

therefore, it is necessary to gradually involve them in labor processes: self-dressing, using the toilet, washing, receiving food, bedding, cleaning, etc.

The main directions of correctional and educational work on the formation of self-care skills in preschoolers with intellectual disorders: the skills of eating (able to distinguish between dishes, food, be able to use a spoon and a fork, neatly eat, do not pour and do not throw food, wash hands before eating, serve a table); hygienic skills; skills cleanliness (cover the table, eat neatly, use a napkin, clean dishes, wash hands with soap, wipe hands with a towel); dressing and undressing skills. In order to study the formation of social and domestic skills in children with moderate and severe mental retardation, we conducted an experiment that included a set of methods: a survey; conversations with educators; analysis of lessons; observation of children during times of rest and social-oriented orientation classes; creating relevant situations in everyday activities. The study found that the formation of personal hygiene is difficult enough, in general, children know that you need to be clean, how to behave in the bathroom, but cannot explain the need to follow these rules, often go to the bathroom just to play in the water, and explain body washing, brushing, hair combing by a caregiver's request, not their own need.

Key words: child with mental disorders, moderate and severe mental retardation, personal hygiene skills, special institution.

DOI 10.31392/NPU-nc.series19.2019.38.08

УДК: 376-056.264

Галущенко В.І. victoria.galushchenko@ukr.net

ВПЛИВ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ В ГЕНЕЗІ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ СТЕРТОЇ ДИЗАРТРІЇ

У статті проаналізовано вплив перинатальних факторів в генезі порушень у дітей з різними формами стертої дизартрії та окреслено клініко-педагогічна характеристика дітей зі стертою дизартрією. Вивчення стертої дизартрії є предметом дослідження медичних, педагогічних і лінгвістичних дисциплін. Для стертої дизартрії характерно наявність симптомів мікроорганічного ураження центральної нервової системи: недостатня іннервація органів мовлення –голосового, артикуляційного і дихального відділів; порушення м'язового тону артикуляційної та мімічної мускулатури. Акцентується увага на особливості перинатальних факторів патології нервової системи у виникненні різних клінічних форм стертої дизартрії. Дослідженням та вивченням клінічних проявів, етіології і симптоматики легких форм дизартрії, механізмів розвитку порушень та методів їх корекції у різні роки займалися багато авторів. Під час обстеження дітей зі стертою дизартрією в рамках дослідження діагностично-проектувального етапу було виявлено сукупність різних неврологічних симптомів, що дозволили виокремити підгрупи дошкільників зі стертими формами дизартрії з урахуванням локалізації ураження.

Ключові слова: стерта дизартрія, перинатальні порушення, неврологічна симптоматика, клінічні форми стертої дизартрії.

Проблеми профілактики та ранньої реабілітації патології мовлення дітей на Україні, зокрема внаслідок органічних уражень мозку, набувають особливої актуальності як у наданні психолого-педагогічної допомоги таким хворим, так і щодо подальшої соціальної адаптації їх у суспільстві. Складним розділом медико-психолого-педагогічної реабілітації є відновлення порушень моторних та мовленнєвих розладів у дітей зі стертою дизартрією [1; 3; 4; 5;]. Провідними при цій патології є різноманітні мовленнєво - рухові розлади, що проявляються у різних формах дизартрій, основними клінічними ознаками яких є порушення артикуляції та просодичного компонента мовлення [2; 3].

Дизартрія — тяжке порушення мовлення, що супроводжується розладом артикуляції, фонації, мовленнєвого дихання, темпо-ритмічної організації та інтонаційного забарвлення мовлення, внаслідок чого вона втрачає свою членороздільність і виразність. Серед дітей поширеність дизартрії становить 3–6%, проте останніми роками простежується виражена тенденція до збільшення кількості дітей з цією патологією. У логопедії дизартрія входить до трійки найпоширеніших форм порушень усного мовлення, за частотою поступаючись лише дислалії і випереджаючи алалію. Оскільки в основі патогенезу дизартрії лежать органічні ураження центральної і периферичної нервової системи, це мовленнєве порушення також вивчають фахівці з неврології та психіатрії [1;4;6].

Аналіз літературних джерел засвідчує про наявність широкого кола клінічних досліджень, присвячених сучасним методам діагностики і подолання порушень психомоторного розвитку дітей перших років життя (Л.О.Бадалян, О.В.Головченко, Л.Т.Журба, Л.Г.Кирилова, В.Н.Кожевников, Л.С.Персіанінов, Г.М.Савельєв, І.О.Скворцов, Г.Є.Сухарева, Е.І.Ямпольська, та ін.). Дослідженням та вивченням етіології і симптоматики легких форм дизартрії, механізмів розвитку порушень та методів їх корекції у різні роки займалися багато авторів (О. Архіпова; Р. Белова-Давід; Г. Гуровець; Л. Данілова; Л. Лопатіна; Л. Мелєхова; Р.Мартінова; Н. Пахомова; Л. Позднякова; Н. Серебрякова; Є. Собонович, Т. Сорочинська ; Н. Стеніна, В. Тарасун та інш.[6]).

Мета. У межах медичного напрямку, за результатами проведення клінічного скринінгу діагностично-проектувального етапу ми здійснили аналіз даних анамнезу, історій хвороб, мовленнєвих карток, бесід з батьками, експрес-оцінювання, анкетування. Результати обстеження показали, що в дітей зі стертою дизартрією, як правило, відзначаються наслідки порушень перинатального, натального та постнатального періодів розвитку. Вдалося визначити основні негативні фактори, що призводять до порушень неврологічного статусу дітей.

Серед несприятливих факторів **пренатального періоду** були зафіксовані токсикози вагітності (першої та другої половини). Їх симптоми спостерігалися в 158(77,5 %) матерів. Анемія I та II ступені відзначалася в 164 (80,3%) матерів, інфекційні захворювання матері в першому триместрі вагітності, фізична травма у 82 (40,1%) матерів. Загроза невиношування (особливо до 13 тижнів вагітності) спостерігалася у матерів 74 (36,2 %); 44 (21,6 %) матері протягом першої половини вагітності перенесли ГРВІ, у 18 (8,82%) матерів - хламідіоз, ВСД за гіпотонічним типом була у 16 (7,8%), ВСД за гіпертонічним типом — у 38 (18,6 %), гіпотрофія плоду спостерігалася у 6 (2,9 %), ниркова недостатність матері – 28 (13,7%).

Характерною особливістю даних анамнезу (за експрес-опитуванням та даними медичних висновків) було наявність у переважної більшості матерів - 189(92,64%) підвищення тону мати під час вагітності. Цей факт, на нашу думку, є одним з провідних негативних факторів, які провокують появу порушення іннерваційної роботи м'язів, як наслідок постійного пригнічення, спастичного стану, гіпоксії плоду в період вагітності. Це призводить до появи у подальшому стертої дизартрії в дітей.

Патологія **у пологах** зафіксовано в анамнезі у 154(75,5%) дітей (передчасні пологи – 36(17,6%) дітей, стрімкі пологи, тривалий безводний період, Кесарів розтин, резус-конфлікт, гіпоксія, асфіксія різного ступеня виразності, пологова травма шийних відділів хребта, застосування медикаментозних засобів стимуляції, заходи щодо оживлення). Ми враховували данні щодо оцінювання дітей за шкалою АПГАР, яке отримували діти під час народження. Відомо, що нормою вважається оцінювання за шкалою АПГАР у 9-10 балів. Ми відзначали оцінювання у 6-7-8 балів (за медичними висновками під час народження дітей) Це вказувало на наявність легкої асфіксії, гіпоксії плоду, резидуальної енцефалопатії, що в подальшому призводить до мінімальної мозкової дисфункції та церебрастенічному синдрому. Усі діти ЕГ знаходилися на обліку у невропатолога з моменту народження, з різними діагнозами: перинатальна енцефалопатія -48 дитини (23,5 %), гіпертезійно-гідроцефальний синдром - 24 дітей (11,7 %), синдром рухових дисфункцій - 38 дітей (18,6 %), спастичний синдром – 122 дитини (59,8%); затримка внутрішньоутробного розвитку - 16 дітей (7,8 %), 178 дітей (87,2%) – антеро - невротичний синдром.

Різноманітні відхилення від норми відзначалися й у **постнатальному** періоді розвитку дітей зі стертою дизартрією.

Анамнези більшості дітей 166 (81,4%) містять данні про часті респіраторні, вірусні та інфекційні захворювання (грип, бронхіт, отит, ангіна, герпетична інфекція, пневмонія, кір, краснуха, кишкові інфекції).

У 178 (87,3%) дошкільників спостерігалися порушення психомоторного розвитку, що визначалися в затримці формування таких рухових функцій, як утримання голови (в анамнезах після 1,5 місяців до 2,5 місяців), самостійне сидіння (після 7 місяців до 1 року), ходіння (після 1 року 2 місяців до 1 року 9 місяців).

Показники раннього мовленнєвого розвитку в дітей коливалися від норми до стійкої затримки темпів появи мовлення. Так, у 16 (7,8%) дітей гуління з'явилося з 4,5 міс, белькотіння з 7-8 міс. - у 12,7

%. Перші слова у середньому з'являлися у малят після 7-15 міс (36%), елементарна фраза - з 1,5-3,5 років (29%).

У висновках додаткових обстежень (електроенцефалографії, ехоенцефалографії) відзначалися підвищення судомної готовності мозку, яке співвідносилось з підвищенням м'язового тону м'язового піднебіння у дітей 47(23%), венозний застій у головному мозку 63(31%), підвищений внутрішньочерепний тиск 182(89%). Це призводить до розладу емоційно-вольової сфери дитини, постійно підвищеної втомлюваності, вегетативних порушень.

Більшість дітей - 188 (92,5%) знаходилися на обліку в інших фахівців-медиків: ортопеда (вальгусна установа стоп 62 (30%)); отоларінголога (аденоїди і гіперплазії мигдаликів I - II ступеня 25(12%)); алерголога - 42 (21%), гастроентеролога - дискінезія жовчного міхура та протоків 59 (29%).

Виявлена наявність різного роду порушень функції гастроорганів, як результат спотвореної іннервації, спазматичних станів, вегетативних розладів, недостатності кисневого постачання у клітини організму свідчить про локальність розповсюдження тонусних порушень.

Для дослідження було принципово важливим дослідити наявність/відсутність впливу різних клінічних проявів, що входять в структуру порушень стертої дизартрії, на стан просодичного боку мовлення. З огляду на це, за результатами клініко-діагностичного обстеження було виділено ЕГ дітей з різними формами стертої дизартрії, які співвідносяться за класифікацією, визначеною Є. Соботович у співавторстві з лікарем-неврологом А. Чернопольською ще у 1974 році. Ця класифікація не знайшла широкого застосування у диференційній діагностиці стертих дизартрій (з огляду на її складність, але надзвичайну діагностичну глибину) [216].

Відповідно даних обласної та міської МППК, неврологічного обстеження у межах нашого дослідження було умовно виділено 4 клінічні підгрупи дошкільників з різними стертими формами дизартрії: 130 дітей з діагнозом - стерта псевдобульбарна спастична дизартрія, 18 - стерта псевдобульбарна паретична, 24 - стерта коркова та 30 - стерта змішана дизартрії. Усі клінічні симптоми при стертих формах дизартрії відзначалися мінімальними проявами неврологічної симптоматики та були підтверджені неврологом.

До першої підгрупи 130 (63,72%) увійшли діти, у яких за даними невролога переважали мікропрояви порушень функціонування черепно-мозкових нервів, відзначалася недостатність функціонування лицьового нерва 42 (32,3%), порушення функцій язикоглоткового - 11 (8,5%); блукаючого - 15 (11,5%), під'язикового - 38 (29,3%), окорухового - 24 (18,5%) нервів.

У мовленнєвому статусі відзначався спастичний стан артикуляційної мускулатури. Але паралельно відзначалося у дітей і парціальне скорочення м'язів артикуляційного апарату з невираженим кінчиком язика та підвищенням тону спинки язика. У дітей цієї групи було виявлено обмеження об'єму та амплітуди рухів язика (особливо вгору, вперед і в сторони), що спостерігалось в 46 дітей (35,4 %); пасивність кінчика язика - у 48 дітей (36,92 %), гіпотонія м'язів передньої частини язика при спастичності середньої - у 36 дітей (27,7 %), швидкої виснажливості артикуляційних рухів - у 118 дітей (90,76%). У 48 дітей (36,9 %) відзначалося девіація язика при функціональній пробі утримання язика по середній лінії рота, обмеження рухливості увулі і м'язового піднебіння, його девіації, спастичному стані - у 18 дітей (13,84 %), порушень голосоутворення - у 94 дітей (72,3 %), зниження об'єму, амплітуди і точності рухів губ, напруги колового м'яза рота - у 62 дітей (48 %), рухів нижньої щелепи - у 24 дітей (36,92 %), легкої невизначеності носо-губних складок - у 14 дітей (10,76 %).

У мовленні 66 (50,76%) дітей відзначалася спотворена вимова звуків, але порушення не були однотипними і поширювалися на різні групи звуків, що визначалося порушенням тону різних м'язових груп. У 38 дітей (29,23%) - боковий, шиплячий сигматизм, бокова вимова сонорних звуків, передньоязикових Д,Т,Н, яка виникала як наслідок односторонніх парезів язика. У 32 дітей (12,3%) спостерігалася викликана парціальним порушенням м'язів язика, слабкістю видиху. Для 12 дітей (9,23%) було характерним змішана міжзубна та бокова вимова усіх груп свистячих та шиплячих, звуків Р,Д,Т,Н,Л. Ця підгрупа досліджуваних дітей виявилася найчисленнішою за своєю кількістю - 130 дітей і за наявністю переважаючої сукупності мікропроявів неврологічної симптоматики та порушень звуковимови ми виділили її як **стерту псевдобульбарну спастичну дизартрію** (далі СПСД).

Другу підгрупу – 18 (8,82%) склали діти, у неврологічному статусі яких переважали млявість артикуляції, нечіткість дикції, загальна змазаність мовлення, зниження м'язового тону. У дітей відзначалася паретичність м'язів язика, що призводило до порушення вимови передньоязикових зімкнених приголосних Т,ТЬ,Д,ДЬ і передньоязикових зімкнено – прохідних Н,НЬ. Спотворена вимова відзначалася і передньо - щілинних приголосних С,СЬ,З,ЗЬ,Ш,Ж та африкатів Ц,Ч. Паретичний стан м'язів артикуляції призводив до порушення створення перешкоди видихуваного повітря та спрощення вимови африкатів Ц – ТС – С. Порушення інервації м'язів передньої частини язика призводило до появи одно ударного Р та міжзубної вимови. Ця група виявилась самою малочисленою – 18 дітей і за характером порушень ми віднесли її до **стертої псевдобульбарної паретичної дизартрії** (СППД).

Третю підгрупу склали 24 (11,7%) дітей. У неврологічному статусі відзначалася мікросимптоматика у вигляді підвищення та зниження м'язового тону з однієї або двох сторін, наявність патологічних рефлексів. Характерним для дітей цієї підгрупи була відсутність осередкової мікросимптоматики з одночасним виконанням у неповному об'ємі рухів мімічної та оральної мускулатури. У артикуляційній моториці спостерігалася поряд з недостатністю кінестетичного праксису – у 131 (64,2%) дітей і недостатність кінетичного – у 73 (35,8%) дітей, що засвідчує корковий характер порушень, які пов'язані з одностороннім ураженням кори домінантної півкулі.

У першому випадку виявилися порушення шиплячих та африкатів, які артикулювалися дітьми у губно-зубному варіанті. Звуки Р,Л замінювалися звуком І, звук Р звуками Л,Ль. Заміни було нестабільними. Один звук мав декілька варіантів заміни. У другому випадку переважним було наявність динамічного кінетичного праксису, яке виявлялося у порушеннях вимови складних африкат, що розпадалися на складові елементи. Цю групу ми віднесли до **коркової стертої дизартрії** (СКД).

До четвертої підгрупи увійшло 32 (15,1%) дітей, у неврологічному статусі яких відзначалися дискоординація моторики, порушення функціонування різних черепно-мозкових нервів, оральна та лицьова диспраксія. У цих дітей спостерігалися дизембріогенетичні стигми (43 %). У одних дітей ми відзначали обмеження обсягу рухів однієї половини тіла, у інших – рухова гіперактивність, прискорений темп рухів, занепокоєння, швидкість перевимкнення на інші об'єкти. Це засвідчує наявність симптомів порушень і в артикуляційних рухах: у одних дітей спостерігалась млявість, скутість, труднощі виконання складних рухів, загальна інертність. У інших – рухливе занепокоєння, труднощі підбору артикуляційних поз, неможливість утримання заданого положення язика. Наявність синкінезій нижньої щелепи, лицьової мускулатури, кистьового захвату, спастичний стан пальців рук тощо. Цю групу склали діти, у яких спостерігалися рівнозначно виражені ознаки нерізко визначеної симптоматики екстрапірамідної, псевдобульбарної і мозочкової дизартрії, що не дозволило звести ці прояви до однієї клінічної форми стертої дизартрії. У дошкільників зустрічалися комбіновані порушення звуковимови, характерні для різних клінічних груп: боковий, міжзубний сигматизм свистячих та шиплячих; велярний, увулярний ротацизм; губно-губний, губно-зубний лямбдацизм. З огляду на зазначене вище, порушення мовлення в дітей цієї підгрупи ми віднесли до **змішаної стертої дизартрії** (СЗД).

У дітей зі стертою формою дизартрії були виявлені різні за ступенем виразності та проявам порушення просодичної сторони мовлення, як фізично-акустичних показників, так порушення звуковимовної організації в цілому.

Результати діагностично-диференційного дослідження дозволили зробити наступні **висновки**:

1. У дітей зі стертою дизартрією відзначаються ускладнення впливу перинатального, натального та постнатального періодів розвитку. Характерною особливістю порушення перинатального періоду розвитку дітей була наявність практично у переважній більшості матерів підвищення тону матки під час вагітності. Це викликає недостатність іннерваційної можливості м'язів, як наслідок постійного пригнічення, спастичного стану, гіпоксії плода в період вагітності. Цей факт, за нашими спостереженнями є одним з провідних факторів, які у подальшому призводять до стертої дизартрії.

2. Важливими виявилися дані про взаємовплив гастропроблем, що визначали стан порушень вегетатики та враховувалися під час складання індивідуальних карт корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми.

3 Під час обстеження дітей зі стертою дизартрією було виявлено сукупність різних неврологічних симптомів, що дозволили виокремити підгрупи дошкільників зі стертими формами дизартрії з урахуванням локалізації ураження.

Перспективами подальших пошуків у напрямі дослідження вважаємо удосконалення міжсистемних зв'язків та аналізу стану вищих психічних функцій в діагностиці аномального розвитку, зіставленні нейропсихологічних і неврологічних порушень в виявленні мікросимптоматичних проявів, що характеризують стерті форми дизартрії.

Список використаних джерел.

1. Архипова Е. Ф. (2006). Стертая дизартрия у детей : учебное пособие. Москва : АСТ Астрель.
2. Бадалян Л. О. (1988). Детские церебральные параличи Київ : Здоровья.
3. [Бусова В.І.](#) (2001). Ранняя комплексная реабилитация психоречевых нарушений у детей с применением низкочастотной импульсной электростимуляции (Дис. канд. мед. наук). Одесса.
4. Галущенко В.І. (2012). Особливості формування просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії, (Дис. канд. пед. наук). Одесса.
5. Грищенко В. І. (2001). Актуальні проблеми сучасної перинатальної патології . Буковинський медичний вісник. 2 (3), 3-7.
6. М.К.Шеремет (Ред.). (2012) С.Ю. Логопсихологія : навчальний посібник , Київ : Знання.

References:

1. **Arkhylova E. F.** (2006). Stertaia dyzartryia u detei : uchebnoe posobyе. Moskva : AST Astrel. 2. **Badalian L. O.** (1988). Detskye tserebralnye paralychy Kyiv : Zdorovia. 3. **Busova V.I.** (2001). Ranniaia kompleksnaia reabylytatsyia psykhorechevykh narusheni u detei s prymenenyem nyzkochastotnoi ympulsnoi elektrostymulyatsyy (Dys. kand. med .nauk). Odessa. 4. **Halushchenko V.I.** (2012). Osoblyvosti formuvannia prosodychnoho komponenta movlennia u ditei zi stertoiu formoiu dyzartrii, (Dys. kand. ped. nauk). Odessa. 5. **Hryshchenko V. I.** (2001). Aktualni problemy suchasnoi perynatalnoi patolohii . Bukovynskiy medychnyi visnyk. 2 (3), 3-7. 6. **M.K.Sheremet** (Red.). (2012) S.lu. Lohopsykholohiia : navchalnyi posibnyk , Kyiv : Znannia.

Галущенко В.І. Влияние перинатальных факторов в генезисе нарушений у детей с различными формами стертой дизартрии.

В статье проанализировано влияние перинатальных факторов в генезисе нарушений у детей с различными формами стертой дизартрии и намечены клинико-педагогическая характеристика детей со стертой дизартрией. Изучение стертой дизартрии является предметом исследования медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин. Для стертой дизартрии характерно наличие симптомов микроорганических поражения центральной нервной системы: недостаточная иннервация органов речи: голосового, артикуляционного и дыхательного отделов; нарушения мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры. Акцентируется внимание на особенности перинатальных факторов патологии нервной системы в возникновении различных клинических форм стертой дизартрии. Исследованиям и изучением клинических проявлений, этиологии и симптоматики легких форм дизартрии, механизмов развития нарушений и методов их коррекции в разные годы занимались многие авторы. При обследовании детей со стертой дизартрией в рамках исследования лечебно-проектировочного этапа было выявлено совокупность различных неврологических симптомов, которые позволили выделить подгруппы дошкольников со стертыми формами дизартрии с учетом локализации поражения.

Ключевые слова: стертая дизартрия, перинатальные нарушения, неврологическая симптоматика, клинические формы стертой дизартрии.

Galushchenko V.I. Influence of perinatal factors in the genesis of disorders in children with various forms of erased dysarthria

The influence of perinatal factors in the genesis of disorders in children with various forms of erased dysarthria is analyzed and the clinical and pedagogical characteristics of children with erased dysarthria are outlined. The study of blurred dysarthria is the subject of research in medical, pedagogical and linguistic disciplines. Symptoms of aberrant dysarthria are characterized by the presence of symptoms of microorganic lesions of the central nervous system: insufficient innervation of the organs of speech - the voice, articulatory and respiratory divisions; impaired muscular tone of the articulatory and facial muscles. The problems of

prevention and early rehabilitation of the speech pathology of children in Ukraine, in particular as a result of organic brain damage, are of particular relevance both in providing psychological and pedagogical assistance to such patients and in their further social adaptation in society. Complex section of medical-psychological-pedagogical rehabilitation is the restoration of disorders of motor and speech disorders in children with erased dysarthria. Dysarthria is a severe disorder of speech accompanied by a disorder of articulation, phonation, speech breathing, tempo-rhythmic organization and intonational coloring of speech, as a result of which it loses its articulation and expressiveness. Among children, the prevalence of dysarthria is 3-6%, but in recent years there is a pronounced tendency to increase the number of children with this pathology. In speech therapy, dysarthria is among the three most common forms of speech disorders, with the frequency of inferior to dyslalia and outstripping alalia. Since the pathogenesis of dysarthria is based on organic lesions of the central and peripheral nervous system, this speech disorder is also being studied by experts in neurology and psychiatry. Many authors have been engaged in research and study of clinical manifestations, etiology and symptoms of mild forms of dysarthria, mechanisms of development of disorders and methods of their correction in different years. During the examination of children with erased dysarthria, within the framework of the study of the diagnostic and design stage, a set of different neurological symptoms was revealed, which allowed to separate subgroups of preschool children with erased forms of dysarthria taking into account the localization of the lesion.

Keywords: erased dysarthria, perinatal disorders, neurological symptoms, clinical forms of erased dysarthria.

DOI 10.31392/NPU-nc.series19.2019.38.09

УДК 376-056.36

Гаяш О.В. hajashov@zakinppo.org.ua

СПІВПРАЦЯ ЗАКЛАДУ ОСВІТИ З БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ ЯК УМОВА РЕАЛІЗАЦІЇ ІДЕЙ ІНКЛЮЗІЇ

У статті розглядаються питання взаємодії сім'ї та закладу освіти в процесі інклюзивної освіти дітей з особливими освітніми потребами; варіанти різних форм і методів співпраці педагогів з батьками. Нормативна база спеціальної та інклюзивної освіти законодавчо регламентує участь батьків у освітньому і реабілітаційному процесі, а роботу з сім'ями визначає як напрям діяльності навчальних та реабілітаційних закладів. Значна увага приділяється ролі батьків та їхньому активному залученню до навчального процесу дитини з особливими освітніми потребами. У статті зазначається, що саме спільна праця батьків та вчителів призведе до гармонійного розвитку дитини.

Ключові слова: співпраця, діти з особливими освітніми потребами, батьки, вчителі, інклюзивна освіта.

Постановка проблеми. В сучасних умовах детермінуючого впливу інклюзивних процесів у освітніх закладах України підсилюється потреба в мобілізації професійних, життєво-творчих, вольових ресурсів педагогів і родини, покликаних реалізувати права дітей із особливими потребами на якісну освіту. Для успішної реалізації інклюзивних програм у закладах освіти надзвичайно важлива ефективна співпраця педагогів і сім'ї дітей із особливими потребами. Необхідність розробки проблеми налагодження ефективної взаємної співпраці між педагогами і батьками учнів з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного освітнього простору зумовлюється передусім тим, що більшість аналізованих досліджень присвячені процесу взаємодії закладів освіти з родинami у загальній чи спеціальній освіті, без урахування умов інклюзивного освітнього середовища та особливостей порушення розвитку дитини.

Аналіз досліджень і публікацій. Взаємодія батьків та навчально-виховних закладів на сучасному етапі розвитку психології і педагогіки залишається об'єктом наукових досліджень та дискусій. Актуальні питання загальної проблеми взаємозв'язку закладу освіти і родини у формуванні особистості дитини висвітлені у працях Л. Загик, В. Іванової, В. Котирло, Н.Кот, С. Ладивір, Т. Маркової, Л.Островської, Т. Пагути та ін. Проблеми налагодження співпраці з батьками та формування