## **2. Управління зі сторони власника або адміністрації підприємства**

Управління охороною праці на підприємстві здійснюють *роботодавець, служба охорони праці та керівники структурних підрозділів.*

– **власник (адміністрація)** підприємства створює в кожному структурному підрозділі і на робочому місці умови праці відповідно до вимог нормативно-правових актів, а також забезпечує дотримання прав працівників, гарантованих законодавством про охорону праці;

– **служба охорони праці** проводить оперативно-методичну роботу по виявленню порушень безпечних і здорових умов праці; видає керівникам структурних підрозділів обов'язкові до виконання приписи щодо усунення наявних недоліків; надсилають подання про притягнення до відповідальності порушників вимог ОП. *(Службу охорони праці створюють на підприємствах де працює більше 50 працівників. Якщо працює від 20 до 50 працівників, то функції служби охорони праці може виконувати за сумісництвом працівник підприємства, який має відповідну підготовку. Якщо менше 20 працівників – може залучатися на договірних засадах сторонній спеціаліст з охорони праці).*

– **керівники структурних підрозділів** забезпечують безпечні умови праці на кожному робочому місці; проводять постійний контроль за станом

засобів колективного та індивідуального захисту, станом виробничого середовища; вживають заходи щодо усунення виявлених недоліків тощо.

### **3. Управління зі сторони робітників підприємства**

Важливе значення у системі управління охороною праці мають громадські інституції: *профспілки, комісії та уповноважені від трудових колективів з питань охорони праці*, а також сам *робітник*, який повинен виконувати вимоги нормативно-правових актів з охорони праці, правила експлуатації обладнання, користуватися засобами індивідуального та колективного захисту, проходити необхідні медичні огляди тощо. Таким чином, тільки комплексне управління охороною праці зі сторони *держави, власника (адміністрації) підприємства та робітника* забезпечує підвищення *ефективності та безпечності* у даній галузі.

#### **Література:**

1. Про основи, що сприяють безпеці та гігієні праці [Електронний ресурс] : МОП 187. – Чинний від 2006-06-15. – Брюссель. : Міжнародна організація праці, 2006. – URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993\\_515](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_515). – (Конвенція ; Міжнародний документ)
2. Про впровадження заходів, що сприяють поліпшенню безпеки і гігієні праці працівників на виробництві : № 89/391/ЕЕС. – Чинний від 1989-06-12. – Люксембург. : Рада ЄС, 1989. – (Директива)
3. Международный стандарт SA 8000:2001 «Социальная ответственность»
4. Международный стандарт ISO 26000:2010 «Руководство по социальной ответственности»
5. ДСТУ ISO/CD 26000:2009 «Системи управління соціальною відповідальністю. Вимоги. Проект» (Національний стандарт України)
6. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування [Електронний ресурс] – Чинний від 1999-09-23. : станом на 25.07.2018 р. – К. : ВР України, 1999. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14>. – (Закон України)

#### **Контрольні питання**

1. Міжнародна організація праці. Головна мета та основні напрями діяльності.
2. ВООЗ. Мета її діяльності та основні напрями роботи.
3. Міжнародний стандарт ISO 26000.
4. Міжнародний стандарт SA 8000.
5. Що розуміють під системою управління охороною праці?
6. Що є основними структурними елементами системи управління охороною праці?
7. Які основні завдання і функції системи управління охороною праці.
8. На якому законі базується соціальне страхування в Україні?
9. Основні завдання та функції Фонду соціального страхування.
10. Який порядок страхових виплат від нещасного випадку на виробництві?
11. Коли створюється служба охорони праці. Її функції і задачі.

**Лекція №2 (2 години) Аналіз потенційних небезпек при виконанні функцій фізичної реабілітації та корекційної освіти фахівцями та їх вихованцями ”**

**для спеціальності: 016 – «Спеціальна освіта», 227 «Фізична терапія, ерготерапія»**

*Реабілітація – це комплекс лікувальних, психологічних, педагогічних, соціальних і трудових заходів, спрямованих на відновлення здоров'я й працездатності хворого.*

*Реабілітація – це складна соціально – медична проблема, що має кілька основних аспектів:*

- *відновлення здоров'я хворого за допомогою комплексного лікування;*
- *відновлення трудових, побутових навичок і елементів самообслуговування;*
- *соціальна реінтеграція, пов'язана з працевлаштуванням, матеріально – побутовим забезпеченням, поверненням у трудовий колектив;*
- *профілактика повторного погіршення самопочуття, запобігання ускладнень та інвалідності.*

*Ці основні завдання лікарів і реабілітологів вирішуються з перших днів травмування або захворювання за активної участі хворого, а також за наявності умов і технічних засобів і, як правило, в спеціалізованих медичних закладах.*

*Найбільш сприятливі умови для постклінічної реабілітації створені у санаторіях – профілакторіях.*

Згідно статистики щорічно в **санаторно – курортних** закладах лікується понад **один мільйон українців**. Для наших профілактичних закладах притаманні: різноманітний ландшафт та рослинний світ, благотворний клімат, теплі моря, лікувальні грязі, озокерит, мінеральні води, а найголовніше, це традиції спрямовані не на розважальний процес, а на професійне оздоровлення людей за період доволі короткої відпустки, а також дітей дошкільного, шкільного віку та студентів.

Основними методами професійного лікування є: бальнеотерапія, грязелікування, орізіотерапія, кліматолікування, лікувальна фізкультура,



дієтичне харчування та останніми роками широко розвиваються нетрадиційні методи лікування (гірудотерапія, рефлексотерапія, масаж розігрітим камінням, кольоротерапія, фітотерапія, музикотерапія та інші).

Комплексні оздоровчо-реабілітаційні заходи також передбачаються в освітніх, соціально-реабілітаційних закладах та закладах з інклюзивною формою навчання.

Як відомо, майже кожна система, що має енергію, хімічні або біологічні компоненти, елементи, що рухаються, є небезпечною. Небезпека може бути **потенційною** або **реальною**. Потенційна небезпека перетворюється у реальну, якщо виконується три умови:

- 1) небезпека реально існує;
- 2) людина знаходиться в зоні прояву небезпеки;
- 3) людина немає достатньо ефективних засобів захисту.

*В процесі вивчення дисципліни «Цивільний захист та охорона праці в галузі» студенти-магістри повинні навчитись визначати потенційні небезпеки та причини їх переходу із потенційних у реальні небезпеки, але, найголовнішим є усвідомлення як впливають ці реальні небезпеки на здоров'я людини, якими можуть бути наслідки у подальшому.*

*Вивчаючи дисципліну «Цивільний захист та охорона праці в галузі» студенти-магістри повинні отримати сталі навички аналізу потенційних небезпек, що можуть впливати на стан здоров'я та працездатність при виконанні функцій фізичної реабілітації **працівників**. Навчитись аналізувати основні причини можливого погіршення стану здоров'я **пацієнтів** під час реабілітації. Також навчитись **прогнозувати** ймовірність виникнення травм різного ступеню у випадку порушення правил **проведення оздоровчих заходів, лікувальної фізкультури, масажу, та інших корекційно-розвиваючих програм**.*

*Аналіз потенційних небезпек складається з визначення потенційно небезпечного або шкідливого фактору, пошуку причин його появи та*

*з'ясування можливих наслідків його прояву на людину, тобто розглядається триада «небезпека-причина-небажані наслідки». Надання інформації саме в такій послідовності має суттєве значення, тому що небезпечний фактор, сам по собі, не є загрозою для життя та здоров'я людини, а прояв небезпеки завжди пов'язаний з порушенням правил з охорони праці чи особистої безпеки.*

Розглянемо потенційні небезпеки, що виникають в процесі дослідження залежності індивідуального самопочуття та емоційного стану учнів та осіб з відхиленнями в стані здоров'я від різноманітних фізичних навантажень та видів корекційно-розвиваючих завдань. Крім того розглянемо небезпеки, що можуть виникнути з клієнтом та персоналом при проведенні ЛФК та масажу:

### **I. Механічне травмування внаслідок:**

- 1) Існує небезпека падіння клієнтів на сходах, якщо відсутні пандуси при під'їзді в лікувальний заклад.
- 2) Підковзування при слизькому взутті у клієнтів та персоналу, або на слизькій підлозі чи сходах після вологого прибирання.
- 3) Відсутність поручнів або їх невідповідність зросту пацієнтів біля кожного тренувального місця.
- 4) Недостатнє освітлення в спортивній залі може ускладнювати виконання вправ, а іноді навіть привести до травмування.
- 5) Недогляду за **дітьми**, які приходять з батьками на сеанси масажу.
- 6) Неуважність та необережність **хворих** клієнтів, переважно персоналу.
- 7) Нераціональне розташування робочих місць в масажному кабінеті.
- 8) Недоліків та помилок в методиці проведення занять з ЛФК. При цьому, травми можуть бути пов'язані з порушеннями тренером основних дидактичних принципів навчання, регулярності занять, поступовості збільшення навантажень, послідовності в оволодінні руховими навичками й індивідуалізації учбово-тренувального процесу, систематичним застосуванням у тренуваннях великих обсягів навантаження значної або граничної потужності, недостатньою розминкою.

9) Порушень інструкцій та правил безпеки; поганого кріплення спортивного знаряддя, прихованих дефектів спортивного інвентарю.

10) Помилкова організація занять (помилкове комплектування груп за статтю, віком, вагою, рівнем фізичної підготовки, загальним станом здоров'я, чисельністю).

11) Недостатня компетентність тренерів ЛФК у питаннях фізіологічних особливостей пацієнтів, що мають обмежені можливості, та фізіологічних змін кожного клієнта.

**II. Низька кваліфікаційна підготовка** та недостатня уважність тренерів ЛФК до пацієнтів **похилого віку** або з **надмірною вагою** (наприклад, відсутність контролю за почервонінням їх обличчя під час занять, пітливістю, погіршенням уваги або суттєвими помилками при виконанні вправ, прискоренням дихання) може призвести до погіршення загального стану здоров'я пацієнтів.

**III. Неправильна підготовка пацієнтів до занять, особливо недотримання питного режиму чи режиму харчування** може привести до виникнення ускладнень з боку травної системи (викид соляної кислоти у стравохід може спровокувати больовий синдром і підвищення тиску).

**IV. Потенційно можливими є небезпеки для клієнтів, коли у масажистів відсутні знання шляхів впливу масажу на організм людини, а саме:**

- 1) Інформаційний (впливаючи на шкіряні рецептори, масаж збільшує кількість нервових закінчень і поліпшує, тим самим, проводимість нервових імпульсів)
- 2) Матеріальний (впливаючи на шкіру, тканини й нервові закінчення, нормалізує обмінні процеси в організмі)
- 3) Енергетичний (вплив на точки меридіанної системи – чакри, які регулюють потік енергії й нормалізують тим самим роботу системи життєзабезпечення організму).

Також, нажаль, можливі небезпеки для клієнтів, коли у масажистів відсутні знання клініки, етіології й патогенезу захворювань; розуміння

біомеханізмів рухової активності і її порушень при травмах і ушкодженнях; знання механізмів реабілітації. Недооцінювання при реабілітації факторів фізичних вправ і впливу масажу на різних етапах відновлення здоров'я пацієнтів.

**V. Можливе погіршення стану клієнтів, коли масажисти недотримуються методик та техніки масажних маніпуляцій, а найпоширенішими помилками є:**

1) Невідповідність масажних дій індивідуальним особливостям організму людини, тобто його фізичній підготовці й функціональності системи життєзабезпечення організму.

2) Невміння визначити ступінь інтенсивності масажних прийомів; незнання техніки виконання основних і допоміжних прийомів масажу, а також механізму їхнього впливу на структури організму людини.

3) Незнання показань і протипоказань до призначення й проведення масажу.

4) Суттєва відповідна реакція організму на перший сеанс масажу.

*Необхідно пам'ятати, що при першому сеансі дається навантаження масажу строго відповідно індивідуальності пацієнта, по реакції на це навантаження оцінюється стан пацієнта. Здорова реакція на масаж, як правило, виражається в появі наступного дня після сеансу відчуття легких м'язових болів різних відтінків, невелике підвищення чутливості шкірної, м'язової й підшкірної сполучної тканини усувається під час другого сеансу по спеціальній "відбудовній" методиці. По ступені, характеру цього болю, а також часу виникнення, продовження й зникнення її можна судити про рівень реактивності даного хворого.*

## **VI. Можливі кістково-м'язові порушення.**

У масажистів у зв'язку з тривалим статичним напруженням м'язів спини, шиї, рук і ніг, із за неправильного переміщення і утримання тулуба під час роботи (незнання ергономіки і біомеханіки рухів), що призводить до швидкого стомлення, ушкодження опорно-рухового апарату: остеохондроз

хребта, плечолопатковий переартроз, гіпертонус м'язів верхнього плечового пояса, епикондилит, страждають сухожилля сгибателей пальців.

**VII. Нервово-емоційне навантаження** пов'язане з роботою з людьми різного типу темпераменту, з хворими людьми, які у результаті різних захворювань і травм мають тяжкі функціональні порушення: зменшення амплітуди рухів, зниження сили, втрату здатності до самостійного пересування, порушення трудових та побутових навичок, погіршену орієнтацію у просторі, депресивний стан. Крім того, останнім часом збільшено нормативне навантаження на персонал, наприклад, на одну ставку медсестри фізіо.кабінету за рік повинна виконати **15000 процедур тривалістю від 10 до 40 хвилин**, тобто це термін безпосереднього контакту з хворим і робота з різноманітним обладнанням. **Масажист за рік повинен виконати 4,5 тис. масажів.**

**VIII.** Небезпечним аспектом при роботі лікаря-реабілітолога у санаторію-профілакторію під час роботи із пацієнтами є можливість професійного **інфікування** гемоконтактними інфекціями (гепатит В, С, ВІЛ, сифіліс), а також тим, що передаються повітряно-крапельним шляхом.

Кабінети фізіотерапії обладнані електроустаткуванням: апарати для електрофорезу, ампліпульс, обладнання для озонотерапії та аероіонотерапії. При недотриманні правил безпеки при роботі із ним можливі **ураження електричним струмом** внаслідок несправності електрообладнання, невиконання правил техніки безпеки при користуванні електричним обладнанням.

**IX.** Токсична та дратуюча дія шкідливих речовин, які є у приміщеннях, де проводиться санітарна обробка ультрафіолетовим бактеріцидним опромінювачем. При дії на кисень повітря ультрафіолетового випромінювання, яке утворюють бактеріцидні опромінювачі, утворюється озон (речовина I класу небезпек). При великих концентраціях озон діє на організм отруйно: з'являється подразнення дихальних шляхів, кашель,

блювання, головний біль, запаморочення, сильна втома, можливий різкий занепад серцевої діяльності.

**X.** Нервово-психічні навантаження на персонал призводять до емоційної напруженості, пов'язаною з **високою особистою відповідальністю**, високими вимогами до професійної та загальної ерудиції, можливістю виникнення несподіваних ситуацій, які потребують швидких і правильних дій, вмінню працювати з людьми, необхідністю роботи в умовах дефіциту часу тощо. Робота з хворими людьми та їх близьким, необхідність швидко приймати рішення призводить до перевантаження спеціалістів. Ці фактори, а крім того ще прагнення виконати більший об'єм роботи з кращим результатом, може призвести до **професійного вигорання**.

**XI.** Ймовірність пожежі у зв'язку із несправністю електричного обладнання, недотримання або порушення правил протипожежної безпеки обслуговуючим персоналом.

**XII** Неправильні дії персоналу в умовах надзвичайних ситуацій, при ліквідації наслідків таких ситуацій, що може призвести до травмування та загибелі людей.

### Аналіз потенційних небезпек при реабілітація дітей з діагнозом ДЦП

*Ефективна реабілітація дітей з діагнозом ДЦП має дуже важливе значення для їх подальшого повноцінного життя. Результат реабілітації залежить від регулярності, систематичності та безперервності цих заходів. Крім того обов'язковим є врахування індивідуальних особливостей дітей: їх вік, фізіологічний, психічний стан та розвиток, комунікативність, важкість захворювання, риси характеру та інше. Одним із важливих заходів реабілітації дітей з діагнозом ДЦП є регулярні та постійні заняття лікувальною фізкультурою, масажу, малюванню дасть можливість покращити стан здоров'я дітей, але необхідно враховувати, що при порушенні правил та норм проведення занять існують потенційні небезпеки травмування як дітей, так і інструкторів.*

1. Організаційні недоліки при проведенні занять можуть призвести до механічних ушкоджень. Це порушення інструкцій та положень про проведення занять ЛФК, порушення правил; неправильне розміщення пацієнтів при проведенні занять, **різний фізіологічний та емоційний стан дітей, що займаються в один час.**

2. Вірогідність отримання травм зростає у дітей, для яких є характерним спазми м'язів та судоми.

3. **Погана координація рухів** дитини може стати причиною падіння та травмування при неправильно підібраних вправах під час занять з лікувальної фізкультури.

4. Причиною травм може з'явитися погане спорядження (одяг, що не відповідає фігурі дитини, **неортопедичне спортивне взуття, захисні пристрої**), його невідповідність типу заняття або фізіологічному стану дітей, ступеню порушень координації рухів, моториці, координації.

5. Відсутність індивідуального підходу, неефективний контакт між тренерами та батьками хворих дітей, недостатній облік стану здоров'я дітей. Все це може бути причиною **стомлення та травматизму.**

6. Неадекватна реакція дітей на зауваження, на вимоги з боку фахівця, може призвести до стресових станів, зниження насаги на працю та захворювань нервової системи;

*Таким чином, для працівників фізичної реабілітації основні професійні шкідливості можуть бути по своїй природі: хімічними, фізичними, біологічними, нервово-емоційними й ергономічними. Сприяють виникненню загальних захворювань підвищена чутливість організму працівника, відсутність або неефективність засобів індивідуального захисту, контакт із інфікованими пацієнтами, недосконалість інструментарію й устаткування.*

### **Лекція №3 (2 години) «Безпека під час дослідження та проведення оздоровчих заходів з фізичної реабілітації та корекційного навчання»**

*На основі аналізу виробничого травматизму та з урахуванням науково-технічних даних науково-дослідницькі інститути з охорони праці, відділи охорони праці міністерств і відомств, а також служби техніки безпеки на підприємствах і в організаціях розробляють заходи по боротьбі з травматизмом і професійними захворюваннями.*

*На сьогоднішній день усі нормативні вимоги до проведення оздоровчих заходів з фізичної реабілітації та спортивного інвентарю, що при цьому застосовується, досить суворі. Все спортивне обладнання для проведення лікувальної фізкультури та інших заходів оздоровлення в першу чергу зобов'язано бути безпечним, якісним і максимально зручним в експлуатації, а крім того, відрізнятися приємним зовнішнім виглядом, адже це впливає на загальний настрій пацієнтів, їх бажання до проведення постійних, регулярних тренувань, наснаги до дотримання принципів здорового способу життя.*

До всіх спортивно-оздоровчих закладів, незалежно від їх типу відповідно до вимог Закону України № 2961 від 06.10.2005 р. «**Про реабілітацію інвалідів в Україні**» та Наказу МОЗ України № 260 від 30.12.1993 р. «Про організацію і вдосконалення фізіотерапевтичної допомоги населенню України» висувуються наступні гігієнічні вимоги:

- розташовують спортивні споруди в зоні населеного пункту, з урахуванням нормативної санітарної захисної зони;
- орієнтація спортивних споруд з урахуванням кліматичних вимог регіону;
- доступність транспортних засобів (відстань до зупинок громадського транспорту не більше 500 м);
- вхід в приміщення повинен бути обладнаний пандусом, кут якого не повинен перевищувати відношення 1:12. Ширина пандуса є аналогічною



**ширині проходів (до 1,2 метра). З обох боків пандусу передбачені огорожі висотою 0.9м та поручнями 0.7і 0.9м, а для дітей на висоті 0.5м;**

- площа перед входом у приміщення повинна мати тверде покриття з підігрівом в зимовий період.

З метою попередження травматизму та загального погіршення стану здоров'я пацієнтів на кожному робочому місці лікувально-реабілітаційного центру передбачена посадова інструкція, яка встановлює загальні та кваліфікаційні вимоги, вимоги до знань, обов'язки, права, відповідальність фахівця з реабілітації. На заняттях з ЛФК передбачено ознайомлення з інструкцією, що відповідає вимогам **НАОП 1.4.32-2.01-82 (ОСТ 11 090.028-82) «Інструкція з охорони праці. Порядок розроблення, оформлення та користування», Наказ МОЗ України № 176 від 29.03.2011 р. « Про затвердження примірних посадових інструкцій та кваліфікаційних характеристик з метою поліпшення лікарсько-фізкультурної служби в Україні».**

З метою попередження травматизму та загального погіршення стану здоров'я клієнтів на заняттях з ЛФК передбачено врахування вимог **НАОП 9.2.30-1.08-99. «Правила безпеки під час проведення занять з фізичної культури і спорту в загальноосвітніх навчальних закладах», ДСанПіН 2.3-185-2013 «Гігієнічні вимоги до улаштування, утримання і режиму спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, та навчально-реабілітаційних центрів».**

Згідно даного документу враховано:

- до занять допускаються особи, що пройшли медичний огляд, в групу, що визначено медичним персоналом та записано в історії хвороби пацієнта;
- подальший лікарський контроль за станом здоров'я та всіх лікарських вказівок щодо допустимого навантаження для кожного пацієнта.

З метою попередження травматизму пацієнтів враховується також, що:

1. Заняття повинні проходити під керівництвом інструктора з ЛФК.

2. У залі ЛФК необхідно займатися тільки в спортивній формі. Інший одяг буде затрудняти рухи, що робить заняття ЛФК неефективними, до того ж одяг може порватись.

3. На заняттях ЛФК заборонено займатися в годинниках та прикрасах. Прикраси можуть зачепитись за деталі спортивного обладнання, килим або за одяг.

4. Якщо пацієнт виконує вправи на спортивних тренажерах, то ці вправи виконуються з дозволу інструктора з ЛФК.

5. На початку тренування передбачити вправи по розігріванню м'язів.

6. Обов'язковим є дотримання дисципліни у залі ЛФК.

7. Не стояти близько до снаряда при виконанні вправ іншими пацієнтами.

Щоб цілеспрямовано підбирати фізичні вправи відповідно індивідуальним особливостям, умовам проведення занять, характеру фізкультурної діяльності в різних видах **адаптивної фізичної культури**, всі вправи діляться на групи за певними ознаками. Єдиної класифікації не існує, тому що сама вправа має різні ознаки й може увійти до різних класифікаційних груп. Найпоширенішими є наступні **класифікації**:

- 1) за цільовою спрямованістю: вправи загальнорозвиваючі, спортивні, рекреаційні, лікувальні, профілактичні, корекційні, професійно-підготовчі;
- 2) за переважним впливом на розвиток тих або інших фізичних якостей: вправи на розвиток силових, швидкісних якостей, витривалості гнучкості і т. ін.;
- 3) за переважним впливом на певні м'язові групи: вправи на м'язи спини, черевного преса, плеча, передпліччя, гомілки, стегна, мимічні м'язи і т.ін.;
- 4) за координаційною спрямованістю: вправи на орієнтування в просторі, рівновагу, точність, диференціювання зусиль, розслаблення, ритмічність рухів та ін.;

- 5) за біомеханічною структурою рухів: циклічні( ходьба, біг, плавання, пересування в колясці, на лижах, веслування та ін.) ациклічні (метання спортивних снарядів, гімнастичні вправи, вправи на тренажорах та ін.) змішані (стрибки в довжину з розбігу, рухливі й спортивні ігри та ін.);
- б) за інтенсивністю виконання завдань (ступенем напруженості фізіологічних функцій): вправи низької інтенсивності (ЧСС- до 100 уд.\хв), помірної (ЧСС – до 120 уд.\хв), тонізуючі вправи (до 140 уд.\хв) тренеруючі (до 160 уд.\хв і більше);
- 7) за лікувальним впливом: вправи на відновлення функцій паретичних м'язів, опірності, рухливості в суглобах, вправи, що стимулюють настановні рефлекси, трофічні процеси, функції подиху, кровообігу та ін.;
- 8) за вихідним положенням: вправи, які виконуються в положенні лежачи на животі, на спині, на боці, сидячи, на колінах, присівши та ін.;
- 9) за ступенем самостійності виконання вправ: активне самостійне, з підтримкою, допомогою, страховкою, тактильним супроводом рухів, з опорою, за допомогою протезів і технічних пристроїв, у ходунках, колясці, умовах розвантаження (на підвіску), у формі ортопедичного укладення, пасивних вправ та ін.;
- 10) інтеграцією міждисциплінарних зв'язків: художньо-музичні, хореографічні танцювальні вправи, вправи формокорекційної ритмопластики (робота з глиною), малювання, вправи, пов'язані з рольовими руховими функціями в казко-, драмо-, ігротерапії, тематичних ігрових композиціях та ін., що активізують мислення, мову, увагу, пам'ять, елементарні математичні здібності.

Ходьба є засобом корекції фізичних і психічних здібностей дітей дошкільного і шкільного віку з порушенням в розвитку: корекції рівноваги, швидкості реакції й перемикавання, диференціювання зусиль, відстані, ритму й темпу рухів, орієнтуванні в просторі, дрібної моторики, постави, рухливості в суглобах, розвитку уваги, уяви, сполученої мови, словникового запасу та ін.

Аналогічними можливостями володіють всі фізичні вправи – біг, метання, стрибки, плавання, рухливі та спортивні ігри тощо. Від адекватності підбору фізичних вправ, раціональної організації умов і способів педагогічних впливів залежить успішність рішення всього комплексу завдань адаптивної фізичної культури.

Для запобігання травматизму є необхідним:

- дотримання суворої поступовості у навчанні або відновленні втрачених в результаті травм або хвороби двигательних функцій організму пацієнтів;
- обережного підходу до збільшення навантажень, їх тривалості й інтенсивності;
- не припустимим є проведення занять за відсутності тренера або інструктора з ЛФК;
- не припустимим є перевантаження кімнат з лікувальної фізкультури та близьке розташування осіб по відношенню друг до друга.

**Для запобігання погіршення самопочуття пацієнтів необхідно постійно контролювати ступінь втоми пацієнтів за зовнішніми ознаками:**

- а) фарбування шкіри обличчя - незначне почервоніння, різке збліднення або синюшність;
- б) мовлення – виразне, утруднене, у край утруднене або неможливе;
- в) міміка – звичайна, напружена, вираз, страждання;
- г) потовиділення – невеличке, тільки верхньої частини тіла, всього організму;
- д) дихання – рівне, прискорене, значно прискорене, поверхневе з окремими глибокими вухами, які змінюються хаотичним диханням;
- е) рух – бадьорий, невпевнений, тремтіння кінцівок, знушені пози з опорою падіння.
- ж) самопочуття – скарги відсутні, скарги на втому, болі в м'язах, серцебиття, задишка, шум у вухах, головний біль, нудота, запаморочення.

Приміщення залів і розміщення в ньому обладнання відповідає вимогам будівельних норм ДБН В.2.2-10:2018 «Заклади охорони здоров'я. Будинки і споруди», ДБН В.2.2-3-2018 «Будинки та споруди закладів освіти», ДБН В.2.2-17:2006 «Доступність будинків і споруд для мало мобільних груп населення», ДНАОП 0.00-4.12-99 «Будинки та споруди навчальних закладів»

Площа на одну особу (з урахуванням можливої присутності родичів під час проведення заняття) не менше  $2,8 \text{ м}^2$ , а в масажному кабінеті –  $9 \text{ м}^2$  на одне робоче місце, а загальна площа масажного кабінету не повинна бути менше  $12 \text{ м}^2$ . У **кабінеті масажу** повинні бути спеціальні меблі для масажу, індивідуальні шафи для одягу масажистів, вішалки для одягу хворих, дзеркала, ширма і кілька стільців. **Масажний стіл повинен бути стандартних розмірів: висота 0,7-0,8 м, довжина 1,95 - 2,00 м, ширина 0,65 м**, з клейончастими валиками різних розмірів для підкладання під голову, спину або коліна. Для масажу рук повинен бути столик з напівм'яким покриттям висотою 70 - 80 см (при можливості регульованої), довжиною 55 см, шириною 35 см. У розрахунку на одне масажне місце повинні бути передбачені також подушка розміром 70 x 70 см, 2 простирадла, гумова клейонка, 2 рушники, пісочні або електричний годинник. В коридорах передбачені крісла та дивани для відпочинку як пацієнтів так і осіб, що їх супроводжують.

Підлога – міцна, пружна, без щілин та застругів, рівна, неслизька, водонепроникна. На вікнах передбачені захисні огорожі або сітки від ударів м'язів.

З метою профілактики травматизму передбачено застосовувати спортивний інвентар тільки за рекомендаціями лікаря.

Відповідно до правил проведення занять з лікувальної фізичної культури передбачено користування спеціальним **спортивним одягом і взуттям**. Спортивна форма підбирається точно за розміром, щоб не утруднювати рухи, з тканин, що легко вбирають піт, жир, пил та забезпечують комфортний стан пацієнтів та тренера. Взуття бажано

підбирати із натуральної шкіри, що забезпечує високий гігієнічний рівень та безпеку, на гнучкій подошві типу кедів або кросівок. На це, обов'язково, необхідно звернути увагу пацієнтів під час проведення інструктажу, який відповідає вимогам НПАОП 0.00-4.12-05 «Типове положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці».

Для запобігання ураження електричним струмом встановлено електроустаткування, яке відповідає вимогам ГОСТ 12.2.007.0-75 «Изделия электротехнические. Общие требования безопасности», ГОСТ 12.1.019-79 «Электробезопасность. Общие требования и номенклатура видов защиты», ПУЕ («Правила улаштування електроустановок»).

Для виключення можливості випадкового дотику до дротів, що перебувають під напругою, встановлено надійне огороження або дроти розташовано на висоті більше 2 м.

Згідно ПУЕ для електроустановок, що використовуються, встановлення заземлення з опором не більше 4 Ом.

У зв'язку із стресовими ситуаціями та нервово-емоційним навантаженням у працівників виникнути ймовірність захворювань загально-невротичного характеру. З метою зниження нервово-емоційного напруження, стомлення зорового аналізатора, поліпшення кровообігу мозку, подання несприятливих наслідків гіподинамії, запобігання втому передбачено спеціально обладнані приміщення – кімнати психологічного розвантаження, а також **перерви 10 хв. через кожну годину** для тренерів ЛФК, масажистів та медсестер фізіо-терапевтичного кабінету. Також обов'язковим є проходження медичного огляду відповідно до вимог Згідно Наказу міністерства охорони здоров'я України від 21 травня 2007р. №246 «Про затвердження порядку проведення медичного огляду працівників певних категорій».

Крім адаптивної фізичної культури останнім часом широко застосовуються засоби медичної і психологічної реабілітації. До цих засобів належать: апаратна фізіотерапія, електростимуляція, масаж, мануальна

терапія, іглорефлексотерапія, фітотерапія, душі (дощовий, голчастий, Шарко, підводний та ін.), водолікувальні ванни (мінеральні, радонові, грязьові, вуглекислі, кисневі та ін.), лазні (парні й сауни), засоби психологічного впливу: електросон, гіпноз, психотерапія, психокореція, психотренінги та ін.

Однак, їхнє застосування для різних осіб має безліч індивідуальних протипоказань, тому призначення фізіо-терапевтичних процедур здійснюється лікарями та суворо ними контролюється.

### **Заходи безпеки при заняттях з дітьми з діагнозом ДЦП**

З метою попередження травматизму та загального погіршення стану здоров'я дітей з діагнозом ДЦП на заняттях з ЛФК передбачено врахування вимог НАОП 9.2.30-1.08-99 «Правила безпеки під час проведення занять з фізичної культури і спорту в загальноосвітніх навчальних закладах», ДСанПіН 5.5.2.008-01 «Державні санітарні правила і норми влаштування, утримання загально-освітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу»

та **СТАНДАРТУ санаторно-курортного лікування дитячого церебрального паралічу (ДЦП)**

Згідно даних документів враховано:

- до занять допускаються діти після медичного огляд, в групу, що визначено медичним персоналом та записано в історії хвороби пацієнта.
- Подальший постійний лікарський контроль за станом здоров'я дітей та всіх лікарських вказівок щодо допустимого навантаження для кожного пацієнта.

Згідно вимог ДБН В 2.2-3:2018 «Будинки і споруди. Заклади освіти», площа залу ЛФК для реабілітаційних занять дітей з інвалідністю становить не менше 60 м<sup>2</sup>, із розрахунку 6,0м<sup>2</sup> на одного учня.

З метою забезпечення безпеки під час переміщення дітей по коридорам , сходам передбачені двоохривневі (на висоті 0.7 та 0.9 метрів) поручні з

оптимальним перерізом 30-50 см. Оптимальна відстань між поручнями та стіною 45см. В коридорах передбачені крісла та дивани для відпочинку як дітей так і батьків, що їх супроводжують.

У зв'язку із стресовими ситуаціями та значним **нервово-емоційним навантаженням при роботі з хворими дітьми (їх слабка концентрація на завданні, інколи, пасивне ставлення до виконання рекомендацій тренера, недостатня мотивованість при виконання вправ)** може призвести до виникнення у тренерів захворювань загально-невротичного характеру. З метою зниження нервово-емоційного напруження, стомлення зорового аналізатора, поліпшення кровообігу мозку, подання несприятливих наслідків гіподинамії, запобігання втому передбачено спеціально обладнані приміщення – **кімнати психологічного розвантаження**, площа якої становить 18м<sup>2</sup>, а також перерви 10 хв. через кожну годину.

### **Заходи по забезпеченню виробничої санітарії та гігієни праці**

*Санітарія і гігієна праці розглядає ряд факторів, що можуть впливати на здоров'я і самопочуття людини, визначає джерела виникнення цих факторів і встановлює способи захисту від них. Основним завданням санітарії та гігієни праці залишається створення для працюючих комфортних умов праці.*

**Згідно ДБН В.2.2-28:2010 «Будинки і споруди. Будинки адміністративного та побутового призначення», ДБН В.2.2-10:2018 «Заклади охорони здоров'я. Будинки і споруди», ДБН В.2.2-17:2006 «Доступність будинків і споруд для мало мобільних груп населення» до всіх спортивних споруд, незалежно від їх типу висуваються наступні гігієнічні вимоги:**

- розташовують спортивні споруди в зоні населеного пункту будують з наведеної сторони від промислових підприємств та житлово-комунальних об'єктів, що забруднюють навколишнє середовище з урахуванням нормативної санітарної захисної зони;

- орієнтація спортивних споруд з урахуванням кліматичних вимог регіону;

- доступність транспортних засобів (відстань до зупинок громадського транспорту не більше 500 м)



- характер озеленення та їх площа. Враховуючи, що дерева та кущі знижують забруднення повітря спортивних майданчиків на 40-60% влітку та на 10-15% взимку, то ширина зеленої зони по периметру майданчика повинна бути не менше 10 метрів.

Для забезпечення гігієни та високого рівня комфорту враховуються вимоги **ДБН В 2.2-3:2018 «Будинки і споруди. Заклади освіти»** застосовуються будівельні матеріали, що мають низьку теплопровідність, низьку звукопровідність, малу гігроскопічність та пристосовані до постійного вологого прибирання.

Метеорологічні вимоги в спортивних закладах залежать від **сезону року**, характеру спортивних **занять**, контингенту вихованців (їх **віку та кваліфікації**), наявності місць для глядачів. Згідно ДСанПіН 5.2.2.008-01 «Санітарні правила і норми устаткування, утримання загальноосвітніх навчально-виховних закладів та організацій навчально-виховного процесу» враховуються також, що температура в роздягальнях при фізкультурно-спортивних залах – 22° С, в душових – 25°С. Нормальна температура для занять в залі 16...18°С, а в залах де займаються діти з інвалідністю – 22°С , в залах басейнів-30°С. Для запобігання простуди спортсменів враховується, що при  $T = 10^{\circ}\text{C}$  в приміщенні та  $12^{\circ}\text{C}$  при заняттях на вулиці, проведення тренувань недоречно. Відносна вологість повітря у спортивних приміщеннях в холодний період року-40-45%, в теплий-50-55%. Для запобігання перегрівання не проводяться заняття при  $T = 25^{\circ}\text{C}$  в приміщенні та  $27^{\circ}$  - на вулиці.

Вентиляція кабінету для масажу, спортивних споруд та інших приміщень здійснюються природним наскрізним способом провітрювання залу через вікна й фрамуги, а також за допомогою спеціальних вентиляційних приливно-витяжних пристроїв. **Природна** вентиляція забезпечує **0.5-кратний повітрообмін** за годину, при цьому площа фрамуг має бути не менше ніж 1/50 площі підлоги. Для природної вентиляції у внутрішніх стінах будівлі передбачають витяжні канали, отвори яких виводять у приміщення та на покрівлю. У холодний період року ці канали

можуть забезпечити **1.5-кратний обмін повітря**. У санітарно-побутових приміщеннях передбачається витяжна штучна вентиляція, що здатна забезпечити 10-кратний повітрообмін.

Вентиляція та опалення забезпечують **повітрообмін** під час занять ЛФК - **80 м<sup>3</sup>/год на одного вихованця, під та 20 м<sup>3</sup> на одного глядача** і температуру повітря не нижчу за 14°C відповідно до ДСанПіН 5.5.2.008-01 «Державні санітарні правила і норми устаткування, утримання загальноосвітніх навчально-виховних закладів та організації навчально-виховного процесу», **в спортивних залах - 90м<sup>3</sup>/год та 30м<sup>3</sup>** на одного глядача. Гранична допустима концентрація CO<sub>2</sub> в повітрі спортивних залів – 0,1%. Враховуючи, що при значних навантаженнях спортсмени постійно виділяють вуглекислий газ, азотисті речовини (аміак), мікроби, тепло, то для забезпечення чистого повітря у приміщенні передбачено **трьохкратний воздухообмін**.

В спортивних та лікувально-оздоровчих приміщеннях передбачено устрій системи водяного опалення приміщення відповідно ДБН В.2.5-67:2013 «Опалення, вентиляція та кондиціонування». ДСТУ Б EN 13779:2011 «Вентиляція громадських будівель. Вимоги до систем вентиляції та кондиціонування повітря». ( EN15232:2007IDT).

Передбачено застосування природного та штучного освітлення яке відповідає вимогам ДБН В. 2.5.-28-2018 «Природне і штучне освітлення».

### **Заходи з пожежної безпеки**

*Для ліквідації пожежі у початковій стадії її розвитку силами персоналу об'єктів застосовуються первинні засоби пожежогасіння. До них відносяться: вогнегасники, пожежний інвентар (покривала з негорючого теплоізоляційного полотна, ящики з піском, бочки з водою, пожежні відра, совкові лопати, ломы, сокири тощо), системи автоматичного пожежогасіння.*

Заходи з пожежної безпеки розробляються відповідно до вимог

НАПБ А.01.001-2014 «Правила пожежної безпеки в Україні».

*Залежно від агрегатного стану й особливостей горіння різних горючих речовин й матеріалів, що використовується в процесі роботи, пожежі класифікуються згідно ДСТУ EN 2:2014 «Класифікація пожеж (EN 2:1992, EN 2:1992/A1:2004, IDT)»:*

– клас А – пожежі твердих речовин, переважно органічного походження, горіння яких супроводжується **тлінням** (деревина, текстиль, папір); Проблеми при цьому: складність виявлення на початковій стадії, прогрівання поверхонь, що огорожують осередок тління; перехід до полуменевого горіння; труднощі гасіння заглиблених осередків пожежі; висока ймовірність повторних загорань тліючих осередків.

– клас В - горіння горючих рідин або твердих речовин, які розтоплюються;

– клас С – горіння газоподібних речовин, побутовий газ, водень, пропан;

– клас D – горіння металів та їх сплавів;

– клас Е (додатковий) – пожежі, пов'язані з горінням електроустановок, що перебувають під напругою до 1000 В.)

Згідно із методикою визначення **категорій приміщень та будівель** за вибухопожежною та пожежною небезпекою, який регламентується ДСТУ Б В.1.1-36:2016 «Визначення категорій приміщень, будинків та зовнішніх установок за вибухопожежною та пожежною небезпекою» **спортивні споруди відповідають категорії «Д» з пожежної небезпеки** – (наявність незаймистих речовини і матеріали в холодному стані).

Відповідно до категорії виробництва з пожежної небезпеки і вимог ДБН В.1.1-7:2016 «Пожежна безпека об'єктів будівництва. Загальні вимоги», ступінь вогнестійкості приміщення механічної дільниці – II

Основними організаційними заходами є: наявність **інструкцій** з пожежної безпеки та **планів евакуації** вихованців, їх батьків, співробітників, глядачів у разі пожежі. Основними технічними заходами пожежної безпеки є оснащення будівлі пожежним інвентарем і підтримка його в робочому стані, а також **первинними засобами** пожежегасіння. Кожне приміщення має бути оснащено хоча б одним вогнегасником. *Вогнегасник – технічний засіб, призначений для припинення горіння подаванням вогнегасної речовини, що міститься в ньому, під дією надмірного тиску, за масою і конструктивним виконанням придатний для транспортування і застосування однією*

людиною. Їх розрізняють за способом спрацьовування: автоматично-монтуються стаціонарно в місцях можливого виникнення вогню; ручні (приводяться в дію людиною) - розташовуються на спеціально оформлених стендах. Для громадських приміщень рекомендуються димові, теплові або світлові пожежні сповіщувачі. Використовують водяні, пінні, газові, порошкові, аерозольні автоматичні пристрої пожежогасіння дренчерного або спринклерного типу.

### **Заходи безпеки у надзвичайних ситуаціях**

Найбільшу небезпеку для життєдіяльності представляють аварії технічних систем. Причинами аварій можуть бути стихійні лиха, порушення режимів технологічних процесів, а також правил техніки безпеки. До захисних заходів відносяться: прогнозування, виявлення і періодичний контроль за змінами обстановки, оповіщення персоналу організації.

*Таким чином, тренери ЛФК в своїй трудовій діяльності повинні враховувати, що фізичні вправи не тільки впливають на удосконалення характеристик рухів хворих дітей але і пов'язані з цілим рядом психічних процесів (їх увагою, пам'яттю, мовою та інші), з розумовою роботою, емоціями, переживаннями, розвивають здатність до навчання й контактів з іншими людьми; розвивають інтереси, переконання, мотиви, потреби, формують волю, характер і є одним із засобів духовного розвитку дитини; тобто впливають одночасно на організм і особистість.*

*Студенти – магістри (майбутні фахівці) повинні чітко усвідомити, що недотримання певних вимог в процесі тренувань і повсякденному житті (систематичність занять, гігієнічних вимог, режиму праці й відпочинку, недотримання лікарських рекомендацій, незбалансоване по енерговитратам або нерегулярне харчування та інше) може привести до перевтоми, нервовому напруженню, погіршенню загального стану їх здоров'я та здоров'я осіб, що їх оточують.*