

normal communication skills have been identified. Peculiarities of communicative and speech development of children with Down syndrome were studied. It was established that all children of this category go through the preparatory stage of speech development in prolonged terms, the formation of subsequent stages depends on the depth of intellectual impairment and the severity of concomitant diseases. Polymorphic disorders of psychomotor development negatively affect the development of all components of speech (phonetics, vocabulary, grammar, semantics, coherent speech). It has been established that in children of the specified category, systemic speech disorder can be combined with dyspraxia of the articulatory apparatus, impaired innervation of the organs of articulation, impaired tempo and rhythm of speech of a convulsive and non-convulsive nature. It turned out that children with Down syndrome seek emotional contact with other people. Establishing such contact takes place with the help of non-verbal means of communication: facial expressions, everyday gestures. The peculiarities of communicative and speech development in this genetic anomaly are summarized: delay in the pace of formation of speech skills; impoverished babbling and humming; a significant gap between the state of development of speech understanding and expressive speech; impoverished vocabulary; phonetic distortions; violation of auditory-speech memory; violation of the prosodic component of speech; violation of the constituent structure of the word; agrammatisms; impaired understanding of complex logical and grammatical constructions; violation of the formation of coherent speech; extensive use of everyday gestures for communication. It has been established that each individual child with Down syndrome may have a different combination of these features, which is determined by the severity and number of secondary symptoms.

Key words: communicative-speech ontogenesis, dysontogenesis of communicative-speech development, children with Down syndrome, communicative skills, non-verbal means of communication.

DOI: <https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series19.2023.44.11>

УДК 376-056.2/.3:364-786]:327

I.O. Sasina

sasina.prof@gmail.com

https://orcid.org/0000-0001-8046-5083

T.M. Grebeniuk

tetanagrebenuk67@gmail.com

https://orcid.org/0000-0002-8919-087X

L.G. Medvedok

lilia_kulyk@ukr.net

https://orcid.org/0000-0002-6581-8773

КЛЮЧОВІ ПОЛОЖЕННЯ МІЖНАРОДНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕННЯМИ ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ

Метою даної статті є аналіз змісту міжнародних документів у сфері реабілітації осіб з інвалідністю і обмеженнями повсякденного функціонування та визначення ключових положень формування міжнародної політики у даній сфері. Вперше поняття «реабілітація» в міжнародній практиці було використано в 1844 році для визначення необхідності відновлення функцій організму з метою покращення якості життя. Подальший розвиток надання реабілітаційних послуг пов'язаний із створенням різноманітних міжнародних організацій, які опікувалися проблемами реабілітації – спочатку ветеранів Першої світової війни, потім дітьми шкільного віку (з порушеннями зору, слуху, мовлення та іншими фізичними порушеннями). Основними ключовими положеннями, які сьогодні формують міжнародну політику у сфері реабілітації, є: «Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю», «Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)», «Рамка реабілітаційних компетенцій». До 2001 року система реабілітації розглядалася в усьому світі лише по відношенню до осіб з інвалідністю. Сьогодні за міжнародними документами, у разі необхідності кожна людина має можливість отримати доступ до високоякісних послуг реабілітації.

Ключові слова: реабілітація, обмеження життєдіяльності, особа з інвалідністю, реабілітаційні послуги, соціальні послуги, допоміжні технології.

Постановка проблеми. Комплексна реабілітація осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, зокрема і осіб з інвалідністю, потребує застосування заходів: медичної, психологічної, фізичної, соціальної, педагогічної та професійної реабілітації. Тривалий час система реабілітації розглядалася в усьому світі лише по відношенню до осіб з інвалідністю, що було відображено у низці міжнародних документів ВООЗ та ООН, на основі яких розроблялися законодавчі положення, державні та регіональні програми розвитку різних країн. Після затвердження ВООЗ у 2001 році Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), сфера реабілітаційних заходів почала поширюватися не лише на осіб з інвалідністю.

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2021), поряд з поняттям «особа з інвалідністю» використовується поняття «особа з обмеженнями повсякденного функціонування». Останній термін характеризується як «особа, яка внаслідок стану здоров'я або старіння втратила або може втратити здатність до участі у заняттєвій активності у спосіб і межах, звичайних для неї». У своїй статті будемо використовувати обидва термінологічні поняття.

Аналіз досліджень і публікацій.

R. Riener (2013) зазначає, що вперше поняття «реабілітація» використав ще в 1844 році державний юрист, лікар і політик Франц Йозеф Ріттер фон Бус. На його думку, реабілітація мала бути спрямована на відновлення функцій організму з метою покращення якості життя, а не лише лікування структур тіла (с.10).

Відразу після завершення Першої світової війни почали надаватися реабілітаційні послуги організацією американського Червоного Хреста. Заходами реабілітації насамперед були охоплені ветерани, яким надавалися медичні, рекреаційні та соціальні послуги (World War I and the American Red Cross).

Подальший розвиток надання реабілітаційних послуг пов'язують зі створенням у 1922 році в США організації «Міжнародне товариство по догляду за дітьми-каліками» (V.M. Hackett, 1937), де вперше у світі розпочали розробляти підходи до реабілітації. Організація започаткувала надання медичних, соціальних та освітніх послуг дітям шкільного віку, які мали важкі порушення зору, слуху, мовлення та інші серйозні фізичні порушення. За сто років своєї активної діяльності організація кілька разів змінювала свою назву, що відображало суспільне відношення до осіб з інвалідністю: «Міжнародне товариство допомоги калікам», 1939; «Міжнародне товариство реабілітації інвалідів», 1960. З 1972 року організація стає відомою в усьому світі як «Міжнародна організація реабілітації» (за абревіатурою «RI Global»). За ініціативи представників даної організації були внесені на розгляд ООН більшість документів, що стосуються захисту інтересів осіб з інвалідністю (Rehabilitation International: RI Global).

Сучасний підхід до визначення «реабілітації» надав С.І. Робінсон (1995), який розглядав її як (ре)інтеграцію особи з інвалідністю в суспільство, яку можливо здійснити шляхом розширення існуючих можливостей або за рахунок надання альтернативних засобів для виконання різних функцій. Таким чином, формулювання, запропоноване С.І. Робінсон, визначає, що підвищити наявні можливості можна за допомогою терапії та навчання, а також в результаті застосування допоміжних реабілітаційних технологій. Все це буде сприяти реінтеграції осіб з обмеженими можливостями здоров'я, що дозволить відновити їм свою гідність та покращити якість життя.

Аналіз сучасних наукових досліджень, проведений І. Сасіною, О. Паламар, Т. Гребенюк, Т. Купріяною (2022), дозволяє визначити, що у вітчизняних та зарубіжних джерелах розглядаються різні види реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування: медична реабілітація, психологічна реабілітація, соціальна реабілітація, фізична реабілітація, елементарна та культурна реабілітація, професійна реабілітація. Також залежно від об'єкта реабілітації, його психоемоційного стану, конкретної ситуації, що впливає на надання реабілітаційних послуг, доцільним є застосування заходів комплексної реабілітації, що передбачає цілеспрямоване поєднання між собою різних її видів.

Питання міжнародного законодавства у сфері реабілітації досліджувались: В. Мельник (2018), предметом вивчення якого були міжнародно-правові акти ООН та Міжнародної організації праці з питань соціального захисту осіб з інвалідністю у сфері реабілітації та праці; Е. Макаровою (2014), якою визначалась необхідність застосування основних положень міжнародних класифікацій у визначенні

стану здоров'я з метою вдосконалення і підвищення ефективності реабілітації обмеженнями повсякденного функціонування.

Мета статті - аналіз змісту міжнародних документів у сфері реабілітації осіб з інвалідністю і обмеженнями повсякденного функціонування та визначення ключових положень формування міжнародної політики у даній сфері.

Виклад матеріалу дослідження.

Після завершення Другої світової війни Генеральною Асамблеєю ООН в 1948 році була ухвалена та проголошена *Загальна декларація прав людини* (Universal Declaration of Human Rights, 1948), яка складається з 30 статей, що лягли в основу міжнародних договорів, регіональних та національних документів із прав людини. У статті 25 визначено, що «кожен має право на такий на рівень життя, включаючи: їжу, одяг, житло, медичне обслуговування та необхідні соціальні послуги, який необхідний для підтримки здоров'я і добробуту себе та своєї сім'ї, а також право на захист у разі безробіття, хвороби, інвалідності, похилого віку або іншої відсутності засобів до існування за незалежних від нього обставин». Прийняття Загальної декларації прав людини (1948) стало початком розробки та впровадження нової парадигми у сфері реабілітації, оскільки визнавалося право особи з інвалідністю на достойний рівень життя, який мають інші члени суспільства.

Вперше питання реабілітації осіб з інвалідністю було поставлено на розгляд Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я у 1950 році (World Health Assembly 3, 1950), як наслідок було прийнято рішення організувати співпрацю представників ВООЗ, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ та Департаменту по соціальним питанням ООН щодо запровадження програм медичної реабілітації осіб з фізичними порушеннями, у тому числі і незрячих.

Важливе місце у розробці реабілітаційних програм займали заходи з профілактики інвалідності, зокрема і сліпоти. До таких заходів було віднесено: впровадження ранньої реабілітаційної допомоги при захворюванні на туберкульоз; застосування санітарно-гігієнічних вимог до роботи на підприємствах, пов'язаних з важкими та шкідливими умовами праці; профілактику та лікування психічних розладів; профілактику інфекційних захворювань, що стають причиною сліпоти, таких як сифіліс та гонорея. Окремо в рішенні визначалася необхідність підготовки консультантів з різних аспектів медичної реабілітації.

Стан розробки програм реабілітації було проаналізовано робочою групою у складі представників Департаменту соціальних питань ООН, Міжнародного бюро праці, ЮНЕСКО, Міжнародної організація біженців, ЮНІСЕФ та Міжнародної організацією охорони здоров'я. Як наслідок, у 1952 році розроблено узгоджену міжнародну програму «*Реабілітація осіб з фізичними порушеннями*» (World Health Assembly 5, 1952).

Зазначена програма базувалась на дотриманні двох принципів:

1. Кожна особа з інвалідністю повинна мати право на захист, допомогу та можливість реабілітації, щоб це дозволило їй якомога швидше повернутися до повноцінного життя в суспільстві, членом якого вона є.

2. Кожна держава повинна визнати свою відповідальність за впровадження всіх можливих заходів для попередження інвалідності та для забезпечення належного медичної та соціальної допомоги, навчання та реабілітації своїх громадян з обмеженими можливостями здоров'я.

В розробленій програмі також було окреслено шляхи її реалізації, серед яких: сприяння та заохочення вивчення причин інвалідності; дослідження напрямків профілактики захворюваності, що призводять до обмежених можливостей здоров'я; розвиток технологій фізичної, економічної, соціальної та культурної реабілітації осіб з інвалідністю, а також удосконалення та розвиток протезів та інших допоміжних приладів. У програмі визначалася участь ООН та спеціалізованих установ, впровадження заходів в усіх зазначених сферах.

Таким чином, у міжнародній програмі «Реабілітація осіб з фізичними порушеннями», визнавалася необхідність впровадження соціальних послуг поряд з заходами медичної реабілітації.

У 1958 році ВООЗ було організоване перше *засідання Комітету експертів з медичної реабілітації* за присутності представників ООН та Міжнародної організації праці (WHO Expert Committee on Rehabilitation та World Health Organization, 1958), під час якого:

– сформульовано загальні принципи та цілі медичної реабілітації;

- визначено потреби осіб з інвалідністю та способи їх досягнення;
- розглянуто взаємозв'язок медичної реабілітації та соціально-профілактичних заходів у попередженні інвалідності;
- охарактеризовано психологічні аспекти реабілітації, які впливають на ефективність та тривалість реабілітаційних заходів, а саме: вроджена чи набута інвалідність; глибина порушення; фізичний стан особи; мотивація до реабілітації; тривалість часу між інвалідністю та початком реабілітації; соціальна ситуація розвитку, від якої залежить успішність реабілітації в соціумі.

На засіданні Комітету експертами неодноразово наголошувалось на дотриманні сучасної концепції профілактичної та соціальної медицини, що дозволяє попередити інвалідність зі стійким розладом функцій організму. Важливим результатом засідання Комітету стало прийняття рішення щодо організації подальших досліджень з розробки методів і засобів фізичної, професійної та соціальної реабілітації.

З метою запобігання інвалідності, удосконалення процесів реабілітації осіб з інвалідністю, сприяння їх подальшій інтеграції у суспільство, Генеральною Асамблеєю ООН в 1975 році прийнята *Декларація про права осіб з інвалідністю* (Declaration on the Rights of Disabled Persons, 1975). Положення декларації відносяться до всіх осіб з інвалідністю «без будь-яких винятків чи дискримінації за ознаками раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних чи інших поглядів, національного чи соціального походження, матеріального стану, народження чи будь-якої іншої ознаки, ситуації, що має відношення до самої особи з інвалідністю або її родини».

Шостим пунктом Декларації визначаються права осіб з інвалідністю на медичне, психологічне та функціональне лікування, у тому числі на протезування та ортезування, на медико-соціальну реабілітацію, освіту, професійну реабілітацію, допомогу, консультації, послуги з працевлаштування та інші послуги, які дозволять їм розвивати свої здібності та навички, а також прискорять процеси їх соціальної інтеграції або реінтеграції.

У 1980 році, за наслідками 29-ї сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, було опубліковано *Міжнародну класифікацію порушень, інвалідності та недоліків: посібник із класифікації наслідків хвороби* (World Health Organization, 1980). Розробка ICIDH тривала з 1970 року з метою детального опису умов розвитку осіб з інвалідністю, визначення особливостей їх діагностування, лікування та догляду. ICIDH використовувалась з особами з інвалідністю різного віку, вона сприяла міждисциплінарній взаємодії між фахівцями, залученими до процесу реабілітації (медсестри, ерготерапевти, лікарі, фізіотерапевти та ін.). Одним з недоліків ICIDH було визначено недостатньо чітко висвітлену роль соціального та фізичного середовища в процесі реабілітації особи з інвалідністю.

Важливе значення у подальшому розвитку процесів реабілітації осіб з інвалідністю відіграють рекомендації ВООЗ 1980 року під короткою назвою «*Реабілітація*» (World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1980), відповідно до яких:

- дається визначення поняття «реабілітація», зміст якого полягає у поверненні людині втраченої дієздатності та передбачає дієве залучення особи до процесу реабілітації задля відновлення її фізичного стану, надання психологічної та соціальної підтримки під час реабілітації, можливе перенавчання для подальшого працевлаштування;
- визначається необхідність залучення у процес реабілітації команди фахівців, які володіють навичками фізіотерапії, ортопедичних технологій, ерготерпії, реабілітаційного догляду, логопедії, психологічних та рекреаційних послуг, медико-соціальної роботи, консультування у побутових питаннях, допомоги у працевлаштуванні;
- акцентується увага на скороченні часу перебування особи з інвалідністю в умовах лікарні та продовженні реабілітації за місцем проживання (домашні умови, соціальні служби, регіональні реабілітаційні центри), з обов'язковим залученням сім'ї до програми реабілітації;
- важливим фактором успішної реабілітації визначається впровадження обов'язкового консультування особи з інвалідністю та її родини.

Підготовлені ВООЗ рекомендації сприяли переорієнтуванню міжнародної політики з медичної на соціальну модель інвалідності.

Подальший розвиток напряму соціально-психологічної реабілітації був відображений в спільному позиційному документі ВООЗ, ЮНЕСКО та Міжнародної організації праці «*Реабілітація в*

громаді людей з інвалідністю» (World Health Organization, UNESCO та International Labour Organization, 1994). В даному документі розглядається необхідність впровадження реабілітації осіб з інвалідністю за місцем проживання з метою їх подальшої соціальної інтеграції. Реабілітація в громадах має здійснюватися у міждисциплінарній співпраці служб охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та праці. Відповідно до даного документу, для реабілітації залучаються додаткові фахівці у тому випадку, якщо неможливо особі з інвалідністю надати спеціалізовані послуги в межах громади.

Після дев'яти років співпраці міжнародних організацій, яку координувала ВООЗ, у 2001 році під час 54-ї Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я було затверджено *Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)* (World Health Organization, 2001).

МКФ розроблялась як універсальна класифікація, яку можна застосовувати до всіх людей, а не лише до осіб з інвалідністю. У Класифікації описуються як різні показники здоров'я, так і показники, пов'язані зі здоров'ям (участь у суспільному житті). МКФ забезпечує комплексний підхід до здоров'я з біологічної, особистісної та соціальної позицій: медичне вирішення проблем, спричинених хворобою або травмою; реалізація пацієнта; інтеграція пацієнта у суспільство. Таким чином, МКФ можна використовувати спеціалістам в різних сферах: медичній, освітній, реабілітаційній, соціальній тощо. Ще одним важливим аспектом з прийняттям МКФ є необхідність надання реабілітаційних послуг не лише особам з інвалідністю, але й тим, які мають тимчасові обмеження функціонування.

В результаті співпраці ВООЗ, Міжнародної організації праці та ЮНЕСКО у 2005 році прийнято *Стратегію реабілітації, вирівнювання можливостей, скорочення бідності та соціальної інтеграції осіб з інвалідністю у соціальних громадах* (World Health Organization, International Labour Office та UNESCO, 2005). Розробка даної стратегії стала наслідком проведених консультацій, організованих ВООЗ спільно з ООН в 2003 році у Хельсинки, з метою розробки рекомендацій з удосконалення процесу реабілітації осіб з інвалідністю за місцем проживання.

Стратегія реабілітації розглядається як рамковий документ, який дозволяє задовольнити потреби осіб з інвалідністю у суспільстві різних країн світу. Стратегія сприяє узгодженню діяльності різних сфер, задіяних в реабілітації зазначеної категорії осіб (охорони здоров'я, освіти, соціальних служб, центрів реабілітації та ін.).

Важливою тезою даного документу є усвідомлення, що реабілітаційні послуги не повинні надаватися без згоди і участі осіб, які отримують ці послуги. Зокрема наголошується на необхідності свідомого залучення до процесу реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, врахування їх потреб, побажань щодо можливого залучення інших осіб до надання реабілітаційних послуг.

Сучасні підходи до реабілітації осіб з інвалідністю засновані на положеннях *Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю* (United Nations та A. Byrnes, 2007), яку було прийнято Генеральною Асамблеєю ООН в 2006 та ратифіковано Україною у 2008 році. Конвенція виступає основним міжнародним договором ООН про права людей та встановлює рамкові вимоги щодо реабілітації осіб з інвалідністю.

Так, Стаття 19 Конвенції є основоположною в отриманні людиною послуг соціальної реабілітації, оскільки держави-учасниці повинні забезпечити доступ особам з інвалідністю «до різного роду послуг, що надаються вдома, за місцем проживання, та інших допоміжних послуг на базі місцевої спільноти, зокрема персональної допомоги, необхідної для підтримки життя в місцевій спільноті й включення до неї, та з метою недопущення ізоляції або сегрегації від місцевої спільноти».

Враховуючи положення Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, у 2010 році ВООЗ, ЮНЕСКО, Міжнародною організацією праці та Міжнародним консорціумом розвитку осіб з інвалідністю розроблено методичне керівництво *«Реабілітація в громаді»* (World Health Organization та International Disability Development Consortium, 2010), в якому розглядаються наступні компоненти: здоров'я, розширення прав і можливостей, соціальні питання, освіта, питання самозабезпечення. Методичне керівництво, насамперед, спрямоване на осіб з різними видами інвалідності, але також враховує права і потреби осіб, що мають психічні порушення та важкі захворювання (ВІЧ/СНІД, лепра). Розглянемо деякі компоненти методичного керівництва стосовно впровадження заходів соціальної реабілітації в соціальних громадах:

В компоненті «Розширення прав і можливостей» розглядається необхідність залучення до реабілітації всіх зацікавлених сторін (осіб з інвалідністю, членів їх сімей, груп самопомоги,

громадських організацій осіб з інвалідністю, членів громади, місцевих органів влади та інших) задля усунення бар'єрів всередині суспільної громади.

Компонент «Здоров'я» включає аспекти медико-санітарної допомоги осіб з інвалідністю на рівні громади, зокрема надання соціальних послуг реабілітації в межах громади та використання допоміжних технологій та пристосувань.

Компонент «Питання самозабезпечення» передбачає у осіб з інвалідністю розвиток навичок самообслуговування, читання, письма, рахунку, оволодіння знаннями, життєвими навичками, необхідними для самостійного життя в суспільстві, що в свою чергу повинно сприяти їх подальшій професійній реабілітації та працевлаштуванню.

В компоненті «Соціальні питання» розглядається місце соціальних служб у процесі реабілітації, що полягає у наданні індивідуальної допомоги особам з інвалідністю, якщо вони відчувають бар'єри у задоволенні власних потреб, та з метою залучення особи з інвалідністю до рекреаційної діяльності.

Отже розроблене методичне керівництво щодо реабілітації на рівні місцевої соціальної громади дозволяє у різних напрямках реалізовувати заходи соціальної реабілітації особи з інвалідністю за місцем її проживання та продовжити впровадження соціальної моделі інвалідності.

У 2013 році державами-членами ВООЗ був схвалений *Глобальний план дій ВООЗ щодо інвалідності на 2014-2021 роки* (World Health Organization, 2015), який закликав держав-учасниць: усунути перешкоди та покращити доступ до медичних послуг і програм; посилити та розширити реабілітаційні заходи; забезпечити використання допоміжних засобів та технологій, служб підтримки; удосконалити реабілітацію на рівні громади; покращити збір відповідних і порівнянних на міжнародному рівні даних щодо інвалідності та пов'язаних з нею послуг.

Досягнення цілей Глобального плану дій дозволяє особам з інвалідністю реалізувати свої прагнення в усіх аспектах життя. На виконання визначених цілей були розроблені методичні рекомендації *«Реабілітація в системі охорони здоров'я»* (World Health Organization, 2017). Зокрема в рекомендаціях висвітлюються особливості реалізації реабілітаційних заходів на першому, другому та третьому рівнях системи охорони здоров'я у стаціонарних відділеннях, реабілітаційних центрах та за місцем проживання; залучення фінансових ресурсів для надання реабілітаційних послуг; створення мультидисциплінарних команд реабілітації (три і більше спеціалістів) для осіб з важкими порушеннями.

З метою привернення уваги до питань реабілітації, ВООЗ було проведено захід *«Реабілітація 2030: заклик до дії»* (World Health Organization, 2017), під час якого прийнято важливі положення, що реабілітаційні послуги потрібні не лише особам з інвалідністю, але й іншим людям, які мають обмеження повсякденного функціонування, з метою профілактики інвалідності. Також серед інших концептуальних положень було визначено необхідність проведення психосоціальної реабілітації для даних категорій осіб, що сприятиме їх ефективній соціалізації.

Через кілька років ВООЗ було підготовлено методичні рекомендації з розвитку системи реабілітації *«Реабілітація в системі охорони здоров'я: керівництво до дії»* (World Health Organization, 2019). Зокрема в методичних рекомендаціях зазначається, що при наданні реабілітаційних послуг основна увага повинна приділятися не захворюванню, а підтримці та відновленню функціональних можливостей організму. Тому одним із найважливіших елементів реабілітації є навчання людей з обмеженнями повсякденного функціонування таким навичкам, як: турбота за своїм станом здоров'я, адаптація до своїх життєвих умов, досягнення та підтримка максимального рівня незалежності та активності.

На виконання ініціативи *«Реабілітація 2030: заклик до дії»* ВООЗ була розроблена *«Рамка реабілітаційних компетенцій»* (World Health Organization, 2020), відповідно до якої кожна людина при необхідності буде мати можливість отримати доступ до високоякісних послуг реабілітації.

«Рамка реабілітаційних компетенцій – це модель, яка відображає очікувані чи бажані показники діяльності реабілітаційних працівників різного професійного профілю, спеціалізації та в різних умовах для забезпечення високоякісного надання належних видів допомоги. Рамка реабілітаційних компетенцій включає ряд взаємодоповнюючих і взаємопов'язаних компонентів, зокрема: основні цінності та переконання; компетенції та професійну поведінку, через які вони виявляються; види діяльності та робочі завдання, які вони охоплюють; знання та навички» (World Health Organization, 2020).

Зазначені компоненти систематизовано за п'ятьма сферами діяльності, які охоплюють широкий

спектр напрямів реабілітаційної діяльності: практика, професіоналізм, навчання та професійний розвиток, управління та лідерство, наукові дослідження.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Проаналізований зміст міжнародних положень, стратегій у сфері реабілітації осіб з інвалідністю та обмеженнями повсякденного функціонування дозволив встановити, що вперше поняття «реабілітація» в міжнародній практиці було використано для позначення необхідності відновлення функцій організму з метою покращення якості життя, а не лише лікування, і датується це 1844 роком. Реабілітаційні послуги (медичні, рекреаційні та соціальні) з'явилися після завершення Першої світової війни. Надавалися дані послуги представниками Червоного Хреста ветеранам війни. Подальший розвиток надання реабілітаційних послуг пов'язаний із створенням різних міжнародних організацій. Сучасні підходи до реабілітації осіб з інвалідністю засновані на положеннях Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю. До 2001 року система реабілітації розглядалася в усьому світі лише по відношенню до осіб з інвалідністю. Після затвердження ВООЗ Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), сфера реабілітаційних заходів почала поширюватися не лише на осіб з інвалідністю. Розроблена у 2020 році «Рамка реабілітаційних компетенцій» передбачає, що кожна людина при необхідності буде мати можливість отримати доступ до високоякісних послуг реабілітації. Наші подальші дослідження спрямовані на визначення вітчизняної практики надання соціальних реабілітаційних послуг із врахуванням міжнародних стратегій особам з обмеженнями повсякденного функціонування, в тому числі особам з порушеннями зору.

Список використаних джерел:

1. **Макарова, Е. В.** (2014). Основні положення міжнародних класифікацій як критерії визначення стану здоров'я в реабілітації осіб з інвалідністю. *Педагогіка, психологія та медикобіологічні проблеми фізичного виховання і спорту*, (5), 42-49. Режим доступу: <https://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2014-05/14mevpwd.pdf>.
2. **Мельник, В. П.** (2018). Міжнародно-правове регулювання соціального захисту осіб з інвалідністю у сфері реабілітації та праці: теоретико-правовий підхід. *Прикарпатський юридичний вісник*, (1), 22, 63-67. Режим доступу: http://pju.nuoua.od.ua/v1_2018/17.pdf.
3. **Закон України** (2021). Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 8. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.
4. **Сасіна, І. О.**, Паламар, О. М., Гребенюк, Т. М., Купріянова, Т. О., & Медведок, Л. Г. (2022). Удосконалення системи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, які отримали порушення зору внаслідок бойових дій. *Науковий часопис. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*. <https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series5.2022.88.35>.
5. **Declaration on the Rights of Disabled Persons** (1975). United Nations Office General Assembly. Retrieved from: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/res3447.pdf>.
6. **Hackett, V. M.** (1937). International society for crippled children. *Journal of Rehabilitation*, 3 (4). 11.
7. **Rehabilitation International: RI Global**. Retrieved from: <https://www.riglobal.org/about/>.
8. **Riener, R.** (2013). *Rehabilitation Robotics, Foundations and Trends in Robotics*. Vol. 3: No. 1-2, pp 1-137. <http://dx.doi.org/10.1561/23000000028>.
9. **Robinson, C. J.** (1995). Rehabilitation engineering, science, and technology. *Biomedical Engineering Handbook*, 2, 119.
10. **United Nations, & Byrnes, A.** (2007). *From Exclusion to Equality: Realizing the Rights of Persons with Disabilities: Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Its Optional Protocol*. United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights. Retrieved from: <https://doi.org/10.18356/46bfff7d-en>.
11. **Universal Declaration of Human Rights** (1948). United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. Retrieved from: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
12. **WHO Expert Committee on Rehabilitation & World Health Organization.** (1958). Expert Committee on Medical Rehabilitation [meeting held in Geneva from 24 to 28 February 1958] : first report. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40418>.
13. **World Health Assembly, 3.** (1950). Rehabilitation of the disabled, including the blind. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/99870>.
14. **World Health Assembly, 5.** (1952). Rehabilitation of the physically handicapped: co-ordinated international programme. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/101862>.
15. **World Health Organization** (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH): a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>.
16. **World Health Organization** (2017). Rehabilitation 2030a Call for Action: The Need to Scale up Rehabilitation. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339910>.
17. **World Health Organization, & International Disability Development Consortium.** (2010). Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44405>.
18. **World Health Organization, International Labour**

Office & UNESCO. (2005). CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities : joint position paper / International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and the World Health Organization. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43060>. 19. **World Health Organization, UNESCO & International Labour Organization.** (1994). Community-based rehabilitation for and with people with disabilities: 1994 joint position paper. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75842>. 20. **World Health Organization.** (2015). *WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability.* World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-disability-action-plan-2014-2021>. 21. **World Health Organization.** (2017). Rehabilitation in health systems. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254506>. 22. **World Health Organization.** Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1980). Rehabilitation. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/120382>. 23. **World Health Organization.** (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>. 24. **World Health Organization.** (2019). Rehabilitation in health systems: guide for action. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325607>. 25. **World Health Organization.** (2020). Rehabilitation competency framework. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338782>. 26. **World War I and the American Red Cross.** Retrieved from: <https://www.redcross.org/content/dam/redcross/National/history-wwi.pdf>.

References:

1. **Makarova, E. V.** (2014). Osnovni polozhennya mizhnarodny`x klasyfikacij yak kry`teriyy vy`znachennya stanu zdorov'ya v reabilitaciyi osib z invalidnistyu. [The main provisions of international classifications as criteria for determining the state of health in the rehabilitation of persons with disabilities. Pedagogy, psychology and medicobiological problems of physical education and sports]. *Pedagogika, psy`xologiya ta medy`kobiologichni problemy` fizy`chnogo vy`xovannya i sportu*, (5), 42-49. Rezhy`m dostupu: <https://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2014-05/14mevpwd.pdf> [in Ukrainian].
2. **Mel'ny`k, V. P.** (2018). Mizhnarodno-pravove reguluvannya social`nogo zaxy`stu osib z invalidnistyu u sferi reabilitaciyi ta praci: teorety`ko-pravovy`j pidxid. [International legal regulation of social protection of persons with disabilities in the field of rehabilitation and work: theoretical and legal approach. Carpathian Legal Gazette]. *Pry`karpats'ky`j yury`dy`chny`j visny`k*, (1), 22, 63-67. Rezhy`m dostupu: http://pju.nuoua.od.ua/v1_2018/17.pdf [in Ukrainian].
3. **Zakon Ukrayiny`** (2021). Pro reabilitaciyu u sferi oxorony` zdorov'ya [About rehabilitation in the field of health care]. *Vidomosti Verxovnoyi Rady`*, 8. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> [in Ukrainian].
4. **Sasina, I. O., Palamar, O. M., Grebenyuk, T. M., Kupriyanova, T. O., & Medvedok, L. G.** (2022). Udoshkonalennya sy`stemy` social`no-psy`xologichnoyi reabilitaciyi vijs`kovosluzhbovciv, yaki otry`maly` porushennya zoru vnaslidok bojovy`x dij. [Improvement of the system of socio-psychological rehabilitation of servicemen who suffered visual impairment as a result of hostilities. Scientific journal. Series 5. Pedagogical sciences: realities and prospects]. *Naukovy`j chasopy`s. Seriya 5. Pedagogichni nauky` : realiyi ta perspekty`vy`*. <https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series5.2022.88.35> [in Ukrainian].
5. **Declaration on the Rights of Disabled Persons** (1975). United Nations Office General Assembly. Retrieved from: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/res3447.pdf>.
6. **Hackett, V. M.** (1937). International society for crippled children. *Journal of Rehabilitation*, 3 (4), 11.
7. **Rehabilitation International: RI Global.** Retrieved from: <https://www.riglobal.org/about/>.
8. **Riener, R.** (2013). Rehabilitation Robotics, Foundations and Trends in Robotics. Vol. 3: No. 1–2, pp 1-137. <http://dx.doi.org/10.1561/23000000028>.
9. **Robinson, C. J.** (1995). Rehabilitation engineering, science, and technology. *Biomedical Engineering Handbook*, 2, 119.
10. **United Nations, & Byrnes, A.** (2007). *From Exclusion to Equality: Realizing the Rights of Persons with Disabilities: Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Its Optional Protocol.* United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights. Retrieved from: <https://doi.org/10.18356/46bfff7d-en>.
11. **Universal Declaration of Human Rights** (1948). United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. Retrieved from:

<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. 12. **WHO** Expert Committee on Rehabilitation & World Health Organization. (1958). Expert Committee on Medical Rehabilitation [meeting held in Geneva from 24 to 28 February 1958] : first report. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40418>. 13. **World** Health Assembly, 3. (1950). Rehabilitation of the disabled, including the blind. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/99870>. 14. **World** Health Assembly, 5. (1952). Rehabilitation of the physically handicapped: co-ordinated international programme. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/101862>. 15. **World** Health Organization (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH): a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>. 16. **World** Health Organization (2017). Rehabilitation 2030a Call for Action: The Need to Scale up Rehabilitation. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339910>. 17. **World** Health Organization, & International Disability Development Consortium. (2010). Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44405>. 18. **World** Health Organization, International Labour Office & UNESCO. (2005). CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities : joint position paper / International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and the World Health Organization. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43060>. 19. **World** Health Organization, UNESCO & International Labour Organization. (1994). Community-based rehabilitation for and with people with disabilities: 1994 joint position paper. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75842>. 20. **World** Health Organization. (2015). *WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability*. World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-disability-action-plan-2014-2021>. 21. **World** Health Organization. (2017). Rehabilitation in health systems. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254506>. 22. **World** Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1980). Rehabilitation. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/120382>. 23. **World** Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>. 24. **World** Health Organization. (2019). Rehabilitation in health systems: guide for action. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325607>. 25. **World** Health Organization. (2020). Rehabilitation competency framework. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338782>. 26. **World** War I and the American Red Cross. Retrieved from: <https://www.redcross.org/content/dam/redcross/National/history-wwi.pdf>.

Sasina I., Grebeniuk T., Medvedok L. Key provisions of the international policy regarding the rehabilitation of persons with limitations in daily functioning.

The purpose of this article is to analyze the content of international documents in the field of rehabilitation of persons with disabilities and limitations in daily functioning as well as to determine the key provisions for the formation of international policy in this area. It has been established that the concept of «rehabilitation» was first used in international practice in 1844 to define the need for restoring the functions of the body in order to improve the quality of life. Rehabilitation services (medical, recreational, and social) emerged after the end of World War I and were provided by representatives of the Red Cross to war veterans. The further development of rehabilitation services relates to the creation of various international organizations. The modern concept of «rehabilitation» is considered as the restoration of a person's lost capacity, which specifies effective involvement of the person into the rehabilitation process to restore their physical condition, provision of psychological and social support during rehabilitation, and possible job retraining for further employment. Domestic and foreign sources consider different types of rehabilitation of persons with disabilities such as medical, psychological, social, physical, elementary, cultural, and vocational rehabilitation.

Also, depending on the rehabilitation object, their psycho-emotional state, and the specific situation that affects the provision of rehabilitation services, it is advisable to use complex rehabilitation measures; that involves a purposeful combination of its various types. The main key principles that currently shape international rehabilitation policy are the «Convention on the Rights of Persons with Disabilities», the «International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF», and the «Rehabilitation Competency Framework». Prior to 2001, the rehabilitation system worldwide was only considered for people with disabilities. Today, according to international documents, every person has the opportunity to access qualitative rehabilitation services if necessary.

Our further research is aimed at determining the domestic practice of providing services for social rehabilitation of people with limitations in their daily activities, including those with visual impairments, taking into account international strategies.

Key words: rehabilitation, limitations of activity, person with disabilities, rehabilitation services, social services, assistive technologies.

DOI: <https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series19.2023.44.12>

УДК: 376-056.26:378]:005.3362

В. Ф. Сергеева

valentina.sergeeva@live.com

<https://orcid.org/0000-0003-0800-3401>

ВЕКТОРИ КОМПЕТЕНТІСНО ОРІЄНТОВАНОЇ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ-ДЕФЕКТОЛОГІВ

Статтю присвячено актуальній проблемі фахової підготовки майбутніх учителів-дефектологів. Аналізуються поняття «компетентність» та «професійна компетентність вчителя-дефектолога»; компетентісно орієнтована фахова підготовка вчителя-дефектолога у закладі вищої освіти визначається як така, що має бути спрямована на формування загальних та спеціальних компетентностей з огляду на поліфункціональність надання освітніх послуг особам (дітям) з ООП; розглянуто окремі вектори організації такої підготовки здобувачів освіти спеціальності «Спеціальна освіта» у Волинському національному університеті імені Лесі Українки; зазначено, що освітній процес, складовими якого є, зокрема, теоретична та практична підготовка циклу обов'язкових освітніх компонентів освітньо-професійної програми, здобуття поглиблених професійних знань відповідно до освітніх компонентів вибіркових дисциплін, розвиток «м'яких навичок», долучення до дистанційного і змішаного навчання, забезпечує належну фахову підготовку висококваліфікованих учителів-дефектологів, здатних до самостійної педагогічної діяльності у галузі освіти дітей з особливими потребами.

Ключові слова: компетентність, професійна компетентність вчителя-дефектолога, компетентісно орієнтована фахова підготовка вчителя-дефектолога, заклад вищої освіти, багатовекторний освітній процес.

Постановка проблеми. Сучасний учитель-дефектолог – особливий педагог, адже сфера його діяльності також особлива – навчання, виховання, розвиток, соціалізація дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Саме учителю-дефектологу апіорі належить провідна роль у реалізації у шкільній (дошкільній) спеціальній та інклюзивній практиці нової освітньої парадигми, нових способів організації освітнього процесу, зокрема особистісно орієнтованого (залежно від індивідуальних потреб учня (вихованця)).

Завдання учителя-дефектолога у професійній діяльності є доволі розгалужені і складні, потребують широкої загальної ерудиції, сформованої світоглядної позиції, значного арсеналу фахових компетентностей, належного розвитку особистісних якостей. Зокрема, учитель-дефектолог планує і здійснює навчальну, виховну, корекційну, компенсаційну, реабілітаційну, соціально-захисну, здоров'язбережувальну, психотерапевтичну, діагностичну, дослідницьку роботу з дітьми, що мають порушення розвитку; забезпечує умови для засвоєння ними відповідних навчальних та компенсаційно-корекційних програм з урахуванням порушень, вікових індивідуальних особливостей дітей, сприяє їхній соціальній реабілітації та адаптації, профорієнтації. Корекційний педагог вивчає і фіксує динаміку розвитку дітей, виробляє оптимальну стратегію-взаємодію з кожною дитиною, проектує шляхи освітнього й корекційно-реабілітаційного процесу, обирає ефективні форми, методи, засоби роботи з